

FAKTOR DETERMINAN HANDOVER DALAM KESELAMATAN PASIEN

Nirwan^{1*}, Said Devi Elvin²
^{1,2}Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Aceh

*Corresponding author:
nirwanaceh@gmail.com

ABSTRACT

Currently patient safety continues to be a major concern for nurses. One of the activities that can have an impact on patient safety is handovers carried out by nurses. Data shows that medical and treatment errors can threaten patient safety, 70% of them because of non-optimal handover activities by nurses. However, there are several organizational factors that influence the success of handover activities by nurses. This research is a quantitative study with a correlational design. The population was all nurses in the inpatient room of the Hospital in Banda Aceh, with a total of 175 nurses. The instrument for measuring organizational factors was adopted from the Hospital Survey on Patient Safety from the U.S. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Department of Health and Human Services. Then, the instrument developed by Arianti was used for measuring nurse handover. Data were analyzed by using Chi-Square test and binary logistic regression with stepwise method. The results showed that of the 3 organizational factor variables in patient safety, 2 variables namely enabling factor (P-value: 0.000) and enacting factor (P-value: 0.002) were significant predictors of nurse handover in the inpatient ward. Furthermore, the data analysis indicated enabling factor is the most dominant predictor of nurse handover, with an odds ratio (OR) of 116.999. Meanwhile, the elaborating factor did not significantly affect the handover of nurses in the inpatient ward. Organizational factors that influence the success of the handover of the nurse in the inpatient unit are enabling and enacting factors.

Keyword: Organizational Factors, Patient Safety, Handover, Nurse

ABSTRAK

Keselamatan pasien (*patient safety*) saat ini terus menjadi perhatian utama bagi perawat. Salah satu kegiatan yang dapat berdampak terhadap patient safety adalah handover yang dilakukan perawat. Data menunjukkan bahwa kesalahan medis dan perawatan yang dapat mengancam keselamatan pasien, 70% dihasilkan dari kegiatan *handover* yang buruk oleh perawat. Ada beberapa faktor organisasional yang mempengaruhi kesuksesan kegiatan handover oleh perawat. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain korelasional. Populasi adalah seluruh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Di Kota Banda Aceh yang berjumlah 175 orang. Instrumen untuk mengukur faktor organisasional menggunakan *Hospital Survey on Patient Safety* dari *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) U.S. Department of Health and Human Services*. Instrumen untuk mengukur

handover perawat dilakukan dengan menggunakan instrumen yang dikembangkan oleh Arianti. Data dianalisis dengan uji *chi-square* dan *binary logistic regression* dengan metode *stepwise*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 3 variabel faktor organisasional dalam *patient safety*, 2 variabel yaitu *enabling factor* (P-value: 0,000) dan *enacting factor* (P-value: 0,002) merupakan prediktor yang signifikan terhadap *handover* perawat di ruang rawat inap. Selanjutnya diketahui bahwa *enabling factor* merupakan prediktor yang paling dominan terhadap *handover* perawat, dengan *odd ratio* (OR) sebesar 116,999. Sedangkan *elaborating factor* tidak signifikan mempengaruhi *handover* perawat di ruang rawat inap. Faktor organisasional yang memberikan pengaruh terhadap kesuksesan *handover* pada perawat pelaksana di ruang rawat inap adalah *enabling and enacting factors*.

Kata Kunci: Faktor Organisasional, *Patient Safety*, *Handover*, Perawat

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien (*patient safety*) saat ini terus menjadi perhatian utama bagi perawat (Rose, 2016). Keselamatan pasien adalah pencegahan kesalahan dan efek samping pada pasien yang terkait dengan perawatan kesehatan. Meskipun perawatan kesehatan telah menjadi lebih efektif, namun juga menjadi lebih kompleks dengan penggunaan teknologi, pengobatan dan teknik perawatan baru yang lebih luas (Dekker, 2016).

Diperkirakan ada 421 juta rawat inap di dunia setiap tahun dan sekitar 42,7 juta efek samping terjadi pada pasien selama menjalani rawat inap ini. Data terbaru menunjukkan bahwa bahaya yang mengancam keselamatan pasien adalah penyebab morbiditas dan mortalitas ke 14 di seluruh dunia. Perkiraan menunjukkan bahwa di negara berpenghasilan tinggi sebanyak 1 dari 10 pasien dirugikan saat menerima perawatan di rumah sakit. Kerugian dapat disebabkan oleh berbagai insiden atau kejadian yang membahayakan, dan 50% dari kejadian yang membahayakan tersebut sebenarnya dapat dicegah (Makary & Daniel, 2016). Sedangkan di negara berpenghasilan rendah dan menengah, tingkat kejadian yang membahayakan adalah sekitar 8%, dimana 83% dari kejadian tersebut dapat dicegah dan 30% lagi menyebabkan kematian (WHO, 2018).

Insiden keselamatan pasien di Indonesia diketahui bahwa terdapat 7.465 kasus pada tahun 2019, yang terdiri dari 171 kematian, 80 cedera berat, 372 cedera sedang, 1183 cedera ringan, dan 5659 tidak ada cedera. Di Indonesia terdapat 2.877 rumah sakit yang telah terakreditasi, namun hanya 12% insiden keselamatan pasien dengan jumlah laporan sebanyak 7.465. jumlah tersebut terdiri dari 38% kejadian nyaris cedera (KNC), 31% kejadian tidak cedera (KTC), dan 31% kejadian tidak diharapkan (KTD) (Toyo, 2023).

Data insiden keselamatan pasien rumah sakit di Aceh sampai saat ini sangat sulit ditemukan, begitu juga di RSUD Di Kota Banda Aceh. Akan tetapi beberapa penelitian terkait dengan penerapan keselamatan pasien pernah dilakukan di RSUD Di Kota Banda Aceh. Julita (2016) dengan penelitiannya yang berjudul hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Di Banda Aceh memberikan gambaran bahwa 31 perawat (77,5%) tidak menerapkan keselamatan pasien dalam pemberian obat dengan lengkap. Penelitian lainnya seperti yang dilakukan oleh Mentari (2016) yang berjudul hubungan pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien dengan *medication administration errors* di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Di Banda Aceh memberikan hasil bahwa terdapat hubungan pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien dengan *medication administration errors* (P= 0,048).

Rich (2008) dalam artikelnya menggambarkan tentang penerapan keselamatan pasien di rumah sakit dengan metafora pembuka tutup botol. Metafora ini menjelaskan bahwa risiko dan keselamatan pasien tertanam dalam semua sistem lingkungan perawatan kesehatan, mulai dari ujung tumpul (kepemimpinan) hingga ujung yang tajam (intervensi klinis) seperti pembuka tutup botol. Ujung tumpul dari pembuka tutup botol mengacu pada kepemimpinan, yang kebijakan dan hasil klinisnya mempengaruhi keselamatan pasien dan ujung tajam dari pembuka tutup botol merujuk pada perawat, yang bersentuhan langsung dengan pasien. Selain itu, komunikasi antara kedua ujung harus dua arah. Model pembuka tutup botol ini berupaya menjawab pertanyaan-pertanyaan tentang bagaimana budaya keselamatan dapat ditanamkan ke dalam budaya organisasi untuk memastikan komitmen terhadap keselamatan dan budaya yang adil tanpa menyalahkan dan tanpa merasa malu.

Sejalan dengan konsep teori pembuka tutup botol di atas, Govender (2016) dalam penelitiannya tentang evaluasi budaya keselamatan pasien sebagai unsur kritis kesehatan dalam rumah sakit publik menunjukkan hasil bahwa bidang-bidang yang perlu diperhatikan dalam penerapan keselamatan pasien di rumah sakit adalah kerjasama tim lintas unit, keterbukaan komunikasi, kepegawaian, respons non-hukuman terhadap kesalahan dan tingkat keselamatan pasien serta *handover* informasi antar unit.

Kesalahan medis dan perawatan yang dapat mengancam keselamatan pasien, 70% dihasilkan dari kegiatan *handover* pasien yang buruk oleh perawat (Richter, 2013). *Handover* merupakan salah satu yang menjadi perhatian pada kegiatan keselamatan pasien di rumah sakit. *Handover* adalah laporan pergantian shift atau *handover* antar perawat yang merupakan kegiatan komunikasi yang terjadi antara dua shift perawat di mana tujuan spesifik adalah untuk mengkomunikasikan informasi tentang pasien (Rose, 2016). Beberapa tahun terakhir, fokus terhadap *handover* di tatanan klinis merupakan hal mendasar untuk memenuhi tantangan keselamatan pasien. *Handover* juga didefinisikan sebagai situasi di mana tanggung jawab profesional untuk sebagian atau semua aspek diagnosis atau perawatan pasien (atau kelompok pasien) dialihkan dari satu atau beberapa profesional perawatan kesehatan secara sementara atau permanen (Merten, dkk., 2017).

Pengalihan informasi didalam *handover* menciptakan kontinuitas dan memungkinkan perawat yang bertugas untuk membuat keputusan tentang prioritas dan merencanakan penyediaan perawatan pasien selama menjalani shift. Secara internasional, komunikasi dalam *handover* merupakan aspek penting keselamatan pasien, namun beberapa hasil penelitian telah menunjukkan bahwa komunikasi *handover* seringkali tidak lengkap dan atau tidak akurat (Thomson, dkk., 2018).

Data telah menunjukkan bahwa meskipun *handover* pasien sangat penting dalam rangkaian perawatan, namun sering dilakukan secara serampangan (Richter, 2013). *Handover* telah dianggap menjadi masalah penting bagi keselamatan pasien, sehingga WHO meluncurkan *The Nine Patient Safety Solutions* pada tahun 2007 yang salah satu komponennya adalah *handover* (Askarian, dkk., 2019).

Lee dan Dahinten (2020) mengatakan bahwa penerapan *patient safety* di rumah sakit dipengaruhi oleh faktor organisasional dalam menerapkan *safety culture*, yaitu *enabling factor*, *enacting factor* dan *elaborating factor*. Penelitian yang dilakukan oleh Richter (2013) menunjukkan bahwa tindakan terhadap *elaborating factor* memiliki efek yang paling besar dibandingkan dengan tindakan pada *enabling factor* dan *enacting factor* terhadap *handover* perawat. Oleh sebab itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor

organisasional dalam *patient safety* dengan pengaruhnya terhadap pelaksanaan *handover* oleh perawat.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain korelasional. Populasi adalah seluruh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Di Kota Banda Aceh yang berjumlah 175 orang. Instrumen untuk mengukur faktor organisasional menggunakan *Hospital Survey on Patient Safety dari Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) U.S. Department of Health and Human Services*. Instrumen untuk mengukur *handover* perawat dilakukan dengan menggunakan instrumen yang dikembangkan oleh Arianti (2014). Data dianalisis dengan uji *chi-square* dan *binary logistic regression* dengan metode *stepwise*.

HASIL

Tabel 1
Karakteristik Responden

Karakteristik	Kategori	F	%
Umur (tahun)			
1	20 – 35	75	43,14
2	36 – 45	81	47,06
3	46 – 60	17	9,80
Jenis Kelamin			
1	Laki-Laki	14	7,84
2	Perempuan	159	92,16
Pendidikan			
1	Ners	68	39,22
3	D.IV Kep	20	11,76
4	D.III Kep	85	49,02
Status Kepegawaian			
1	PNS	29	16,76
2	Kontrak	144	83,24
Masa Kerja			
1	≤ 5 Tahun	108	62,55
3	> 5 Tahun	65	37,45

Karakteristik perawat (Tabel 1) di Ruang Rawat Inap RSUD Di Kota Banda Aceh menunjukkan bahwa 47,06% berumur 36 – 45 tahun, 92,16% perempuan, 49,03% berpendidikan D.III Keperawatan, 83,24% merupakan perawat kontrak dan 62,55% dengan masa kerja dibawah 5 tahun.

Tabel 2
 Hubungan antara faktor organisasional dengan handover perawat (n=173)

Variabel	Handover				Total		P Value
	Baik		Kurang		f	%	
	f	%	F	%	f	%	
<i>Organizational Factor</i>							0,0001
1. Baik	12	63,2	7	36,8	19	100	
2. Kurang	1	0,6	153	99,4	154	100	
<i>Enabling Factor</i>							0,0001
1. Baik	12	36,4	21	63,6	33	100	
2. Kurang	1	0,7	139	99,3	140	100	
<i>Enacting Factor</i>							0,0001
1. Baik	8	25,8	23	74,2	31	100	
2. Kurang	5	3,5	137	96,5	142	100	
<i>Elaborating Factor</i>							0,0001
1. Baik	11	40,7	16	59,3	27	100	
2. Kurang	2	1,4	144	98,6	146	100	

Tabel 2 menunjukkan bahwa seluruh variabel faktor organisasional dalam *patient safety* berhubungan secara signifikan dengan *handover* pada perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Di Kota Banda Aceh (p=0,0001).

Tabel 3
 Ringkasan hasil analisis *binary logistic regression* dengan metode *stepwise* untuk variabel faktor organisasional sebagai prediktator dari *handover* perawat

Variabel	OR	P value	95% CI	
			Lower	Upper
<i>Enabling</i>	116,999	0,0001	11,467	1193,778
<i>Enacting</i>	16,764	0,002	2,831	99,268
<i>Constant</i>	0,242	0,074		

Berdasarkan hasil analisis regresi logistik (Tabel 3) diketahui bahwa dari 3 variabel faktor organisasional dalam *patient safety*, 2 variabel yaitu *enabling factor* (P-value: 0,0001) dan *enacting factor* (P-value: 0,002) merupakan prediktator yang signifikan terhadap *handover* perawat di ruang rawat inap. Selanjutnya diketahui bahwa *enabling factor* merupakan prediktator yang paling dominan terhadap *handover* perawat, dengan odd ratio (OR) sebesar 116,999. Sedangkan *elaborating factor* tidak signifikan mempengaruhi *handover* perawat di ruang rawat inap.

PEMBAHASAN

Kesalahan medis dan perawatan yang dapat mengancam keselamatan pasien, 70% dihasilkan dari kegiatan *handover* pasien yang buruk oleh perawat (Richter, 2013). *Handover* merupakan salah satu yang menjadi perhatian pada kegiatan keselamatan pasien di rumah sakit. *Handover* adalah laporan pergantian shift atau *handover* antar perawat yang merupakan kegiatan komunikasi yang terjadi antara dua shift perawat di mana tujuan spesifik adalah untuk mengkomunikasikan informasi tentang pasien (Rose, 2016). Beberapa tahun terakhir, fokus terhadap *handover* di tatanan klinis merupakan hal mendasar untuk memenuhi tantangan keselamatan pasien.

Beberapa faktor sangat mempengaruhi pelaksanaan serah terima dalam rangka penerapan keselamatan pasien di rumah sakit. Lee dan Dahinten (2020) mengatakan bahwa penerapan keselamatan pasien di rumah sakit dipengaruhi oleh faktor organisasional dalam menerapkan *safety culture*, yaitu *enabling factor*, *enacting factor* dan faktor pengembangan (*elaborating factor*) keselamatan pasien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *enabling factor* dan *enacting factor* merupakan prediktor yang signifikan terhadap *handover* perawat di ruang rawat inap. Hal ini menjelaskan tindakan pemimpin dalam meningkatkan patient safety culture di ruang rawat inap dapat mempengaruhi kesuksesan pelaksanaan *handover* pada perawat pelaksana. Lee dan Dahinten (2020) mengatakan bahwa *enabling factor* merupakan tindakan pemimpin yang menekankan pada keselamatan untuk memunculkan dan menyelesaikan ancaman terhadap keselamatan berdasarkan kebutuhan dan budaya rumah sakit. *Enabling factor* dalam budaya keselamatan pasien adalah memilih dan menarik perhatian pada aspek-aspek keselamatan yang relevan dari budaya organisasi yang lebih besar dan untuk menciptakan konteks yang memungkinkan orang-orang untuk menerjemahkan aspek-aspek ini menjadi kegiatan yang berarti dalam rutinitas perawatan kesehatan.

Bukti menunjukkan bahwa setidaknya ada dua cara di mana para pemimpin mempraktekkan *enabling factor* dalam budaya keselamatan pasien saat *handover*, pertama dengan mengarahkan perhatian pada keselamatan dan kedua dengan menciptakan konteks di mana perawat merasa aman untuk berbicara dan bertindak untuk meningkatkan keselamatan. Kedua cara tersebut mendorong perawat untuk bertindak lebih hati-hati ketika melakukan *handover* (Richter, 2013).

Singer dan Vogus (2013) menyatakan bahwa *enabling factor* dalam budaya keselamatan pasien berarti memotivasi tujuan untuk mengurangi kesalahan di rumah sakit, mengarahkan perhatian dan memprioritaskan keselamatan serta menciptakan konteks di mana perawat dapat melakukan praktik keperawatan yang lebih aman. Salah satu cara untuk mempraktekkan *enabling factor* dalam budaya keselamatan pasien adalah memulai dengan persepsi tentang iklim keselamatan. Persepsi ini menunjukkan bagaimana perawat saat ini melihat keselamatan pasien berdasarkan persepsi mereka terhadap komitmen pemimpin pada keselamatan, prioritas terhadap keselamatan dan penyebaran informasi tentang keselamatan pasien (Morello, dkk., 2013). Namun, iklim keselamatan bersaing dengan iklim lain (misalnya, efisiensi, layanan) yang berasal dari interpretasi berbeda tentang apa yang diharapkan organisasi, penghargaan dan dukungan. Dengan demikian, baik budaya keselamatan maupun iklim keselamatan akan didasari oleh tindakan manajerial yang koheren dan konsisten (Weaver, dkk., 2013).

Budaya keselamatan juga dapat dilaksanakan ketika para pemimpin menciptakan konteks di mana perawat diberdayakan untuk berbicara dan bertindak dalam menyelesaikan ancaman terhadap keselamatan pasien. Pemimpin menciptakan kondisi yang aman bagi perawat di garis depan untuk berbicara dengan membangun hubungan baik dengan perawat. Hubungan pemimpin dan bawahan yang baik lebih mungkin muncul di bawah kondisi keamanan psikologis (Lee & Dahinten, 2020). Pemimpin menciptakan keamanan psikologis dalam beberapa cara, termasuk tindakan halus seperti mengubah bahasa yang digunakan dalam organisasi dari istilah yang mengancam seperti "kesalahan" dan "penyelidikan" ke istilah yang lebih aman secara psikologis seperti "kecelakaan" dan "analisis" dengan menjadi lebih inklusif serta menggunakan kata-kata dan perbuatan yang menghargai kontribusi bawahan dan dengan mengampuni perawat yang mengungkapkan kesalahan yang secara tidak disengaja dilakukan. Praktik organisasi sendiri dapat memungkinkan keselamatan pasien dengan menciptakan forum yang terstruktur dan aman di mana ancaman terhadap keselamatan dapat diidentifikasi dan diselesaikan. (Weaver, dkk., 2013).

Selanjutnya, Singer dan Vogus (2013) mengatakan bahwa *enacting factor* dalam budaya keselamatan pasien yang mengurangi kesalahan rumah sakit berarti perawat terdepan secara konsisten menerjemahkan kebijakan dan panduan keselamatan pasien ke dalam praktik rutin sehari-hari terutama saat melakukan handover. *Enacting factor* dalam budaya keselamatan pasien terjadi melalui serangkaian proses multi-level termasuk perilaku antarpribadi seperti membicarakan dan pemecahan masalah bersama serta pengorganisasian secara sadar dalam unit dan koordinasi lintas fungsi yang fungsional (Lee & Dahinten, 2020).

Penelitian menunjukkan bahwa *enacting factor* dalam budaya keselamatan pasien perlu melibatkan keluarga dan pasien dalam proses interpersonal yang efektif (yaitu kerja tim, pengorganisasian yang penuh perhatian, dan koordinasi relasional), meningkatkan pelaporan rutin dengan menyebarkan *checklist* serta standar protokol untuk mengkoordinasikan tentang perawatan pasien Merten, dkk., (2017).

Kerja tim di antara perawat dianggap sebagai komponen penting dari budaya keselamatan dan unsur penting untuk mengurangi kesalahan medis saat melakukan handover. Penelitian kualitatif telah menyoroti konsekuensi dari kerja tim yang buruk terhadap terjadinya *hospital errors* atau kesalahan rumah sakit. Studi kualitatif juga telah mengidentifikasi kondisi dan praktik yang menghambat kerja tim yang efektif (Lee & Dahinten, 2020). Selain itu, literatur menggambarkan berbagai intervensi untuk meningkatkan kerja tim. Yang paling umum adalah inisiatif pelatihan tim berbasis pendidikan, seperti pelatihan manajemen sumber daya. Pelatihan ini berdampak positif terhadap kuantitas dan kualitas komunikasi dan perilaku kerja sama tim serta keselamatan kerja tim saat handover. Program pelatihan tim bertujuan untuk mengembangkan komunikasi dan koordinasi didalam tim dengan menggunakan berbagai modalitas intervensi, termasuk pelatihan berbasis simulasi (Weaver, dkk., 2013).

Menurut Weick & Sutcliffe (Singer & Vogus, 2013), pengorganisasian yang penuh perhatian terdiri dari lima proses yang saling terkait, yaitu keasyikan dengan kegagalan, keengganan untuk menyederhanakan interpretasi, kepekaan terhadap operasi, komitmen terhadap ketahanan, dan rasa hormat pada keahlian. Organisasi dengan keandalan tinggi, yang mengoperasikan sistem yang kompleks secara teknis dengan cara yang hampir bebas kesalahan dalam waktu lama, memberlakukan proses-proses ini. Lebih lanjut Lee dan Dahinten (2020) mengatakan studi kasus menunjukkan bahwa ketiadaan pengorganisasian yang penuh perhatian merupakan faktor utama yang berkontribusi dalam mengembangkan

kesadaran di antara perawat terdepan untuk memprioritaskan upaya pencegahan terjadinya kesalahan saat handover. Evaluasi menunjukkan bahwa peningkatan pengorganisasian yang penuh kesadaran yang dijalankan oleh pemimpin yang terpercaya dan protokol yang terstruktur akan menghasilkan lebih sedikit kesalahan saat perawat melakukan handover.

Selanjutnya untuk melaksanakan *enacting factor* dalam budaya keselamatan pasien diperlukan koordinasi relasional, yaitu istilah yang secara luas mencakup strategi yang berfokus pada peningkatan komunikasi dan hubungan antar individu yang perannya mengharuskan mereka untuk bekerja sama dalam mengintegrasikan tugas. Studi telah menghubungkan iklim relasional dengan kepatuhan pada protokol handover. Kepatuhan pada protokol *handover* dikaitkan dengan keandalan operasional yang membuat kinerja bebas dari kesalahan yang mungkin terjadi (Merten, dkk., 2017).

Enacting factor dalam budaya keselamatan pasien juga ditentukan oleh kemampuan untuk secara akurat menunjukkan kesalahan yang muncul dan nyata serta masalah lainnya dan secara konstruktif menyusun sumber daya dalam penyelesaian masalah yang diperlukan untuk mengatasinya. Menunjukkan masalah secara akurat akan sulit dalam konteks perawatan kesehatan karena masalah seringkali kompleks, tidak jelas, dan dinamis dengan informasi yang tersebar di banyak lokasi dan pihak (Richter, dkk., 2016). Hal ini diperburuk oleh fakta bahwa perawat sering gagal untuk merevisi penilaian situasi dan bertindak sebagai individu yang bertanggung jawab untuk menyediakan perawatan yang baik meskipun pekerjaannya buruk.

Pemecahan masalah *handover* yang efektif juga bergantung pada kombinasi tindakan pencegahan untuk menghindari masalah dan tindakan adaptif untuk memperbaiki masalah. Dalam perawatan kesehatan, penggunaan protokol handover standar terbukti mampu mengurangi masalah. Perilaku pemecahan masalah (misalnya pencarian umpan balik, menggunakan proses pemecahan masalah terstruktur) juga mengarah pada keberhasilan *handover* yang meningkatkan keselamatan dan mencegah kesalahan di masa depan (Lee & Dahinten, 2020).

Enacting factor dalam budaya keselamatan pasien juga erat kaitannya dengan proses pengorganisasian. Kinerja yang hampir bebas dari kesalahan dalam kondisi yang penuh dengan kompleksitas, saling ketergantungan dan tekanan dihasilkan dari proses pengorganisasian yang dilakukan secara sadar. Pengorganisasian yang dilakukan secara sadar adalah proses di mana perawat secara terus-menerus dan interaktif mengembangkan, memperbaiki dan memperbarui pemahaman bersama tentang situasi yang mereka hadapi dan mendefinisikan masalah bersama serta mengerahkan kemampuan yang ada untuk mendeteksi dan memperbaiki kesalahan yang muncul, kejadian tak terduga dan ancaman terhadap keselamatan pada saat *handover* (Richter, 2013).

KESIMPULAN

Faktor organisasional yang memberikan pengaruh terhadap kesuksesan *handover* pada perawat pelaksana di ruang rawat inap adalah *enabling and enacting factors*.

REFERENSI

- Arianti, W. D. (2014). *Hubungan Penerapan Timbang Terima Pasien dengan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Bedah dan Ruang Penyakit dalam RSUD Dr. Pirngadi Medan Tahun 2014*.
- Askarian, M., Hatam, N., Farmanifar, M., & Palenik, C. J. (2019). WHO Nine Patient Safety Solutions and Necessary Interventions for Improving Safety, Nemazi Hospital, Shiraz, Iran-2014. *Health Management & Information Science*, 6(4), 145-155.
- Dekker, S. (2016). *Patient safety: a human factors approach*: CRC Press.
- Govender, V. (2016). *An evaluation of the culture of patient safety as a critical element of healthcare in a public hospital in Durban, KwaZulu-Natal*.
- Julita, D. (2016). Hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan patient safety di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Banda Aceh. *ETD Unsyiah*.
- Lee, S. E., & Dahinten, V. S. (2020). The enabling, enacting, and elaborating factors of safety culture associated with patient safety: A multilevel analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(5), 544-552.
- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *Bmj*, 353, i2139.
- Mentari, P. I. (2016). Hubungan pengetahuan perawat tentang patient safety dengan medication administration errors di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Banda Aceh. *ETD Unsyiah*.
- Merten, H., Van Galen, L. S., & Wagner, C. (2017). Safe handover. *Bmj*, 359.
- Morello, R. T., Lowthian, J. A., Barker, A. L., McGinnes, R., Dunt, D., & Brand, C. (2013). Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf*, 22(1), 11-18.
- Rich, V. L. (2008). [Vignette] Creation of a Patient Safety Culture: A Nurse Executive Leadership Imperative. In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*: Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Richter. (2013). *Organizational Factors of Safety Culture Associated with Perceived Success in Patient Handoffs, Error Reporting, and Central Line-Associated Bloodstream Infections*. The Ohio State University,
- Richter, McAlearney, A. S., & Pennell, M. L. (2016). The influence of organizational factors on patient safety: Examining successful handoffs in health care. *Health care management review*, 41(1), 32-41.
- Rose, M. (2016). Factors Influencing Patient Safety During Postoperative Handover. *AANA Journal*, 84(5).
- Singer, S. J., & Vogus, T. J. (2013). Reducing hospital errors: interventions that build safety culture. *Annual review of public health*, 34, 373-396.
- Thomson, H., Tourangeau, A., Jeffs, L., & Puts, M. (2018). Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. *Journal of advanced nursing*, 74(4), 876-886.

- Toyo, E. M. (2023). Evaluasi Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Metode Hmn Di Rumah Sakit. *Majalah Farmasetika*, 8(1).
- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5_Part_2), 369-374.
- WHO. (2018). 10 facts on patient safety. Retrieved from www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics