

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem pada pelayanan kesehatan dalam membuat asuhan pasien menjadi lebih aman (Rachmawati & Harigustin, 2018). Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) (2017), menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan suatu kondisi pasien bebas dari cedera/harm (penyakit, cedera fisik, sosial, penderitaan, cacat, kematian) yang tidak seharusnya terjadi atau cedera potensial terkait pelayanan kesehatan.

Keselamatan pasien dapat berjalan dengan baik jika adanya budaya keselamatan pasien yang baik dari semua lini yang ada di rumah sakit (Atmodjo, 2019). Hal ini disebabkan karena budaya keselamatan pasien merupakan hal yang mendasar dalam pelaksanaan keselamatan pasien (Eljardali, 2018). Adanya budaya keselamatan akan menghasilkan penerapan keselamatan pasien yang lebih baik dibandingkan hanya berfokus pada program keselamatan pasien saja.

Budaya keselamatan pasien menurut Agency For Healthcare Research And Quality (2018) adalah produk dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan terhadap komitmen dan kemampuan manajemen kesehatan dan keselamatan dalam organisasi. Menurut KARS (2018), budaya keselamatan juga merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap,

persepsi, kompetensi dan pola perilaku individu maupun kelompok yang menentukan komitmen serta kemampuan manajemen pelayanan kesehatan terhadap keselamatan pasien.

Budaya keselamatan pasien di rumah sakit memiliki beberapa indikator yang perlu diterapkan. Menurut Reason (2009) dalam Cahyono (2015), organisasi kesehatan dikatakan memiliki budaya keselamatan pasien yang positif jika di dalam organisasi tersebut menerapkan budaya keterbukaan (open culture), budaya keadilan (just culture), budaya pelaporan (reporting culture), budaya belajar (learning culture) dan budaya informasi (informed culture) agar keselamatan dan keamanan pasien dalam menerima pelayanan dapat ditingkatkan. Hal ini didukung oleh Lumenta (2018) yang mengatakan bahwa dalam standar akreditasi rumah sakit budaya keselamatan dapat dilihat dari adanya budaya keadilan (just culture), budaya pelaporan (reporting culture), budaya belajar (learning culture), informasi (informed culture), flexible culture dan menjadikan 6 standar keselamatan pasien serta 7 langkah menuju keselamatan pasien sebagai budaya dalam asuhan yang berfokus pada pasien.

Budaya keselamatan pasien di rumah sakit sampai saat ini masih belum terlaksana dengan baik. Berbagai penelitian di Indonesia melaporkan terkait masih kurangnya penerapan budaya keselamatan pasien, diantaranya penelitian Nivalinda & Nurmala (2016) di salah satu rumah sakit yang ada di Semarang, didapatkan penerapan budaya keselamatan kurang baik sebesar 51,4 %. Demikian

juga penelitian Farkhati (2018) di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro melaporkan bahwa 88% unit kerja yang berhubungan dengan pasien, mempunyai nilai budaya keselamatan pasien yang rendah yaitu $< 75\%$.

Penelitian selanjutnya oleh Hamzah (2019) tentang budaya keselamatan dari Profesional Pemberi Asuhan (STAF), rata-rata pada tingkat sedang. Penelitian Calvalho (2015) di Istambul, Turkey didapat hasil rata-rata skor budaya keselamatan pasien oleh adalah 53,5 %. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Cui, et.al (2017) di China didapat hasil lebih rendah dengan skor rata-rata 41,04 % yang masih dibawah rekomendasi Internasional minimal 75 untuk persepsi yang baik dari budaya keselamatan.

Dalam suatu survey yang dilakukan oleh Institute for Safe Medication Practice (2019), 1565 dari 2095 pemberi jasa pelayanan kesehatan merasa yakin lisensinya akan dicabut atau dibatasi jika melakukan kesalahan yang fatal, mereka enggan membicarakan atau melaporkan suatu kesalahan yang mengakibatkan cedera, menutupi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), enggan mencari tahu dan belajar terkait informasi keselamatan pasien. Sejalan dengan penelitian dari Hutchinson (2018), menunjukkan bahwa budaya yang menuduh, mempersalahkan, dan mengkritik (accuse, blame, and criticize) yang masih banyak dipakai di berbagai organisasi rumah sakit dan tidak mendukung pengembangan program keselamatan pasien.

Dampak keselamatan pasien belum membudaya dapat dilihat dari tingginya angka KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) dan HAIs (Healthcare Associated Infections) yang merupakan suatu infeksi yang dialami oleh pasien selama dirawat di pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2018). Wang et al (2014) menyatakan peningkatan budaya keselamatan pasien secara signifikan terkait dengan penurunan KTD dan HAIs dalam perawatan pasien. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa cerminan belum berjalannya budaya keselamatan pasien dapat dilihat dari masih tingginya angka KTD dan HAIs pada pelayanan kesehatan yang ada.

Menurut World Health Organization (2019), angka KTD di rumah sakit pada beberapa negara seperti Australia, Inggris, Amerika dan Denmark mencapai 3,5-17,3% insiden dan HAIs terjadi pada 16% dari semua pasien rawat inap. Sedangkan di Indonesia, menurut laporan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2019), angka KTD mencapai 1733 orang dan HAIs hingga 4,2%.

Di Sumatera Barat, angka KTD juga masih belum sesuai target yang diinginkan. Hanya data insiden keselamatan pasien pada rumah sakit rujukan seperti RSUP Dr. M. Djamil Padang sebagai Rumah Sakit yang sudah terakreditasi Internasional yang didapatkan angka kejadian phlebitis 1,35 % dan angka infeksi daerah operasi 1,01 % (Laporan Tahunan RSUP M Djamil, 2019). Sedangkan di RSUD Pasaman Barat angka KTD tahun 2019 yang cukup tinggi dapat dilihat diantaranya dari kejadian phlebitis 5,7 % dari 13207 jumlah

pemasangan infus 2019 yang melebihi standar pelayanan minimal yang seharusnya $\leq 1,5\%$ dengan faktor resiko (PPIRS RSUD Pasaman Barat, 2019) dan angka infeksi daerah operasi 3,5 % dari 1904 operasi dengan standar minimal $\leq 1,5\%$ (PPIRS RSUD Pasaman Barat, 2018). Hal ini mengindikasikan bahwa budaya keselamatan pasien belum berjalan sebagaimana mestinya.

Organisasi yang tidak maksimal menerapkan budaya keselamatan pasien menurut Kirk (2016), juga dapat menimbulkan akibat berupa kesalahan laten, gangguan psikologi maupun fisiologi pada staf. Jika hal ini dibiarkan begitu saja maka akan mengakibatkan penurunan produktivitas dan dapat menimbulkan konflik interpersonal antara dokter/petugas kesehatan dan pasien, juga akan berakibat terhadap peningkatan biaya pelayanan, dapat membawa rumah sakit ke arena tuntutan kesalahan pelayanan/blamming, menimbulkan sengketa medis, tuntutan dan proses hukum, tuduhan malpraktek, blow up/ledakan berita ke media massa yang akhirnya menimbulkan opini yang negatif terhadap pelayanan rumah sakit dan berakibat pada penurunan mutu pelayanan rumah sakit. Pelayanan yang bermutu dan aman bagi pasien saling berkaitan dan tidak dapat dipisah-pisahkan (Cahyono, 2018).

Pentingnya budaya keselamatan pasien telah ditekankan dalam sebuah laporan Institute of Medicine (IOM) “to err is human” yang menjelaskan bahwa organisasi pelayanan kesehatan perlu mengembangkan budaya keselamatan pasien agar dapat berfokus dalam meningkatkan reliabilitas dan keamanan pasien

(IOM, 2010 dalam KARS 2018). Hal ini senada dengan penelitian Nieva & Sorra (2018), menekankan bahwa keselamatan pasien yang buruk merupakan faktor risiko penting yang bisa mengancam keselamatan pasien. Oleh karena itu penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit harus ditingkatkan.

Untuk membangun budaya keselamatan pasien, rumah sakit harus melakukan pengukuran dan evaluasi secara berkala. Pengukuran pertama sangat penting sebagai data dasar yang digunakan untuk acuan penyusunan suatu program. KARS (2018) merekomendasikan instrumen penilaian budaya keselamatan pasien Hospital Survey on Patient Safety culture (HSOPSC) yang diadopsi dari Agency of Healthcare Research and Quality (2018). Instrumen ini berupa kuesioner yang menilai keselamatan pasien dari 12 elemen yang pada dasarnya dikembangkan dari elemen-elemen yang mengukur 5 indikator budaya keselamatan (Atmodjo, 2018).

Penerapan budaya keselamatan pasien bukanlah hal yang mudah. Menjadikan Keselamatan pasien sebagai budaya berarti merubah budaya yang sudah ada menjadi budaya keselamatan pasien. Menurut Geller (1994) dalam Vierendeels (2018), ada tiga kelompok faktor yang dapat mempengaruhi budaya keselamatan pasien, yaitu faktor personal, faktor perilaku organisasi dan faktor lingkungan.

Menurut Change (2005) dalam Cahyono (2018), individu, kelompok atau organisasi akan mengalami perubahan apabila daya dorong melebihi kekuatan

keengganan. Peran utama yang berfungsi untuk mendorong dan mempengaruhi orang lain dalam sebuah organisasi adalah peran kepemimpinan (Wibowo, 2016). Menurut Kohn (2010) dalam Atmodjo (2018), kepemimpinan merupakan kunci utama dalam mendesain sistem dan budaya keselamatan di organisasi kesehatan.

Hal ini di perkuat oleh Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 11 tahun 2017, untuk membangun budaya keselamatan pasien tergantung pada kepemimpinan yang kuat dan kemampuan pimpinan organisasi dalam mendengarkan pendapat seluruh anggota (Kemenkes RI, 2017). Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015), komponen kepemimpinan efektif dalam menciptakan job description yang jelas, memberikan kontribusi dalam menanamkan budaya yang mendukung usaha staf dan tidak bersifat menghukum sangat dibutuhkan dalam menciptakan budaya keselamatan pasien sehingga menurunkan angka kejadian tidak diharapkan.

Hasil penelitian Anderson & Kodate (2015) menyatakan bahwa komitmen pemimpin akan keselamatan merupakan hal pertama yang harus diperhatikan dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Sejalan dengan hasil penelitian Mulyati & Herdiana (2016) di RS Pemerintah Kabupaten Kuningan menunjukan persepsi terhadap manajemen menjadi faktor determinan dengan nilai $p < 0.000 < \alpha < 0.05$, unsur pimpinan memiliki pengaruh yang signifikan dalam menciptakan budaya keselamatan pasien. Penelitian Lilian (2017) menemukan bahwa ada

hubungan yang positif antara kepemimpinan dengan budaya keselamatan pasien di dalam rumah sakit.

Kepemimpinan adalah seni untuk mempengaruhi orang lain untuk melakukan sesuatu guna mencapai tujuan (Potter & Perry, 2010). Untuk mencapai tujuan secara optimal, rumah sakit dituntut untuk memiliki pimpinan yang harus bersinergi positif mulai dari direktur rumah, para pimpinan, kepala unit kerja, dan kepala unit pelayanan dengan karyawan di berbagai lapisan. Direktur rumah sakit secara kolaboratif mengoperasikan rumah sakit bersama para pimpinan, kepala unit kerja dan unit pelayanan dalam pengelolaan manajemen untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien (Atmodjo, 2018).

Pelayanan klinis, hasil asuhan klinis pasien dan manajemen suatu rumah sakit secara keseluruhan dihasilkan dari kegiatan klinis dan manajerial tiap departemen serta unit pelayanan. Petugas RS di rumah sakit yang paling sering berhubungan langsung dengan pasien adalah perawat, dokter, apoteker, analis dan ahli gizi. Hal yang paling penting adalah kompetensi yang memadai untuk berperan dalam menerapkan budaya keselamatan pasien di rumah sakit (Hadijah, 2016).

Agar pelayanan klinis pasien dan manajemen suatu rumah sakit sehari-hari menjadi efektif dan efisien maka rumah sakit yang umumnya dibagi menjadi subkelompok yang kohesif seperti instalasi/unit atau jenis pelayanan tertentu yang berada dibawah arahan pimpinan pelayanan yang disebut kepala departemen

(dalam standar ini untuk selanjutnya disebut Koordinator Pelayanan) dan kepala unit. Oleh sebab itu fokus penelitian ini adalah pada pemimpin di unit pelayanan yaitu koordinator pelayanan dan kepala unit.

Kinerja departemen atau unit pelayanan yang baik membutuhkan kepemimpinan yang jelas dari individu yang kompeten (KARS, 2018). Pemimpin yang efektif adalah pemimpin yang mempunyai kemampuan melaksanakan fungsi kepemimpinan yang terintegrasi dengan kemampuan manajerial (Marquis & Huston, 2015). Bronsten (2009) dalam Suni (2018) menyatakan bahwa kegiatan kepemimpinan mencakup beberapa hal yang terkait dengan kegiatan manajerial yaitu mulai dari proses perencanaan sampai pengendalian.

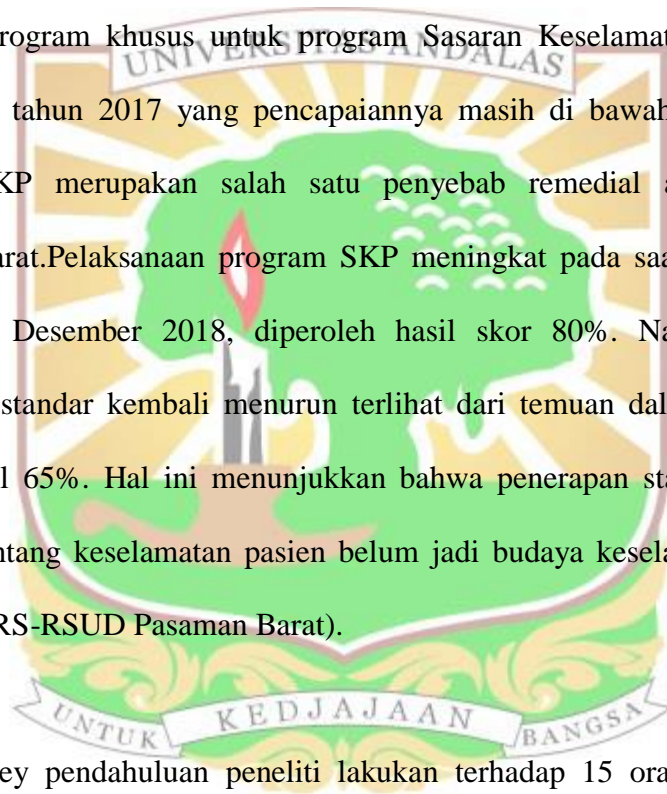
Adapun fungsi manajerial menurut Marquis & Huston (2015) meliputi fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan dan pengendalian. Dimana dalam setiap proses manajemen tersebut diintegrasikan dengan tugas, kewenangan, tanggung jawab/ kriteria pemimpin yang mendukung atau berkomitmen terhadap program keselamatan pasien dimulai dari perencanaan sampai dengan evaluasi (Kemenkes RI, 2017). Menurut Wagner et al (2013), pimpinan memegang peran penting terhadap proses implementasi keselamatan melalui kegiatan merencanakan, mengarahkan, mengkoordinasikan mengendalikan memotivasi, monitoring mengevaluasi pelaksanaan program-program keselamatan pasien.

Fungsi manajerial di rumah sakit diperankan oleh direktur hingga kepala ruangan. Semua lini pimpinan harus bersinergi dalam menjalankan fungsi manajerialnya untuk membangun budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Semakin baik fungsi manajerial pimpinan, maka akan semakin tercipta budaya keselamatan pasien di suatu rumah sakit (Wagner, 2013). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa untuk menciptakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit diperlukan fungsi manajerial pimpinan di unit pelayanan yang maksimal pada seluruh petugas RS yang ada.

Hasil penelitian Rahmah & Sarwati (2019) tentang determinan fungsi manajemen dengan budaya keselamatan pasien di RS. Dr. Chasbullah Abdul Madjid didapatkan hubungan yang signifikan. Penelitian tersebut menyarankan pihak manajerial rumah sakit dapat memberikan pelatihan kepemimpinan dan budaya keselamatan pasien agar terciptanya budaya keselamatan pasien yang baik. Penelitian Anwar & Yuswardi (2016) juga menemukan adanya hubungan fungsi manajemen dengan penerapan patient safety culture di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Pada penelitian ini ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf dan pengendalian dengan penerapan patient safety culture.

Berdasarkan hasil survey dan wawancara yang dilakukan peneliti pada Bulan Agustus 2019 dengan Tim Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Daerah Pasaman Barat tentang pelaksanaan program keselamatan pasien diketahui

bahwa Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) di RSUD Pasaman Barat telah dibentuk pada tanggal 15 Agustus 2017 sesuai dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sumatra Barat Nomor 446084/SK-DIR/VII-2017. Kebijakan, pedoman dan Standar Operasional Prosedur tentang keselamatan pasien sudah ada. Namun pelaksanaan program Keselamatan Pasien di RSUD Pasaman Barat belum optimal. Ini ditandai dari hasil penilaian akreditasi program khusus untuk program Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) oleh KARS tahun 2017 yang pencapaiannya masih di bawah 60 %, sehingga program SKP merupakan salah satu penyebab remedial akreditasi RSUD Pasaman Barat. Pelaksanaan program SKP meningkat pada saat akan dilakukan reakreditasi Desember 2018, diperoleh hasil skor 80%. Namun setelah itu pencapaian standar kembali menurun terlihat dari temuan dalam audit internal dengan hasil 65%. Hal ini menunjukkan bahwa penerapan standar operasional prosedur tentang keselamatan pasien belum jadi budaya keselamatan di Rumah Sakit (KKPRS-RSUD Pasaman Barat).



Dalam survey pendahuluan peneliti lakukan terhadap 15 orang petugas RS di Ruang Rawat Inap RSUD Pasaman Barat untuk melihat budaya keselamatan pasien yang telah berjalan didapatkan hasil bahwa, 8 orang pernah melakukan kesalahan (insiden) dan jarang sekali melaporkan, 10 orang mengatakan saat ada kejadian tidak diharapkan, lebih baik disembunyikan, 7 orang mengakui bahwa selama ini jarang sekali mencari informasi dan belajar tentang penerapan keselamatan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Pasaman Barat belum

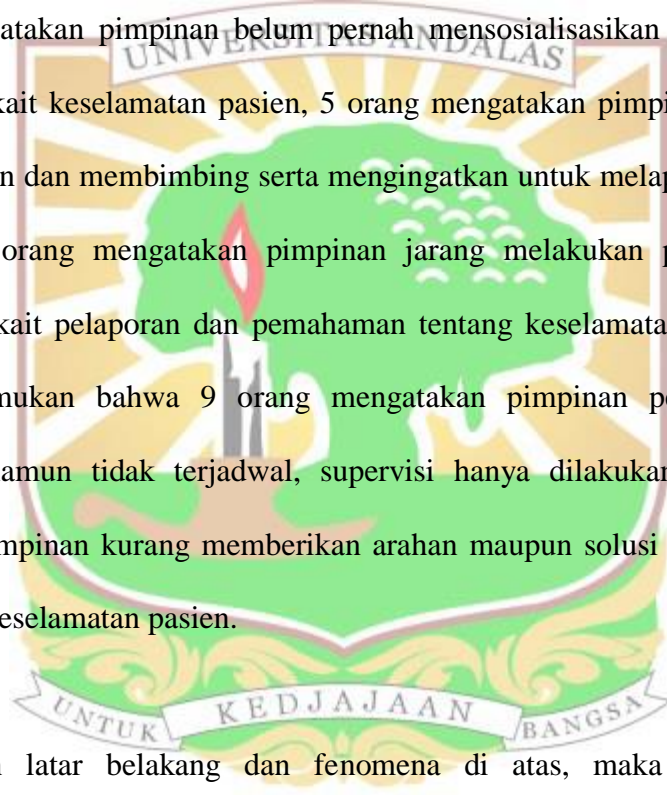
menerapkan budaya keselamatan pasien dengan baik sesuai dengan yang seharusnya, dimana petugas RS seharusnya menerapkan budaya keterbukaan (open culture), budaya keadilan (just culture), budaya pelaporan (reporting culture), budaya belajar (learning culture) dan budaya informasi (informed culture).

Melalui wawancara yang juga peneliti lakukan tentang budaya keselamatan pasien kepada 10 orang petugas RS, didapatkan hasil bahwa 7 orang menyatakan belum adanya keterbukaan komunikasi tentang keselamatan pasien, 7 orang menyatakan adanya kerjasama tim (teamwork) yang baik, 4 orang menyatakan kerjasama tim antar unit baik, 7 orang menyatakan bahwa persepsi tentang keselamatan pasien secara umum adalah baik, 6 orang menyatakan pengelolaan staf mendukung keselamatan pasien baik, 6 orang menyatakan respon tidak menyalahkan terhadap terjadinya error kurang baik, 7 orang menyatakan frekwensi pelaporan kejadian kurang baik, 4 orang menyatakan pergantian shift menimbulkan masalah/kendala yang beresiko pada keselamatan pasien, 6 orang menyatakan manajemen mendukung upaya keselamatan pasien.

Berdasarkan informasi melalui wawancara pada 10 orang Kepala ruangan di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat didapatkan 4 Kepala ruangan menyatakan masih banyak terjadi insiden keselamatan pasien yang tidak dilaporkan seperti kesalahan dalam pemberian gelang identitas pasien (lebih kurang 5 dari 100 orang pasien pernah mengalami kesalahan dalam identifikasi), kesalahan dalam

pemberian obat (lebih kurang 5 dari 100 orang pasien terjadi kesalahan pemberian obat) dan pernah ada 2 kejadian pasien jatuh.

Hasil wawancara peneliti kepada 10 orang petugas RS tentang penilaian mereka mengenai pelaksanaan fungsi manajerial pimpinan dalam pelaksanaan program budaya keselamatan pasien di unit kerjanya masing-masing didapatkan dari 6 orang mengatakan pimpinan belum pernah mensosialisasikan rencana kegiatan tahunan terkait keselamatan pasien, 5 orang mengatakan pimpinan jarang sekali mengarahkan dan membimbing serta mengingatkan untuk melaporkan KTD yang ditemui, 7 orang mengatakan pimpinan jarang melakukan pengontrolan dan evaluasi terkait pelaporan dan pemahaman tentang keselamatan pasien. Peneliti juga menemukan bahwa 9 orang mengatakan pimpinan pernah melakukan supervisi, namun tidak terjadwal, supervisi hanya dilakukan jika ditemukan masalah, Pimpinan kurang memberikan arahan maupun solusi terhadap masalah penerapan keselamatan pasien.



Berdasarkan latar belakang dan fenomena di atas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian yang berjudul “Analisis Hubungan Fungsi Manajerial Pimpinan Unit dengan Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan fungsi manajerial pimpinan unit dengan budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat ?

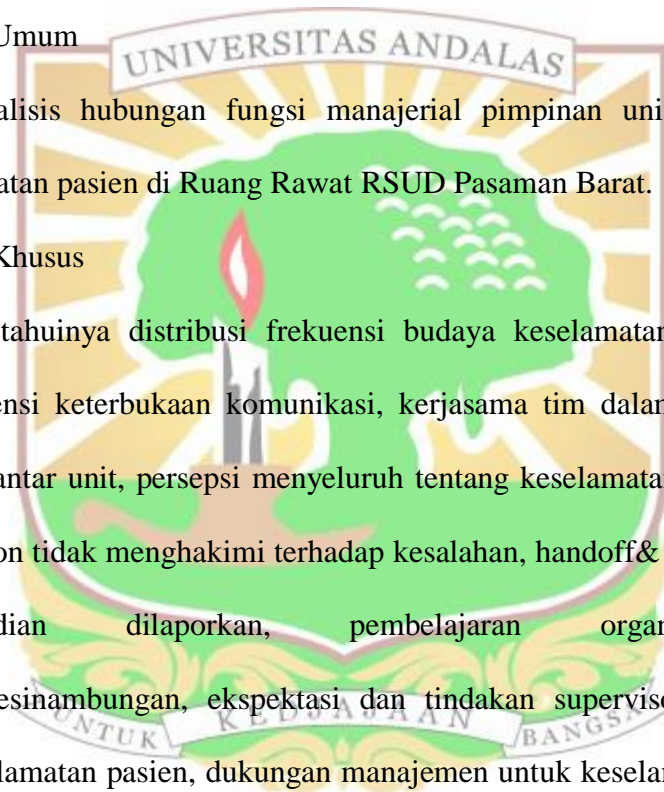
C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis hubungan fungsi manajerial pimpinan unit dengan budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya distribusi frekuensi budaya keselamatan pasien meliputi dimensi keterbukaan komunikasi, kerjasama tim dalam unit, kerjasama tim antar unit, persepsi menyeluruh tentang keselamatan pasien, staffing, respon tidak menghakimi terhadap kesalahan, handoff & transisi, frekuensi kejadian dilaporkan, pembelajaran organisasi-peningkatan berkesinambungan, ekspektasi dan tindakan supervisor/manajer dalam keselamatan pasien, dukungan manajemen untuk keselamatan pasien dan umpan balik & komunikasi tentang kesalahan di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat.
- b. Diketuainya distribusi frekuensi perencanaan pimpinan unit dalam budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat.
- c. Diketuainya distribusi frekuensi pengorganisasian pimpinan unit dalam budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat.



- d. Diketuahuinya distribusi frekuensi pengaturan staf pimpinan unit dalam budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat.
- e. Diketuahuinya distribusi frekuensi pengarahannya pimpinan unit dalam budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat.
- f. Diketuahuinya distribusi frekuensi pengendalian pimpinan unit dalam budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat.
- g. Diketuahuinya hubungan perencanaan pimpinan unit dengan budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat.
- h. Diketuahuinya hubungan pengorganisasian pimpinan unit dengan budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat.
- i. Diketuahuinya hubungan pengaturan staf pimpinan unit dengan budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat.
- j. Diketuahuinya hubungan pengarahannya pimpinan unit dengan budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat.
- k. Diketuahuinya hubungan pengendalian pimpinan unit dengan budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat.
- l. Diketuahuinya fungsi manajerial yang paling dominan berhubungan dengan budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat.



D. Manfaat Penelitian

1. Bagi RSUD Pasaman Barat

Melalui penelitian ini akan terjadi peningkatan pemahaman petugas RS di Ruang Rawat RSUD Pasaman Barat dalam menerapkan budaya keselamatan pasien selama melaksanakan asuhan di rumah sakit.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya wawasan, ilmu pengetahuan dan sebagai referensi tambahan mengenai fungsi manajerial pimpinan unit dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien.

3. Bagi Peneliti Lainnya

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan pengetahuan peneliti, dapat dijadikan sebagai bahan masukan, pertimbangan dan sumbangan pemikiran bagi peneliti lain sehingga penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian yang jauh lebih baik dari sebelumnya.

