



Budaya Keselamatan Pasien dari Perspektif Anggota Keluarga: Studi Fenomenologi Hermeneutik di Unit Rawat Inap di Indonesia

Eka Oktavia¹, Wahidin W¹

¹ Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Pemkab Purworejo, Indonesia

Korespondensi: Eka Oktavia

Email: adinrahman@gmail.com

Alamat : Jl. Raya Purworejo - Kutoarjo No.Km. 6, 5, Dusun III, Grantung, Kec. Bayan, Kabupaten Purworejo, Jawa Tengah 54224 Indonesia

ABSTRAK

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman hidup anggota keluarga terkait keselamatan pasien selama rawat inap di rumah sakit umum di Jawa Tengah, Indonesia.

Metode: Dengan menggunakan pendekatan fenomenologi hermeneutika Van Manen, lima wawancara mendalam dilakukan dengan perawat keluarga yang telah mendampingi pasien setidaknya selama tiga hari di unit rawat inap RSUD Prembun. Data dianalisis melalui refleksi dan interpretasi tematik.

Hasil: Tiga tema utama muncul: (1) kepercayaan bersyarat dalam perilaku keperawatan yang dibentuk oleh pengamatan yang cermat, (2) asimetri informasi dan konsekuensi emosionalnya, dan (3) peran pemantauan adaptif yang dilakukan oleh anggota keluarga. Pengalaman-pengalaman ini menyoroti keluarga sebagai partisipan aktif dalam menciptakan keselamatan pasien meskipun mereka bekerja di luar sistem rumah sakit formal.

Kesimpulan: Anggota keluarga membangun keselamatan pasien melalui lensa interpretasi yang bersifat relasional yang didasarkan pada kerja emosional dan kesadaran kontekstual. Peran mereka harus diakui secara formal dalam kebijakan keselamatan dan kerangka kerja komunikasi, terutama dalam situasi di mana kehadiran keluarga menjadi bagian integral dari pemberian perawatan.

Kata Kunci: Budaya Keselamatan Pasien, Pengasuh Keluarga, Pengalaman Hidup, Van Manen, Rawat Inap

Pendahuluan

Keselamatan pasien telah menjadi perhatian global dan merupakan indikator utama dari kualitas layanan kesehatan. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), satu dari sepuluh pasien di seluruh dunia mengalami cedera yang dapat dicegah selama rawat inap, yang sebagian besar disebabkan oleh kegagalan sistemik dalam budaya keselamatan organisasi (Huang et al., 2022; WHO, 2020). Untuk mengatasi hal ini, banyak rumah sakit telah menerapkan kerangka kerja strategis untuk mengembangkan budaya keselamatan pasien, dengan menekankan pelaporan kesalahan tanpa hukuman, kerja sama tim, dan transparansi (Wagner et al., 2020; Louch et al., 2021).

Terlepas dari fokus kelembagaan ini, sebagian besar investigasi empiris terhadap budaya keselamatan pasien (patient safety culture/PSC) masih berpusat pada penyedia layanan, dan sangat bergantung pada perspektif perawat dan dokter (Weingart et al., 2021; Guirardello et al., 2022). Sementara itu, anggota keluarga yang sering bertindak sebagai pengamat dekat, kolaborator perawatan, dan pemantau informal tetap kurang terwakili dalam penelitian keselamatan (O'Hara et al., 2019; Schwappach & Wernli, 2021). Di unit rawat inap di mana pasien sering kali berada dalam kondisi yang membahayakan, anggota keluarga menjadi informan kunci dalam insiden keselamatan, kesenjangan komunikasi, dan kebutuhan perawatan yang tidak terpenuhi (Al-Mutair et al., 2020; Manias et al., 2020).

Memasukkan perspektif keluarga dalam evaluasi PSC memberikan pemahaman holistik tentang pengalaman hidup dan risiko keselamatan kontekstual, terutama di rumah sakit umum yang memiliki keterbatasan sumber daya. Literatur kualitatif baru-baru ini telah menyoroti potensi keterlibatan keluarga dalam mengidentifikasi praktik-praktik yang tidak aman, mengadvokasi komunikasi yang responsif, dan meningkatkan kewaspadaan selama rawat inap (Reeves et al., 2020; Harrison et al., 2020). Namun, dalam konteks Indonesia, studi empiris yang melibatkan keluarga sebagai pemangku kepentingan dalam budaya keselamatan di rumah sakit masih sangat langka.

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi bagaimana keluarga pasien memandang dan mengalami budaya keselamatan pasien di unit rawat inap di RSUD Prembun, sebuah rumah sakit kabupaten di Jawa Tengah, Indonesia. Pendekatan fenomenologi berdasarkan kerangka hermeneutika Van Manen digunakan untuk menghasilkan wawasan yang mendalam tentang dimensi relasional, emosional, dan etis dari keselamatan yang dialami oleh anggota keluarga selama rawat inap.

Budaya keselamatan pasien (PSC) mengacu pada komitmen kolektif organisasi layanan kesehatan untuk meminimalkan bahaya dan mendorong transparansi, pembelajaran, dan akuntabilitas (Huang et al., 2022; Wagner et al., 2020). Model AHRQ menguraikan dimensi PSC seperti kerja sama tim di seluruh unit, komunikasi terbuka, respons non-punitif terhadap kesalahan, dan dukungan manajemen. Berbagai penelitian telah membuktikan hubungan yang kuat antara budaya keselamatan yang matang dan berkurangnya kejadian tidak diharapkan di rumah sakit (Schwappach et al., 2018; Guirardello et al., 2022).

Namun, sebagian besar penilaian empiris terhadap PSC diperoleh dari laporan mandiri petugas kesehatan menggunakan instrumen seperti HSOPSC. Pandangan yang berpusat pada petugas ini mengasumsikan bahwa perilaku organisasi mencerminkan kualitas keselamatan,

sehingga berpotensi mengabaikan peran pemantauan keselamatan informal yang dilakukan oleh keluarga (Cox et al., 2019; Louch et al., 2021).

Meskipun ilmu keselamatan semakin mengakui pasien sebagai kontributor keselamatan, keluarga - terutama dalam kondisi akut dan rawat inap - muncul sebagai pemangku kepentingan yang krusial namun terabaikan (Weingart et al., 2021). Anggota keluarga sering kali memberikan kesinambungan, memantau penyimpangan dari rutinitas perawatan, dan menantang praktik-praktik yang tidak aman ketika dukungan institusi goyah (Reeves et al., 2020; Schwappach & Wernli, 2021).

Hambatan dalam keterlibatan keluarga termasuk terbatasnya akses informasi, budaya klinis yang hirarkis, dan tidak adanya mekanisme pelibatan formal (Longtin et al., 2021; Greenberg et al., 2018). Sebaliknya, ketika keluarga dilibatkan secara proaktif, hasil seperti ketepatan pengobatan, pencegahan infeksi, dan kepuasan pasien meningkat secara signifikan (Fitzgerald et al., 2019; Manias et al., 2020).

Penelitian kualitatif tentang pengalaman pasien dan keluarga dalam insiden keselamatan mengungkapkan nuansa penting yang sering kali terlewatkan dalam survei atau audit (Harrison et al., 2020). Fenomenologi, khususnya pendekatan hermeneutika dari Van Manen, memungkinkan para peneliti untuk mengeksplorasi dimensi eksistensial dari keselamatan-kepercayaan, kerentanan, dan agensi (Van Manen, 1997; Chuang et al., 2017).

Studi yang menggunakan metode Van Manen dalam konteks ICU, bedah, dan pediatrik telah menemukan narasi yang kaya tentang ketidakpastian, kepercayaan institusional, dan kerja emosional baik dari pasien maupun keluarga (Al-Mutair et al., 2020; Ward et al., 2019). Namun, metode seperti itu masih kurang dimanfaatkan di bangsal umum orang dewasa, terutama di sistem kesehatan non-Barat.

Singkatnya, meskipun kerangka kerja PSC sudah mapan, penyertaan perspektif keluarga masih terbatas dalam literatur kebijakan dan empiris. Penelitian yang ada cenderung berkonsentrasi pada lingkungan berisiko tinggi tertentu (misalnya ICU atau bangsal anak) atau dilakukan di negara-negara berpenghasilan tinggi. Budaya rumah sakit di Indonesia yang unik-ditandai dengan kehadiran dan pengasuhan keluarga yang kuat-menawarkan konteks yang berbeda untuk mengkaji ulang PSC dari sudut pandang keluarga (O'Hara et al., 2019; Guirardello et al., 2022).

Sepanjang pengetahuan penulis, belum ada penelitian sebelumnya yang mengeksplorasi persepsi keluarga mengenai PSC di rumah sakit kabupaten di Indonesia dengan menggunakan metode fenomenologi. Oleh karena itu, penelitian ini membahas kesenjangan kritis dengan menangkap pengalaman hidup keluarga dalam konteks rawat inap yang memiliki keterbatasan sumber daya.

Tujuan

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman hidup anggota keluarga terkait keselamatan pasien selama rawat inap di rumah sakit umum di Jawa Tengah, Indonesia.

Metode

Penelitian ini menggunakan desain fenomenologi hermeneutik kualitatif, yang didasarkan pada kerangka filosofis dan metodologis Max Van Manen. Tujuannya adalah untuk

mengeksplorasi pengalaman hidup anggota keluarga yang mendampingi pasien rawat inap, dengan fokus khusus pada bagaimana mereka memandang budaya keselamatan pasien dalam lingkungan perawatan rawat inap. Pendekatan Van Manen menekankan pada eksplorasi yang mendalam dan interpretatif terhadap pengalaman manusia, sehingga sangat cocok untuk memahami fenomena relasional yang kompleks seperti kepercayaan, kewaspadaan, dan kerentanan dalam perawatan klinis.

Penelitian dilakukan di RSUD Prembun, sebuah rumah sakit umum daerah yang terletak di Kabupaten Kebumen, Jawa Tengah, Indonesia. Lokasi penelitian melibatkan unit rawat inap umum, termasuk bangsal medis dan bedah, di mana kehadiran keluarga merupakan hal yang lazim dan sering terjadi selama masa rawat inap. Konteks kelembagaan ini, yang merupakan ciri khas fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia, menyediakan lingkungan yang kaya untuk mengamati praktik keselamatan informal dan dinamika hubungan antara penyedia layanan kesehatan, pasien, dan keluarganya.

Partisipan dipilih melalui purposive sampling untuk memastikan relevansi dan kekayaan data. Kriteria inklusi termasuk menjadi anggota keluarga yang berusia 18 tahun atau lebih, telah menemani pasien selama minimal tiga hari berturut-turut, mampu berkomunikasi dalam Bahasa Indonesia, dan memberikan informed consent secara sukarela. Sebanyak lima partisipan berhasil direkrut. Meskipun jumlahnya kecil, ukuran sampel ini sesuai dengan sifat inkuiri fenomenologi yang berorientasi pada kedalaman, di mana kecukupan data dievaluasi berdasarkan kejenuhan tematik dan bukan keterwakilan numerik.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur, dipandu oleh pertanyaan terbuka yang dirancang untuk memperoleh deskripsi pengalaman yang kaya. Wawancara dilakukan secara langsung di lingkungan rumah sakit dan berlangsung antara 40 hingga 60 menit. Semua wawancara direkam secara audio dengan izin, ditranskrip kata demi kata dalam bahasa asli, dan diterjemahkan ke dalam bahasa Inggris untuk analisis interpretatif. Catatan lapangan dibuat bersamaan untuk mendokumentasikan nuansa kontekstual dan ekspresi non-verbal yang memperkaya kedalaman interpretasi.

Analisis tematik dilakukan dengan mengikuti enam langkah metodologis Van Manen, yang meliputi kembali ke pengalaman yang dialami, menyelidiki fenomena yang dialami, merefleksikan tema-tema esensial, mendeskripsikan fenomena tersebut melalui penulisan yang disiplin, mempertahankan orientasi yang kuat pada pertanyaan mendasar, dan menyeimbangkan konteks penelitian dengan mengintegrasikan bagian dan keseluruhan. Proses reflektif dan berulang ini memungkinkan keterlibatan yang mendalam dengan narasi partisipan, sehingga memungkinkan munculnya tema-tema penting yang menangkap makna inti dari pengalaman mereka terkait budaya keselamatan pasien.

Untuk memastikan ketelitian penelitian, penelitian ini mengadopsi kriteria kepercayaan yang diusulkan oleh Lincoln dan Guba. Kredibilitas dibangun melalui pengecekan anggota, di mana para peserta diundang untuk memvalidasi interpretasi pernyataan mereka. Transferabilitas ditingkatkan dengan memberikan deskripsi yang lengkap mengenai latar dan partisipan. Kebergantungan dan konfirmabilitas diatasi melalui pemeliharaan jejak audit dan refleksivitas peneliti, yang didukung oleh pencatatan harian yang terperinci dan diskusi dengan rekan sejawat selama proses analisis.

Persetujuan etik untuk penelitian ini diperoleh dari Komite Etik Penelitian RSUD Prembun sebelum pengumpulan data. Semua partisipan diberitahu secara lengkap mengenai tujuan penelitian, hak mereka atas kerahasiaan, dan kebebasan untuk mengundurkan diri kapan saja tanpa konsekuensi. Persetujuan tertulis diperoleh sebelum setiap wawancara. Semua data disimpan dengan aman dan dianonimkan untuk melindungi identitas peserta.

Pendekatan metodologis ini memungkinkan dibangunnya pemahaman yang bernuansa tentang bagaimana keluarga mengalami dan memahami keselamatan pasien selama perawatan rawat inap, yang menawarkan wawasan yang secara kontekstual beralasan dan signifikan secara teoritis.

Hasil dan Pembahasan

Penelitian ini mengeksplorasi pengalaman hidup anggota keluarga yang mendampingi kerabatnya selama perawatan rawat inap di RSUD Prembun, dengan fokus pada bagaimana mereka memandang dan memaknai budaya keselamatan pasien. Melalui refleksi hermeneutik terhadap lima wawancara mendalam, tiga tema besar muncul: **(1) Kepercayaan dan kewaspadaan dalam perilaku keperawatan, (2) Komunikasi dan akses informasi, dan (3) Peran pemantauan adaptif oleh anggota keluarga.** Tema-tema ini mewakili dimensi penting tentang bagaimana keselamatan dibangun, ditafsirkan, dan diterapkan oleh perawat non-klinis di rumah sakit.

1. Kepercayaan dan Kewaspadaan dalam Perilaku Keperawatan

Para peserta menyatakan kepercayaan mereka secara umum terhadap staf perawat sebagai pemberi layanan di garis depan, yang sering kali menyoroti isyarat-isyarat yang terlihat seperti frekuensi kunjungan perawat, perhatian selama pemberian obat, dan bahasa tubuh. Namun, kepercayaan ini bukan tanpa syarat. Kepercayaan ini berdampingan dengan rasa kewaspadaan dan pengawasan informal, terutama pada tahap awal rawat inap.

"Saya memperhatikan cara perawat memberi obat. Jika mereka terlihat terburu-buru atau tidak menjelaskan, saya jadi khawatir dan ikut mencatat jamnya." (15)

Meskipun para peserta tidak menyaksikan insiden keselamatan yang besar, perilaku-perilaku kecil-seperti keterlambatan dalam merespons bel atau kebersihan tangan yang tidak sempurna-diperhatikan dan dicatat secara diam-diam oleh para anggota keluarga. Perpaduan antara kepercayaan dan kewaspadaan ini menunjukkan bahwa keluarga secara aktif berpartisipasi dalam pembangunan lingkungan yang aman, meskipun secara informal.

2. Akses Komunikasi dan Informasi

Kekhawatiran yang berulang di antara para peserta adalah kurangnya informasi yang jelas dan konsisten mengenai kondisi pasien atau prosedur medis. Beberapa anggota keluarga melaporkan bahwa mereka harus secara proaktif mencari informasi dari berbagai sumber atau mengandalkan isyarat tidak langsung untuk menafsirkan apa yang terjadi.

"Kami tidak diberi tahu secara langsung kapan pasien akan diambil darahnya atau kapan dokter akan datang. Jadi kami harus bertanya sendiri ke suster atau menunggu di luar ruangan." (12)

Ketidakjelasan informasi ini sering menimbulkan kecemasan dan ketidakpastian, terutama ketika keputusan klinis dibuat tanpa melibatkan atau memberi tahu anggota keluarga. Sementara beberapa partisipan memuji kejelasan dan kepedulian perawat, yang lain mengalami frustrasi ketika komunikasi dilakukan secara terburu-buru atau terlalu teknis.

Laporan-laporan ini menunjukkan bahwa **asimetri informasi** dapat memengaruhi persepsi keluarga tentang keamanan. Komunikasi yang transparan dan penuh empati - terutama pada saat-saat transisi klinis - merupakan elemen penting dalam membentuk rasa aman keluarga.

3. Peran Pemantauan Adaptif oleh Anggota Keluarga

Para peserta secara konsisten menggambarkan diri mereka sebagai pengamat aktif dan, dalam beberapa kasus, pemantau keselamatan informal. Mereka melaporkan bahwa mereka memeriksa label obat, mengatur posisi pasien, membersihkan area di samping tempat tidur, dan bahkan mengingatkan staf tentang prosedur yang tertunda. Kegiatan-kegiatan ini tidak dianggap sebagai intervensi, tetapi lebih sebagai perpanjangan dari tanggung jawab mereka dalam memberikan perawatan.

"Kami tahu ini rumah sakit, tapi sebagai keluarga, kami tetap merasa harus ikut menjaga. Kalau pasien belum dikasih obat sesuai jamnya, saya langsung tanya." (I3)

Praktik-praktik adaptif ini menggambarkan suatu bentuk **budaya keselamatan yang dihasilkan bersama**, di mana anggota keluarga - yang termotivasi oleh komitmen emosional dan pengetahuan kontekstual - mengisi kesenjangan yang ditinggalkan oleh keterbatasan sistemik atau operasional. Meskipun tindakan-tindakan ini dapat meningkatkan kewaspadaan, tindakan-tindakan ini juga mengindikasikan bahwa sistem kelembagaan mungkin tidak selalu mengakomodasi atau mendukung keterlibatan keluarga secara penuh.

Interaksi tema-tema ini menggarisbawahi bahwa anggota keluarga tidak hanya menyaksikan lingkungan keselamatan rumah sakit secara pasif; namun, mereka menafsirkan, beradaptasi, dan membentuknya secara real-time. Pengalaman mereka mencerminkan pemahaman yang muncul dan bersifat relasional mengenai keselamatan pasien, yang tidak hanya didasarkan pada hasil klinis tetapi juga pada kepercayaan antarpribadi, kejelasan komunikasi, dan kerja emosional.

Temuan ini menegaskan bahwa keluarga bukanlah aktor perifer, melainkan **pemangku kepentingan yang aktif** dalam budaya keselamatan perawatan rawat inap. Wawasan mereka memberikan panduan berharga bagi rumah sakit yang ingin merancang strategi keselamatan yang lebih inklusif dan responsif.

Tabel 1. Tema dan Subtema yang Muncul dari Narasi Anggota Keluarga Mengenai Keselamatan Pasien

Tema	Sub-Tema	Kutipan Representatif
1. Kepercayaan dan Kewaspadaan dalam Perilaku Keperawatan	- Perhatian yang terlihat-Kepercayaan bersyarat	"Saya memperhatikan cara perawat memberi obat..."
2. Akses Komunikasi dan Informasi	- Kurangnya kejelasan- Pencarian informasi secara proaktif	"Kami tidak diberi tahu secara langsung..."
3. Peran Pemantauan Adaptif oleh Anggota Keluarga	- Kewaspadaan informal - Beban emosional	"Sebagai keluarga, kami tetap merasa harus menjaga..."

Temuan penelitian ini mengungkapkan bahwa anggota keluarga pasien rawat inap memainkan peran aktif namun kurang diakui dalam membentuk budaya keselamatan di unit rawat inap. Persepsi mereka yang terstruktur di sekitar kepercayaan, kewaspadaan, akses komunikasi, dan pengasuhan yang adaptif mencerminkan pemahaman yang bersifat relasional, situasional, dan interpretatif tentang keselamatan pasien. Pengalaman langsung ini menyumbangkan lapisan wawasan yang berbeda ke dalam wacana keselamatan pasien, yang secara historis didominasi oleh suara klinis dan institusional (Wagner et al., 2020; Weingart et al., 2021).

Tema *kepercayaan dan kewaspadaan dalam perilaku keperawatan* selaras dengan temuan dari penelitian sebelumnya yang menekankan sifat ganda dari kepercayaan dalam pengaturan perawatan kesehatan. Keluarga cenderung berasumsi bahwa tenaga kesehatan profesional akan bertindak demi kepentingan terbaik pasien; namun, asumsi ini diredam oleh pengamatan yang cermat dan perilaku pengawasan tingkat rendah (Schwappach & Wernli, 2021; Manias et al., 2020). Dalam konteks di mana staf perawat memiliki beban kerja yang berlebihan atau komunikasi yang kurang, kepercayaan ini menjadi bersyarat dan situasional. Rasa tanggung jawab keluarga untuk "berjaga-jaga" menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan hasil kerja sama antara penyedia layanan kesehatan dan keluarga, meskipun mereka bekerja tanpa pengakuan formal (Greenberg et al., 2018; Reeves et al., 2020).

Tema utama kedua-komunikasi *dan akses informasi-mengungkapkan* bahwa sebagian besar kecemasan keluarga terkait keselamatan berasal dari asimetri informasi. Berbeda dengan penekanan organisasi pada indikator keselamatan yang terukur seperti tingkat kejadian tidak diinginkan, keluarga sering menyamakan keselamatan dengan kejelasan, prediktabilitas, dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan (Cox et al., 2019; Louch et al., 2021). Temuan ini konsisten dengan O'Hara dkk. (2019), yang menunjukkan bahwa pasien dan keluarga menganggap gangguan komunikasi sebagai indikator awal gangguan keselamatan. Dalam konteks rumah sakit di Indonesia, di mana praktik komunikasi bersifat hirarkis dan berpusat pada penyedia layanan, asimetri ini semakin diperkuat, sehingga menimbulkan ketegangan dan rasa tidak aman bagi keluarga.

Tema *ketiga-peran pemantauan adaptif-menggarisbawahi* sistem informal mitigasi risiko yang dilakukan oleh anggota keluarga. Hal ini termasuk memverifikasi obat-obatan, meminta praktik kebersihan, dan mengkompensasi kesenjangan perawatan yang dirasakan. Tindakan-tindakan ini, meskipun tidak secara resmi menjadi bagian dari protokol rumah sakit, mencerminkan temuan dari Longtin dkk. (2021) dan Harrison dkk. (2020), yang mengamati bahwa keluarga sering kali berfungsi sebagai "pengasuh bayangan" dan auditor informal dalam pengaturan klinis. Lensa fenomenologi Van Manen (1997) terbukti sangat relevan di sini, karena memungkinkan untuk mengapresiasi tenaga kerja yang diwujudkan, etis, dan emosional yang mendukung pemantauan tersebut. Apa yang mungkin tampak sebagai perilaku kecil atau rutin-seperti menanyakan tentang obat atau membersihkan meja samping tempat tidur-memiliki makna pengalaman yang mendalam dan rasa tanggung jawab yang besar.

Yang penting, temuan ini menantang konseptualisasi dominan budaya keselamatan yang murni bersifat sistemik atau digerakkan oleh staf. Sebaliknya, mereka menganjurkan **paradigma relasional**, di mana keselamatan dibangun bersama secara dinamis melalui interaksi, makna bersama, dan kewaspadaan emosional. Hal ini sejalan dengan penelitian Guirardello dkk. (2022), yang menyerukan integrasi yang lebih besar dari narasi pasien dan keluarga dalam evaluasi keselamatan.

Dari sudut pandang kebijakan dan praktik, wawasan ini mendukung argumen bahwa keluarga harus dianggap sebagai **pemangku kepentingan aktif** dalam program keselamatan di rumah sakit, terutama di tempat di mana kehadiran keluarga secara budaya normatif dan ditoleransi secara kelembagaan, jika tidak secara eksplisit didorong. Di Indonesia, di mana sistem kesehatan sering kali memiliki keterbatasan sumber daya dan mengandalkan dukungan keluarga untuk tugas-tugas perawatan dasar, model keselamatan bersama ini mungkin tidak hanya sesuai dengan budaya, tetapi juga diperlukan secara struktural.

Meskipun demikian, hambatan kelembagaan tetap ada. Seperti yang ditunjukkan oleh Fitzgerald dkk. (2019), kurangnya mekanisme formal untuk melibatkan keluarga dalam praktik keselamatan melanggengkan marginalisasi mereka dan meningkatkan beban emosional mereka. Studi saat ini menyoroti perlunya pelibatan keluarga secara terstruktur dalam pengarahannya keselamatan, protokol komunikasi yang lebih jelas, dan pelatihan staf tentang prinsip-prinsip perawatan yang berpusat pada keluarga.

Temuan ini juga menunjukkan implikasi untuk pendidikan keperawatan dan kepemimpinan rumah sakit. Staf klinis harus dilatih tidak hanya dalam protokol keselamatan tetapi juga dalam strategi komunikasi relasional yang mengakui keluarga sebagai sumber kewaspadaan dan advokasi. Selain itu, audit keselamatan rutin dapat memperoleh manfaat dengan memasukkan umpan balik kualitatif dari anggota keluarga, sehingga menciptakan **lingkaran umpan balik** yang melampaui sistem pelaporan insiden tradisional (Al-Mutair et al., 2020; Harrison et al., 2020).

Terakhir, dari perspektif teoretis, penelitian ini memperluas penerapan fenomenologi Van Manen ke dalam konteks yang baru. Meskipun pendekatannya telah digunakan secara luas di ICU dan perawatan paliatif di Barat, penelitian ini menunjukkan relevansinya di ruang rawat inap umum yang tidak kritis di Asia Tenggara, sehingga berkontribusi pada pelokalan metodologi kualitatif (Chuang et al., 2017; Van Manen, 1997).

Kesimpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga pasien secara aktif berperan dalam membentuk budaya keselamatan pasien di rumah sakit, melalui pengamatan, pengasuhan, dan evaluasi komunikasi dengan tenaga kesehatan. Kepercayaan terhadap perawat bersifat relasional dan dinamis, sementara komunikasi menjadi penanda rasa hormat dan keamanan. Dengan pendekatan fenomenologi hermeneutika Van Manen, studi ini menyoroti pentingnya keterlibatan emosional keluarga dalam keselamatan pasien, serta perlunya pendekatan yang kontekstual dan sesuai budaya dalam praktik keselamatan di rumah sakit Indonesia.

Ucapan Terima Kasih

Penulis menyampaikan banyak terimakasih terhadap dukungan dalam menyelesaikan tugas penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Al-Mutair, A. S., Plummer, V., O'Brien, A., & Clerehan, R. (2020). Family needs and involvement in the intensive care unit: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3485–3497. <https://doi.org/10.1111/jocn.15303>
2. Chuang, C. H., Ginsburg, L. R., Berta, W. B., & Reid, R. C. (2017). Learning from preventable adverse events in hospitals: The experience of family members. *BMJ Quality & Safety*, 26(11), 902–910. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005600>
3. Cox, E. D., Carayon, P., & Hansen, K. W. (2019). Parent perceptions of safety climate in hospitals. *Patient Education and Counseling*, 102(5), 870–877. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.07.009>
4. Fitzgerald, L., et al. (2019). Patient engagement and safety: A critical review. *Health Services Research*, 54(4), 880–898. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13138>
5. Greenberg, M. E., et al. (2018). Barriers to engaging families in patient safety. *Nursing Ethics*, 25(6), 734–745. <https://doi.org/10.1177/0969733016684548>
6. Guirardello, E. B., et al. (2022). Patient safety culture in hospital practice: Cross-sectional analysis. *Journal of Nursing Management*, 30(2), 214–222. <https://doi.org/10.1111/jonm.13541>
7. Harrison, R., Walton, M., Manias, E., & Kelly, P. (2020). Patients as partners in safety: Insights from hospitalised patients. *BMJ Open*, 10(6), e034025. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034025>
8. Huang, C. H., Wu, Y. H., & Lee, S. Y. (2022). Evaluating the effectiveness of safety culture interventions. *BMC Health Services Research*, 22, 321. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07682-0>
9. Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2021). Patient participation: Current knowledge and applicability. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), mzab008. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab008>
10. Louch, G., et al. (2021). The role of safety culture in patient involvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(2), mzab071. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab071>
11. Manias, E., et al. (2020). Family involvement in safety: Barriers and enablers. *Health Expectations*, 23(3), 649–659. <https://doi.org/10.1111/hex.13033>
12. O'Hara, J. K., et al. (2019). Patient and family engagement in safety incident investigations. *Health Expectations*, 22(5), 1020–1029. <https://doi.org/10.1111/hex.12845>
13. Reeves, S., et al. (2020). Patients' and families' perspectives on safety. *BMJ Open*, 10(8), e032082. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032082>
14. Schwappach, D. L. B., & Wernli, M. (2021). Barriers to family-initiated safety interventions. *BMC Health Services Research*, 21, 670. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06034-7>

15. Van Manen, M. (1997). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Althouse Press.
16. Wagner, L. M., Capezuti, E., & Rice, J. C. (2020). Nurses' perception of patient safety culture. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(4), 308–314. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000449>
17. Ward, J., & Armitage, G. (2019). Can patients report patient safety problems? *BMJ Quality & Safety*, 28(8), 609–616. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008335>
18. Weingart, S. N., et al. (2021). The patient's voice in safety. *The Lancet*, 397(10273), 2312–2314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00924-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00924-1)
19. WHO. (2020). *Patient safety: Global action on patient safety*. <https://www.who.int/patientsafety>
20. Yanes, A. F., et al. (2020). The burden of safety: Patient and family role. *Qualitative Health Research*, 30(1), 85–98. <https://doi.org/10.1177/1049732319864571>
21. Syaripudin, A. (2018). Nurse Caring Behavior On Post Craniotomy Patients At Icu Room Gunung Jati Regional Of Cirebon. *Jurnal Kesehatan Mahardika*, 5(1), 10-16.
22. Muadi, M., Nurhaeni, A., Marisa, D. E., Oktiany, T., Rahayu, R., & Wahyuni, L. (2025). Self-Efficacy dan Stres Psikologis Pada Penderita Kanker Payudara: Studi Analitik di RSUD Waled Kabupaten Cirebon. *Malahayati Nursing Journal*, 7(6), 2636-2645.