



SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT
DENGAN PELAKSANAAN *PATIENT SAFETY*
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EXPERIMENTAL

**OLEH
ADRIANUS S. SOLIBUT NIM: CX1614201137
AFANDI NIM: CX1614201138**

**PROGRAM S I KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2018**



SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT
DENGAN PELAKSANAAN *PATIENT SAFETY*
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris
Makassar**

**OLEH
ADRIANUS S. SOLIBUT NIM: CX1614201137
AFANDI NIM: CX1614201138**

**PROGRAM S I KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2018**

PERSYARAYAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Adrianus S. Solibut (CX1614201137)

Afandi (CX1614201128)

Menyatakan dengan ini sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri, dan bukan di duplikasi ataupun plagiat (jiplakan) dan hasil penelitian orang lain. Sepengetahuan kami, penelitian ini belum pernah di tulis oleh orang lain dan diteliti di institusi yang sama.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebener-benarnya.

Makassar, April 2018

Yang menyatakan



(Adrianus S. Solibut)
CX1614201137



(Afandi)
CX1614201138

LEMBAR PERSETUJUAN

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT DENGAN
PELAKSANAAN *PATIENT SAFETY*
RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

Diajukan oleh :

ADRIANUS S. SOLIBUT

CX1614201137

AFANDI

CX1614201138

Disetujui oleh :

Pembimbing



**(Rosdewi, SKp, MSN)
NIDN. 0906097002**

Wakil Ketua 1

Bidang Akademik



**(Henny Pongantung, S.Kep, Ns, MSN)
NIDN. 0912106501**

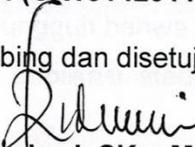
HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT
DENGAN PELAKSANAAN PATIENT SAFETY
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

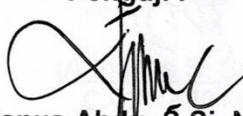
Yang dipersiapkan dan disusun oleh:
ADRIANUS S. SOLIBUT (CX1614201137)
AFANDI (CX1614201138)

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

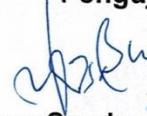

Rosdewi, SKp, MSN
NIDN: 0906097002

Telah Diuji dan Dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji Pada Tanggal
12 Desember 2018 Dan Dinyatakan Telah Memenuhi
Syarat Untuk Diterima Susunan Dewan Penguji

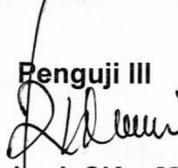
Penguji I


(Siprianus Abdu, S.Si, Ns, M.Kes)
NIDN:0928027101

Penguji II


(Mery Sambo, Ns.,M.Kep)
NIDN:0930058102

Penguji III


Rosdewi, SKp, MSN
NIDN: 0906097002

Makassar, April 2017
Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar


Siprianus Abdu, S.Si, Ns, M.Kes
NIDN. 0928027101

PERNYATAAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Adrianus S. Solibut

NIM : CX1614201137

Nama : Afandi

NIM : CX1614201138

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa prposal ini merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Desember 2018

Yang menyatakan,



(Adrianus S. Solibut)
CX1614201137



(Afandi)
CX1614201138

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *patient safety*”.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat harapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Selama penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, SSi, Ns, M.Kes. Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar dan selaku penguji I. Terima kasih atas koreksi dan ilmu yang diberikan kepada saya selama menuntut ilmu juga selama ujian proposal dan ujian skripsi di STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, S.Kep, Ns, MSN. Selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Rosdewi SKp, MSN. Selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan pembimbing yang telah banyak memberikan masukan selama penyusunan skripsi di STIK Stella Maris Makassar.
4. Sr. Anita Sampe, JMJ. S.Kep.,MAN selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
5. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp KMB Selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

6. Mery Sambo, NS.,M.Kes selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan dan masukan demi penyempurnaan skripsi ini.
7. Segenap civitas akademika Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
8. Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makasar yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk mengadakan penelitian.
9. Kedua orang tua serta sanak saudara penulis yang telah banyak memberikan motivasi baik moril maupun materil.
10. Kepada teman-teman seperjuangan Mahasiswa Kelas Khusus-B Angkatan 2016 Program studi S1 keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
11. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan proposal ini.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, April 2018

Tim Penulis

ABSTRAK
The Corelation of betwen The konwledge of Nurse Whit The
Impelentation of patient safety
(Adviser by Rosdewi)

Adrianus S. Solibut and Afandi
STUDY PROGRAM S1 NURSING AND NERS
(pages 60 + 15 Referebs + 9 Table + 7 attachment)

Patient safety program applied, however the penomenom that happened in service of healt still careless, because unicareful of nurse. The knowledge of patient safety become an importing think for nurses so they can avoid from many faults when do patient safety. The clim of this research is to know the correlation between the knowledge of nurse with the implementation of patient safety Stella Maris Hospital. Types of research that have used is non-experiment research with observasional analitik with cross sectional study approach. The population in this research are extravert nurses in St. Bernadeth rooms, Stella Maris Hospital Makassar. Methode of sampling that we have used was now probability sampling with simple stratified random sampling technique, with 53 people of sample. The data tahat we have collected was processed with SPSS progran versi 21 windows. The result of analysis statistics that used Chi-Square continuity correction test, obtained ρ value = 0,401 with $\alpha = 0,05$. So we can condude that there is no correlation between the knowledge of nurse with the implementation of patient safety in St. Bernadeth rooms, Stella Maris Hospital Makassar. To reached the implementation of patient safety in the hospital, we hope the nurses can improve the knowledge and implementation of patient safety.

Keywords : The leved of knowledge and implementation patient safety.

Literature: 6 books, 16 journals (2007 – 2017)

ABSTRAK

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT DENGAN
PELAKSANAAN *PATIENT SAFETY***

**DI RS STELLA MARIS
MAKASSAR
(di bimbing oleh Rosdewi)**

**Adrianus S. Solibut dan Afandi
PROGRAM STUDY S1 KEPERAWATAN DAN NERS
(halaman 60+15 Daftar Pustaka + Tabel 9 + 7 Lampiran)**

Program *patient safety* sudah diterapkan, namun fenomena yang terjadi dipelayanan kesehatan masih banyak kelalaian dikarenakan ketidaktelitian perawat. Pengetahuan tentang *patient safety* menjadi hal yang sangat penting bagi perawat agar terhindar dari kesalahan dalam pelaksanaan *patient safety*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan pelaksanaan *patient safety* di Rumah Sakit Stella Maris. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian non-eksperimen dengan jenis *observasional analitik* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional study*. Populasi dalam penelitian ini perawat pelaksana di ruang rawat inap St Bernadeth Rumah Sakit Stella Stella Maris Makassar. Metode sampling yang digunakan adalah *non probability sampling* dengan tehnik *simple stratified random sampling* dengan jumlah sampel 53 . Data dikumpulkan dengan langsung dengan menggunakan kuesioner. Data yang terkumpul diolah dengan menggunakan program SPSS versi 21 *windows*. Hasil analisis statistik menggunakan uji *Chi-square continuity corecction* diperoleh nilai $p = 0,401$ dengan nilai kemaknaan $\alpha = 0,05$. Maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Agar tercapainya pelaksanaan *patient safety* di Rumah Sakit diharapkan perawat meningkatkan pengetahuan dan pelaksanaan *patient safety*.

Kata kunci : tingkat pengetahuan dan pelaksanaan *patient safety*

Kepustakaan : 6 books, 16 journals (2007 – 2017)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL LUAR	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
1. Bagi Ilmu Pengetahuan Dan Teknologi	6
2. Bagi Masyarakat	6
3. Bagi Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Tingkat Pengetahuan	7
1. Definisi Pengetahuan.....	7

2. Proses Terjadinya Pengetahuan	8
3. Tingkat Pengetahuan.....	9
4. Jenis Pengetahuan	10
5. Cara Memperoleh Pengetahuan	11
6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan	12
7. Pengukuran Pengetahuan	13
B. Tinjauan Umum Tentang Patient Safety.....	14
1. Definisi Patient Safety	14
2. Tujuan Patient Safety	14
3. Manfaat Patient Safety	15
4. Jenis Insiden Pasien Safety	15
5. Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	16
6. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	25
7. Langkah-Langkah Kegiatan Pasien Safety.....	26
8. Sasaran Pasien Safety	27
9. Solusi Patient Safety.....	31
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
A. Kerangka Konseptual	36
B. Hipotesis Penelitian.....	37
C. Definisi Operasional	37
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian.....	39
B. Tempat Dan Waktu Penelitian	39
C. Populasi Dan Sampel.....	39
D. Instrumen Penelitian.....	42
E. Pengumpulan Data.....	42
F. Pengolahan Dan Penyajian Data.....	44
G. Analisa Data	44

1. Analisa Univariat	44
2. Analisa Bivariat	44
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	46
1. Pengantar	46
2. Gambaran Umum Penelitian	46
3. Karakteristik Responden.....	46
4. Hasil Analisis Univariat	50
5. Analisis Bivariat.....	52
B. Pembahasan.....	53
BAB VI SARAN DAN KESIMPULAN	
A. Kesimpulan	59
B. Saran.....	60

DAFTAR TABEL

HAL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	37
Tabel 4.1 Distribusi Responden	42
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin.....	47
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan	48
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama bekerja.....	48
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pelatihan.....	49
Tabel 5.5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pengetahuan tentang <i>patient safety</i>	49
Tabel 5.6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan Pelaksanaan.....	50
Tabel 5.7 Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan <i>patient safety</i>	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka konsep.....37

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2	Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 3	Rembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 4	Lembar Kuesioner Penelitian
Lampiran 5	Lembar Konsultasi Mahasiswa
Lampiran 6	Lembar Master Tabel
Lampiran 7	Tabel uji Spss

DAFTAR SINGKATAN

KTD : Kejadian Tidak Diharapkan

KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KPC	: Kejadian Potensial Cedera
KKPRS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
IOM	: Institute of Medicine
SPSS	: Statistical Package Social Sciences
NORUM	: Nama Obat dan Ucapan Mirip
PERSI	: Persatuan Rumah Sakit Indonesia
KARS	: Komisi Akreditasi Rumah Sakit
JCI	: Join Commission International
HAL	: Halaman
NO	: Nomor
Ha	: Hipotesis alternatif
Ho	: Hipotesis nol
α	: alfa
β	: Beta
D III	: Diploma III
Skep	: Sarjana Keperawatan
Depkes	: Departemen kesehatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit merupakan tempat pelayanan kesehatan yang sangat kompleks dan padat risiko. Di Rumah Sakit terdapat ratusan obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan kepada pasien selama 24 jam terus-menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi, kejadian tidak diharapkan (KTD) (Amirullah, dkk, 2014).

Perilaku yang tidak aman, lupa, kurangnya perhatian/motivasi, kecerobohan, tidak teliti, tidak memperdulikan dan menjaga keselamatan pasien berisiko untuk terjadinya kesalahan dan akan mengakibatkan cedera pada pasien, berupa *Near Miss* (Kejadian Nyaris Cedera/KNC) atau *Adverse Event* (Kejadian Tidak Diharapkan/KTD) selanjutnya pengurangan kesalahan dapat dicapai dengan memodifikasi perilaku Perawat harus melibatkan kognitif, afektif dan tindakan yang mengutamakan keselamatan pasien (Lombogia, dkk, 2015).

Keselamatan pasien memang menjadi isu utama di setiap Negara, baik dari fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun pihak swasta. Memberikan obat antibiotik tanpa menilai kondisi pasien dan sensitifitas, atau potensi efek samping dapat menimbulkan risiko trauma dan kecacatan bagi pasien. Risiko bagi pasien, ini tidak hanya karena kesalahan penggunaan teknologi tapi juga dapat terjadi karena komunikasi yang buruk antara berbagai tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan (Priyoto & Putri, 2017).

Di Indonesia kampanye keselamatan pasien mulai pada tahun 2006, dan mulai menjadi aksi nyata pada tahun 2007, bahkan tahun 2011 juga diterbitkan oleh Permenkes UU NO. 1691/2011 tentang keselamatan pasien (*patient safety*) (Priyoto & Putri, 2017).

Secara keseluruhan program *patient safety* sudah diterapkan, namun fenomena yang terjadi dipelayanan kesehatan masih banyak kelalaian dikarenakan ketidaktepatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang akan memberikan dampak negatif pada pasien seperti pasien cedera, resiko jatuh, resiko salah pengobatan, pendelegasian yang tidak akurat saat operan pasien yang mengakibatkan keselamatan pasien menjadi kurang maksimal. (Bawelle, 2013 dalam Lombogia, dkk, 2016).

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera.

Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius (Nasrullah, 2014).

Dampak lain dari kelalaian keselamatan pasien antara lain kejadian dekubitus, kesalahan pemberian obat, pasien jatuh, infeksi nosokomial, cedera akibat restrain, flebitis (Nursalam, 2015).

Keselamatan pasien (*patient safety*) menjadi hal yang sangat serius dikalangan dunia kesehatan, hal ini dikarenakan cukup tingginya kasus *medical error* di Rumah Sakit. Prevalensi menurut *World Health Organization* (WHO), 2014. Di Eropa mengalami pasien dengan resiko infeksi 83,5 % dan bukti kesehatan medis menunjukkan 50-72,3%. Dikumpulkan angka-angka penelitian Rumah Sakit diberbagai negara, ditemukan KTD dengan rentang 3,2-16,6% (Lombogia, dkk, 2015).

Institute of Medicine (IOM) mengestemasikan bahwa dari 33,6 juta kematian pasien rawat inap di seluruh Rumah Sakit di Amerika Serikat. Kematian akibat KTD / berkisar 40.000 hingga 98.000 jiwa per tahun (Amirullah, 2014).

Data KTD dan KNC di Indonesia masih sulit didapatkan. Menurut Laporan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, di beberapa provinsi di Indonesia pada Januari 2010 sampai April 2011 insiden keselamatan pasien yang dilaporkan sebanyak 137 insiden. 3 Provinsi Jawa Timur menempati urutan tertinggi yaitu 27% diantara provinsi lainnya: (Banten 22,6%, DKI Jakarta 16,8%, Jawa Tengah 13,1 %, Jawa Barat 8 %, Riau 3,7%, Lampung 2,2%, Bali 1,5%, Sumatra Selatan 0,7 %, Sumatra Utara 0,7 %, Sulawesi Selatan 0,7 %, Kalimantan Selatan 0,7%). Berdasarkan jenis kejadian dari 137 insiden, 55,47 % merupakan insiden KTD, 40,15% merupakan KNC, dan 4,38% lainnya, 8,36% mengakibatkan kematian, 2,19 cedera *irreversible* (permanen), 21,17% cedera *irreversible* (sementara), 19,71% cedera ringan (Amirullah, 2014).

Program keselamatan pasien adalah menjamin keselamatan Pasien di Rumah Sakit melalui upaya pencegahan terjadinya insiden/kesalahan saat memberikan pelayanan kesehatan antara lain: infeksi nosokomial, ulkus decubitus, plebitis, efek alergi obat, efek samping transfusi darah, cidera, pasien jatuh, cacat, kematian dan lain-lain yang

tidak seharusnya terjadi jika pelayanan kesehatan dilakukan secara ekstra hati-hati (Hasam, dkk, 2014).

Untuk mencegah hal yang mencederai pasien maka diperlukan tingkat pengetahuan yang baik dari perawat, terdiri dari kemampuan dan ketrampilan fisik dan mental dari individu sebagai perawat. Demikian pula dengan tingkat pengetahuan perawat sebagai pekerja, dapat mempengaruhi ketrampilan dalam melaksanakan apa yang sudah direncanakan oleh manajemen dalam melakukan tindakan yang tidak mencederai pasien dan merugikan pasien (Cahyono, 2015).

Cahyono (2015) mengemukakan dalam penelitiannya terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dan praktek keselamatan pasien, diketahui pula bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien maka praktek keselamatan pasien dalam asuhan keperawatan semakin baik. Hasil analisis hubungan antara tingkat pengetahuan dan praktek keselamatan pasien memiliki hubungan positif.

Arruum, Salbiah, dkk (2015) mengemukakan dalam penelitian ini adalah perawat memiliki pengetahuan yang kurang baik tentang sasaran keamanan pasien di rumah sakit, yang menunjukkan bahwa identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat, kepastian tepat lokasi, prosedur, pasien operasi, pengendalian infeksi, pencegahan pasien jatuh belum dipahami oleh tenaga kesehatan yaitu perawat.

Berdasarkan data yang kami dapatkan dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Jumlah seluruh perawat 189, tingkat pendidikan D3= 144 perawat, dan S1 Ners= 45 perawat. Sebagian besar perawat di Rumah sakit Stella Maris adalah non perawat profesional melainkan masih perawat *associet*. Data kejadian KTD masih terjadi walaupun angka kejadian sangat kecil 0,7% (kejadian plebitis dan dekubitus). Namun dengan banyaknya perawat yang *then over* (keluar masuk perawat yang lama dan perawat yang baru) dapat beresiko menimbulkan kejadian-

kejadian yang tidak di harapkan, dan terjadi persentase kejadian insiden *patient safety* di Rumah Sakit meningkat lebih dari angka sebelumnya.

B. Rumusan Masalah

Keselamatan pasien merupakan masalah yang serius yang sering menimbulkan terjadinya kesalahan dan akan mengakibatkan cedera pada pasien. Secara keseluruhan program *patient safety* sudah diterapkan, namun fenomena yang terjadi dipelayanan kesehatan masih banyak kelalaian dikarenakan ketidaktelitian perawat dan pengetahuan yang kurang tentang keselamatan pasien, maka pelaksanaan asuhan keperawatan akan memberikan dampak negatif pada keselamatan pasien.

Perawat mempunyai peran penting dalam keberhasilan pelaksanaan *patient safety*, untuk itu dibutuhkan tenaga perawat yang mempunyai tingkat pengetahuan yang baik tentang *patient safety* untuk meminimalkan resiko terjadinya cedera pada pasien. Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka peneliti merumuskan pertanyaan penelitian yaitu “apakah ada hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Patient Safety*”.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Patient Safety*.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan perawat pelaksana tentang *patient safety*
- b. Mengidentifikasi pelaksanaan *Patient Safety*

- c. Menganalisis hubungan tingkat pengetahuan perawat pelaksana dengan pelaksanaan *Patient Safety*

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan penelitian ini dapat meningkatkan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit, sehingga dapat melakukan pelaksanaan *patient safety* yang maksimal kepada pasien.

2. Bagi Institusi pendidikan

Diharapkan penelitian ini dapat bermamfaat bagi institusi khususnya membantu peserta didik dalam hal ini mahasiswa dalam menyelesaikan tugas-tugas akademik. Dan menjadi salah satu acuan dalam pelaksanaan *patient safety* ketika melaksanakan praktik klinik keperawatan.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini menambah pengetahuan kepada peneliti khususnya dalam pengaplikasiannya *patient safety* pada tempat kerja peneliti.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan

1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan melalui pasca indra manusia yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indra pendengaran (telinga) dan indra penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*) (Notoatmojo, 2007).

Pengetahuan adalah fakta, keadaan atau kondisi tentang pengertian mencakup kombinasi dari kesadaran sederhana tentang fakta dan pemahaman tentang bagaimana fakta itu berkaitan satu sama lain (Cahyono, 2015).

Pengetahuan juga merupakan kesan dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca indranya. Pengetahuan sangat berbeda dengan kepercayaan (*balieve*), tahayul (*sudden sition*), dan penerangan-penerangan yang keliru (*miss information*), pengetahuan adalah segala apa yang diketahui berdasarkan pengalaman yang di dapatkan oleh setiap manusia dan pada dasarnya pengetahuan akan terus bertambah bervariasi sesuai dengan proses pengalaman manusia yang dialaminya (Mubarak, 2007).

Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikannya yang tinggi maka

orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuan. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seorang yang pendidikan yang rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingat bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, akan tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan membentuk sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap positif terhadap objek tertentu. (Notoatmodjo, 2007).

2. Proses Terjadinya Pengetahuan

pengetahuan mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses sebagai berikut:

- a. Kesadaran (*Awareness*), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulasi (obyek).
- b. Merasa (*Interest*), tertarik terhadap stimulasi atau obyek tersebut disini sikap obyek mulai timbul.
- c. Menimbang-nimbang (*Evaluation*), terhadap baik dan tidaknya stimulasi tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. Mencoba (*Trial*), dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki.
- e. *Adaption*, dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulasi.

3. Tingkat Pengetahuan

Ada 6 tingkat pengetahuan dan kognitif menurut (Notoatmojo 2003 dalam Wawan, Dewi, 2010) antara lain:

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu makna yang telah dipelajari sebelumnya termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali terhadap suatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah di konfirmasi, oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu: menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, mengatakan dan sebagainya.

b. Memahami (*Comprehention*)

Memahami artinya sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dengan dapat menginterpretasikan makna tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek dan makna harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi artinya kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi ataupun kondisi *riil* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan yaitu aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks situasi yang lain.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis diartikan sebagai suatu kemampuan seseorang untuk menggambarkan atau memisahkan. Kemudian mencari hubungan antar komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

e. Sintesis (*syntesis*)

Sintesis adalah kemampuan seseorang untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Atau kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada misalnya dapat menyusun, merencanakan, meringkaskan, menyelesaikan, sesuatu terhadap suatu teori, atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi terhadap suatu materi atau objek. Penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyenangkan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden kedalam pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas.

4. Jenis Pengetahuan

Pemahaman masyarakat mengenai pengetahuan dalam konteks Kesehatan sangat beraneka ragam. Pengetahuan merupakan bagian perilaku kesehatan. Jenis pengetahuan diantaranya sebagai berikut:

a. Pengetahuan implisit

Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidak bersifat nyata, seperti keyakinan pribadi, perspektif, dan prinsip. Biasanya pengalaman seseorang sulit untuk ditransfer ke orang lain baik secara tertulis ataupun lisan. Pengetahuan implisit

sering kali berisi kebiasaan dan budaya bahkan bisa tidak disadari. Contoh seseorang mengetahui tentang bahaya merokok bagi kesehatan, namun ternyata ia merokok.

b. Pengetahuan eksplisit

Pengetahuan eksplisit adalah pengetahuan yang telah didokumentasikan atau tersimpan dalam wujud nyata, bisa dalam wujud perilaku kesehatan. Pengetahuan nyata dideskripsikan dalam tindakan-tindakan yang berhubungan dengan kesehatan. Contoh seseorang yang telah mengetahui bahaya merokok bagi kesehatan dan ia tidak merokok (Agus & Riyanto, 2013).

5. Cara Memperoleh Pengetahuan

Cara memperoleh pengetahuan menurut Notoadmojo 2003 dalam Wawan, Dewi, 2010 terdiri dari:

a. Cara kuno untuk memperoleh pengetahuan

1) Cara coba salah (*trial on error*)

Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil dicoba kemungkinan lain seterusnya sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

2) Cara kekuasaan atau otoritas

Cara memperoleh pengetahuan ini melalui kebiasaan-kebiasaan yang diwariskan secara turun-temurun dari generasi-kegenerasi berikutnya. Sumber pengetahuan dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal maupun informal, ahli agama, pemegang pemerintahan, dan sebagainya dengan kata lain pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan otoritas atau kekuasaan baik tradisi otoritas pemerintahan, otoritas kepemimpinan agama maupun ahli ilmu pengetahuan.

3) Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan oleh sebab itu pengalaman pribadipun dapat dipakai sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu.

b. Cara moderen dalam memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metode moderen penelitian ilmiah atau lebih populer atau disebut metodologi penelitian. Cara ini dimulai dikembangkan oleh Frans Bacon (1561-1626), kemudian dikembangkan oleh Deobold Van Daven. Akhirnya lahir suatu cara untuk memperoleh penelitian yang dewasa ini kita kenal dengan penelitian ilmiah.

6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain agar dapat memahamai sesuatu hal. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula juga mereka menerima informasi dan pada akhirnya pengetahuan yang dimiliki akan semakin banyak, maka akan memperlambat perkembangan sikap orang tersebut terhadap penerima informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

b. Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan mengalami aspek fisik dan psikologi (mental). Secara garis besar, pertumbuhan fisik terdiri atas 4 kategori perubahan yaitu: perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri lama dan munculnya ciri baru pada aspek psikologi atau mental, taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.

c. Minat

Minat sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap suatu minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal sehingga seseorang memperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

d. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat membuat seseorang dapat memperoleh pengalaman dan pengetahuan, baik secara langsung maupun tidak langsung.

e. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dilalui seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Orang cenderung berusaha melupakan pengalaman yang kurang baik, sebaiknya jika pengalaman tersebut menyenangkan, maka secara psikologis mampu menimbulkan kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaan seseorang. Pengalaman baik ini yang akhirnya dapat membentuk sikap positif dalam kemampuannya.

f. Kebudayaan lingkungan sekitar

Lingkungan sangat berpengaruh dalam membentuk sikap pribadi atau sikap seseorang. Kebudayaan lingkungan tempat kita hidup mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita.

g. Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat mempercepat seseorang memperoleh pengetahuan yang baru.

(Mubarak 2007 dalam Wawan, Dewi, 2010)

7. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran dapat dilakukan dengan cara wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang diukur dari subjek

penelitian atau responden. Dalam mengukur pengetahuan harus diperhatikan rumusan kalimat pertanyaan menurut tahapan pengetahuan (Agus & Riyanto, 2013).

Skala ini menggunakan data kuantitatif yang berbentuk angka-angka yang menggunakan alternatif jawaban serta menggunakan peningkatan yaitu kolom menunjukkan letak ini maka sebagai konsekuensinya setiap centangan pada kolom jawaban menunjukkan nilai tertentu. Dengan demikian analisa data dilakukan dengan mencermati banyaknya centangan dalam setiap kolom yang berbeda nilainya lalu mengalihkan frekuensi pada masing-masing kolom yang bersangkutan.

Menurut Skinner (2007) didalam buku (Agus & Riyanto, 2013) pengukuran tingkat pengetahuan dilakukan bila seseorang mampu menjawab mengenai materi tertentu baik secara lisan maupun tulisan, maka dikatakan seseorang tersebut mengetahui bidang tersebut. Sekumpulan jawaban yang diberikan tersebut dinamakan pengetahuan.

B. Tinjauan Umum Tentang *Patient Safety*.

1. Definisi *Patient safety*

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) adalah suatu sistem dimana Rumah Sakit membuat asuhan pasien yang lebih aman. Sistem tersebut meliputi *assament* resiko identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan pasien koma, pelaporan dan analisis *accident*, kemampuan belajar dari *accident* dan tindak lanjut seperti implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko (Priyoto & Putri, 2017).

2. Tujuan *Patient Safety* adalah:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit.

- b. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan atau (KTD) di Rumah Sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

3. Manfaat *Patient Safety*

- a. Budaya keamanan meningkat dan berkembang
- b. Komunikasi dengan pasien berkembang
- c. Kejadian tidak diharapkan (KTD) menurun
- d. Risiko klinis menurun
- e. Keluhan berkurang
- f. Mutu pelayanan Rumah Sakit meningkat
- g. Citra Rumah Sakit dan kepercayaan masyarakat meningkat, diikuti dengan kepercayaan diri yang meningkat (NL Kharismawati, 2015).

4. Jenis Insiden Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC) dan kejadian potensial cedera (KPC).

Kejadian insiden keselamatan pasien terdiri dari:

- a) Kejadian tidak diharapkan (KTD)
Insiden yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pada pasien atau akibat melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya diambil.
- b) Kejadian tidak cedera (KTC)

Suatu kejadian tidak cedera, insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak timbul cedera.

c) Kejadian nyaris cedera (KNC)

Kejadian terjadinya insiden yang belum terpapar sampai ke pasien.

d) Kejadian potensi cedera (KPC)

Kondisi yang sangat berpengaruh untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi cedera.

e) Kejadian sentinel

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius (Nasrullah, 2014).

5. Standar Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) Rumah Sakit

Setiap Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan Pasien Rumah Sakit. Standar ini disusun merujuk pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh "*Joint Commission on Accreditation of Health Organizations, Illionis, USA*, tahun 2002 dan di Indonesia sudah dijadikan Permenkes 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit. Dalam penerapannya, standar ini akan dinilai menggunakan Instrumen Akreditasi Rumah Sakit. Adapun standar tersebut adalah sebagai berikut :

a. Standar I : Hak Pasien

1) Standar :

Pasien dan keluarga mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

2) Kriteria :

a) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan

b) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan

- c) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan
(NL Kharismawati, 2015).

Menurut Priyono, dewi, (2017) Hak pasien terdiri dari:

- a) Hak memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit. Hak atas pelayanan yang manusiawi adil dan jujur.
- b) Hak mendapatkan pelayanan medis yang bermutu sesuai dengan standar profesi kedokteran
- c) Hak memperoleh asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi keperawatan.
- d) Hak untuk memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan sesuai dengan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
- e) Hak dirawat oleh Dokter yang secara bebas menentukan pendapat klinis dan pendapat etisnya tanpa campur tangan dari pihak luar.
- f) Hak atas *privacy* atau kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya kecuali apabila ditentukan berbeda menurut peraturan yang berlaku.
- g) Hak pasien untuk memperoleh informasi secara lengkap tentang tindakan medik yang akan dilakukan kepada pasien.
- h) Hak untuk memberikan persetujuan atas tindakan yang dilakukan oleh dokter.
- i) Hak untuk menolak tindakan yang hendak dilakukan terhadap dirinya dan mengakhiri pengobatan serta perawatan atas

tanggung jawab sendiri sesudah memperoleh informasi yang jelas tentang penyakitnya.

- j) Hak untuk beribadah menurut agama dan keyakinannya selama tidak mengganggu ketertiban umum.
- k) Hak atas keselamatan dan keamanan selama dalam perawatan di Rumah Sakit.
- l) Hak untuk mengajukan usul atau saran atas pelayanan Rumah Sakit terhadap dirinya.
- m) Hak untuk biaya pengobatan yang akan dilakukan terhadap dirinya (memeriksa dan mendapatkan penjelasan pembayaran) (Priyoto & Putri, 2017).

Kewajiban pasien:

- a) Memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya kepada dokter yang merawat.
- b) Pasien berkewajiban mematuhi nasehat dan petunjuk dokter atau perawat dalam pengobatannya.
- c) Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima. Berkewajiban memenuhi hal-hal yang telah disepakati atau perjanjian yang telah dibuatnya.

b. Standar II : Mendidik pasien dan keluarga

1) Standar:

Rumah Sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

2) Kriteria:

keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di Rumah Sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab

pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan perawat dapat:

a) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap, dan jujur

Pasien dan keluarga berhak memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit serta perawat harus memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya.

b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab

Pasien dan keluarga berhak untuk memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien. Pasien diantaranya harus mematuhi nasihat dan petunjuk dokter.

c) Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak di mengerti

Dalam menerima asuhan keperawatan pasien dan keluarga berhak untuk menanyakan hal-hal yang belum dimengerti kepada perawat atau dokter. Perawat dan dokter berkewajiban untuk menjelaskan segala bentuk masalah yang berkaitan dengan kesehatan pasien.

d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan

Pasien dan keluarga diharapkan untuk memahami bentuk asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat selain itu juga harus menerima konsekuensi dari pemberian pelayanan contohnya adalah harus mau menerima konsekuensinya untuk membayar biaya tambahan yang diberikan perawat sebagai pelayanan kesehatan. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan Rumah Sakit pasien dan keluarga setelah diberikan informasi tentang peraturan yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit maka otomatis harus mematuhi instruksi dan melaksanakan peraturan yang ada, misalnya adalah keluarga dilarang merokok di Rumah Sakit.

e) Memperlihatkan sikap menghormati dan tengga rasa

Pasien dan keluarga selama ini di Rumah Sakit harus menjaga sikap atau etika kepada orang lain yang ada di Rumah Sakit. Dengan demikian jika berada di Rumah Sakit maka pasien dan keluarga berkewajiban untuk menanamkan sikap menghormati dan bertenggang rasa kepada perawat, dokter dan pasien yang lain serta para staff yang ada di Rumah Sakit.

f) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

Pasien dan keluarga setelah menerima pengobatan dan asuhan keperawatan serta pelayanan yang lainnya yang lebih diberikan oleh Rumah Sakit maka salah satu kewajiban pasien adalah membayar administrasi selama pasien di Rumah Sakit (Priyoto & putri, 2017).

c. Standar III : Keselamatan Pasien dan kesinambungan pelayanan

Kesinambungan pelayanan harus diberikan pada pasien. Pertolongan yang diberikan kepada orang yang sedang sakit dan orang yang membutuhkan pertolongan kalau itu memang dibutuhkan oleh orang tersebut berkesinambungan. Dengan perkataan lain pertolongan yang kita berikan itu harus bersifat terus-menerus. Misalnya seorang penderita setelah meninggalkan Rumah Sakit atau rumah perawatan (pelayanan kesehatan intramural) kalau memang dibutuhkan atau disarankan perlu maka kepada penderita diberikan pertolongan fisik dan atau kejiwaan oleh seorang perawat lingkungan, dokter pribadi, para pekerja sosial dan sebagainya.

1) Standar :

Rumah Sakit menjamim kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

2) Kriteria :

- a) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari Rumah Sakit.
 - b) Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
 - c) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya
Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman, dan efektif (Priyoto & putri, 2017).
- d. Standar IV : Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
- 1) Standar :
Rumah Sakit harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif kejadian tidak diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.
 - 2) Kriteria :
 - a) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (*design*) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan Rumah Sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang

berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”

- b) Setiap Rumah Sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
- c) Setiap Rumah Sakit harus melakukan evaluasi terkait dengan semua kejadian tidak di harapkan, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
- d) Setiap Rumah Sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin (NL Kharismawati, 2015).

Menurut Priyono, dewi, 2017 terdiri dari:

- a) Bentuk tim keselamatan pasien di Rumah Sakit.
 - b) Kembangkan sistem informasi pencatatan dan pelaporan internal tentang insiden.
 - c) Rumah Sakit melakukan pelaporan insiden ke KKPRS secara rahasia.
 - d) Rumah Sakit agar memenuhi standar keselamatan pasien Rumah Sakit dan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien.
 - e) Menyusun standar pelayanan klinis berdasarkan hasil analisis akar masalah (Priyono & Putri, 2017).
- e. Standar V : Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- 1) Standar :
 - a) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui

penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”

- b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi kejadian tidak diharapkan.
- c) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja Rumah Sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja Rumah Sakit dan keselamatan pasien.

2) Kriteria :

- a) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near-Miss*) sampai dengan “Kejadian Tidak Diharapkan” (*AdverseEvent*).
- c) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari Rumah Sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- d) Tersedia prosedur “cepat tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.

- e) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis akar masalah (RCA) “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near-Miss*) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
 - f) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (*SentinelEvent*) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”
 - g) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam Rumah Sakit dengan pendekatan antar disiplin.
 - h) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja Rumah Sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
 - i) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan kinerja Rumah Sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya (NL Kharismawati, 2015).
- f. Standar VI : Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- 1) Standar :
 - a) Rumah Sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
 - b) Rumah Sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi

staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

2) Kriteria :

- a) Setiap Rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan serta orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- b) Setiap Rumah Sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan in-service training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- d) Setiap Rumah Sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien (NL Kharismawati, 2015).

g. Standar VII : Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

1) Standar :

- a) Rumah Sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
- b) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat

2) Kriteria :

- a) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan merancang proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- e) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada (NL Kharismawati, 2015).

6. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan (*Patient Safety*) Pasien Rumah Sakit

Komite keselamatan pasien yang dibentuk Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) yang juga disupervisi oleh Departemen Kesehatan tahun 2008 mencanangkan tujuh langkah keselamatan pasien yang harus dijalankan di tiap Rumah Sakit, antara lain adalah :

- a. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- b. Pimpin dan dukung staf. Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien.
- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko.
- d. Lakukan identifikasi dan *asesment* hal yang berpotensi bermasalah.
- e. Kembangkan sistem pelaporan. Pastikan semua staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian atau insiden serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS.
- f. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
- g. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien. Gunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah yang untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan (Nurkhasanah, 2014).

7. Langkah-langkah kegiatan pelaksanaan *patient safety*

- a. Di Rumah Sakit
 - 1) Rumah sakit agar membentuk tim keselamatan pasien Rumah Sakit, dengan susunan organisasi sebagai berikut: ketua, Dokter,

anggota: Dokter, Dokter gigi, Perawat, kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya.

- 2) Rumah Sakit agar mengembangkan sistem informasi pencacatan dan pelaporan internal tentang insiden.
- 3) Rumah Sakit agar melakukan pelaporan insiden ke komite keselamatan pasien Rumah Sakit (KKPRS) secara rahasia.
- 4) Rumah Sakit agar memenuhi standar keselamatan pasien Rumah Sakit dan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien Rumah Sakit.
- 5) Rumah Sakit pendidikan agar mengembangkan standar pelayanan medis berdasarkan dari analisis akar masalah dan sebagai tempat pelatihan standar-standar yang baru di kembangkan.

b. Di Provinsi/Kabupaten/kota

- 1) Melakukan advokasi program keselamatan pasien ke Rumah Sakit di wilayahnya.
- 2) Melakukan advokasi ke pemerintahan daerah agar tersedianya dukungan anggaran terkait dengan program keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- 3) Melakukan pembinaan pelaksanaan program keselamatan pasien Rumah Sakit.

c. Di Pusat

- 1) Membentuk komite keselamatan pasien Rumah Sakit dibawah perhimpunan rumah sakit seluruh Indonesia.
- 2) Menyusun panduan nasional tentang keselamatan pasien Rumah Sakit.

- 3) Melakukan sosialisasi dan advokasi program keselamatan pasien ke dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, PERSI daerah dan Rumah Sakit pendidikan dengan jejaring pendidikan.
- 4) Mengembangkan pelaporan uji coba program keselamatan pasien (Nasrullah, 2014).

8. Sasaran *Patient Safety*

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di seluruh Rumah Sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Penyusunan sasaran ini mengacu pada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient Safety* Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI) dan dari *Joint Commission International (JCI)*

a. Sasaran I: Ketepatan Identifikasi Pasien

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek atau tahapan diagnosis dan pengobatan. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan, kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap pengobatan tersebut. Kebijakan dan/ atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah, pengambilan darah atau spesimen lain untuk pemeriksaan klinis atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak dapat

digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas yang berbeda di lokasi yang berbeda di Rumah Sakit, seperti pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif dapat digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan /atau prosedur agar dapat memastikan semua untuk dapat diidentifikasi.

b. Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif

Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berupa elektronik, lisan atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan. Rumah Sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon. Kebijakan dan atau prosedur juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan, seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD dan ICU.

c. Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

(*high alert*) bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan atau kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan. (*adverse event*) seperti

obat-obatan yang terlihat mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip / NORUM), obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya kalium klorida 2 meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0,9% dan magnesium sulfat (50% atau lebih pekat)). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan atau dalam keadaan darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obatan yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Rumah Sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan / atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit.

- d. Sasaran IV : Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi salah operasi, salah prosedur, pasien salah pada operasi adalah sesuai yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di Rumah Sakit.

Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang atau tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi operasi (*site marking*) dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Disamping itu *assessment* pasien yang tidak adekuat, penelaahan catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi. Penandaan lokasi

operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan pada tanda yang mudah dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di Rumah Sakit dan harus dibuat oleh operator atau orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan pada saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), *multivel* struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau *multivel level* (tulang belakang). Maksud proses verifikasi pra operatif adalah untuk 1) Memverifikasi lokasi, prosedur dan pasien yang benar 2) Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik dan dipampang. 3) Melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan / atau implant yang dibutuhkan. Tahap sebelum insisi (*time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilaksanakan di tempat, pada tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi.

e. Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infection*) dan pneumonia (seringkali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Rumah Sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang

diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di Rumah Sakit.

- f. Sasaran VI : Pengurangan risiko jatuh Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam kontekpopulasi atau masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan dan fasilitasnya Rumah Sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang dipergunakan oleh pasien (Nurkhasanah, 2014).

9. Solusi *Patient Safety*

Solusi keselamatan pasien adalah sistem atau intervensi yang dibuat, mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatan. Sembilan solusi ini merupakan panduan yang sangat bermanfaat membantu Rumah Sakit, memperbaiki proses asuhan pasien, guna menghindari cedera maupun kematian yang dapat dicegah. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) mendorong Rumah Sakit-Rumah Sakit di Indonesia untuk menerapkan sembilan solusi "*Life Saving*" Keselamatan Pasien Rumah Sakit, atau 9 solusi, langsung atau bertatap, sesuai dengan kemampuan dan kondisi Rumah Sakit masing-masing.

- a. Perhatikan Nama Obat, Rupa atau ucapan miring (*Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*).

Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NOROM), yang membingungkan staf pelaksanaan adalah salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan pemberian obat (*medicoin eror*) dan ini merupakan suatu kepribadian di seluruh dunia. Dengan

pulihan ribu obat yang ada saat ini di pasar, maka sangat signifikan potensi kesalahan akibat bingung terhadap nama mereka atau generik atau kemasan. Solusi NORUM ditekankan pada penggunaan protokol untuk mengurangi resiko dan memesatkan terpecahnya resep, label, atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dulu, maupun pembuatan resep secara elektronik.

b. Pastikan Identifikasi Pasien.

Kegagalan yang meluas dan terus menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfusi maupun pemeriksaan; pelaksanaan prosedur yang keliru orang; dan partisipasi pasien dalam konfirmasi ini; serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

c. Komunikasi secara benar saat Serah terima atau Pengoperan Pasien.

Kesenjangan dalam komunikasi serah terima/pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, dan didalam serta antar tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan pelayanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien. Rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protokol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis; memberikan kesempatan bagi praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima, dan melibatkan para pasien serta keluarga dalam proses serah terima.

d. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar.

Penyimpanan pada hal ini seharusnya sepenuhnya dapat dicegah. Kasus-kasus dengan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah sebagian besar adalah akibat

miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasi tidak benar. Faktor yang paling banyak kontribusi terhadap kesalahan-kesalahan macam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distangarisasi. Rekomendasi adalah untuk mencegah jenis-jenis kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi pra pembedahan; pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur; dan adanya tim yang akan terlibat dalam prosedur *time out* sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identifikasi pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah.

e. Kendalikan Cairan Elektrolit Peekat (*concentrated*).

Sementara semua obat-obatan, biologis, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko, cairan elektronik pekat yang digunakan untuk injeksi khususnya adalah berbahaya. Rekomendasinya adalah membuat stangarisasi dari dosis, untuk ukuran dan istilah; dan pencegahan atas campur aduk atau bingung tentang cairan dan elektronik pekat yang spesifik.

f. Pastikan Akurasi Pemberian Obat pada Pengalihan pelayanan.

Kesalahan medikasi paling sering terjadi pada saat transisi/pengalihan. *Rekonsiliasi* (penuntasan pembedahan) medikasi adalah suatu proses yang didesign untuk mencegah salah obat (*medicion error*) pada titik transisi pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan satu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai *home medicion list* sebagai perbandingan sebagai daftar saat administrasi, penyerahan dan/atau perintah pemulangan bila mana menuliskan perintah medikasi; dan komunikasi daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikut dimana pasien akan ditransfer atau dilepaskan.

- g. Hindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*).
- Slang, kateter, dan spuit (*syringe*) yang digunakan harus didesign sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan KTD yang bisa mengakibatkan cedera atas pasien mulai penyambungan spuit dan selang yang salah, serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Rekomendasinya adalah menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara detail/rincih bila sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makanan (misalnya selang yang benar) dan bila mana menyambung alat-alat kepada pasien (misalnya menggunakan sambungan dan selang yang benar).
- h. Gunakan Alat Injeksi Sekali Pakai.
- Salah satu keprihatinan global terbesar adalah penyebab dan HIV, HBV, dan HCV yang diakibatkan oleh pakai ulang (*reuse*) dari jarum suntik. Rekomendasinya adalah perlunya melarang pakai ulang jarum di playanan kesehatan; pelatihan priodik para petugas di lembaga-lembaga kesehatan khususnya prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka tentang penularan infeksi melalui darah, dan praktek jarum sekali pakai yang aman.
- i. Tingkatkan Kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk mencegah infeksi Nosokomial.
- Diprediksi pada setiap saat lebih dari 1,4 juta orang diseluruh dunia menderita infeksi yang diperoleh di Rumah-Rumah Sakit. Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran prevelensi yang primer untuk menghindari masalah ini. Rekomendasinya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan *alcohol-based hand-rubs* tersedia pada titik-titik pelayanan tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai tehnik kebersihan tangan

yang benar mengingatkan penggunaan tangan bersih di tempat kerja, dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan/observasi dan tehnik-tehnik yang lain (Priyoto & Putri, 2017).

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konseptual

Perawat adalah seorang profesional yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan. Keperawatan sebagai pelayanan yang profesional harus bertindak dengan didasri oleh ilmu pengetahuan termasuk pengetahuan tentang *Patient Safety* sehingga asuhan keperawatan yang diberikan berkualitas dan

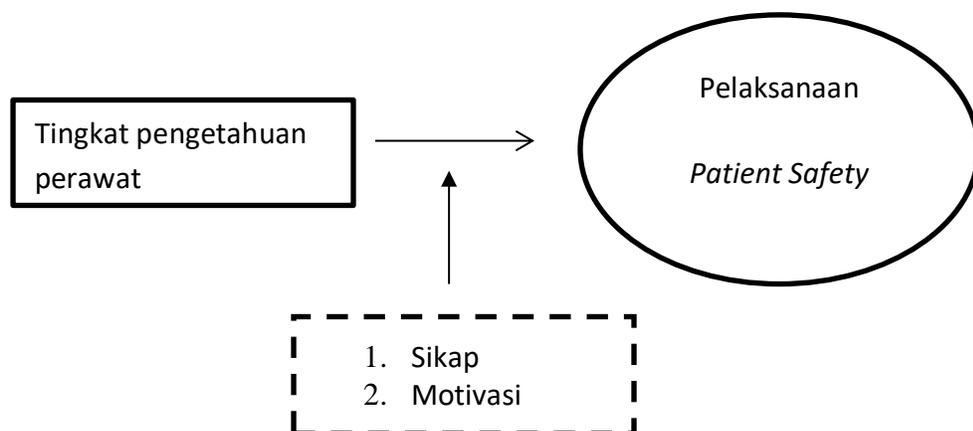
bermanfaat dalam mencegah insiden kejadian tidak diharapkan (KTD).

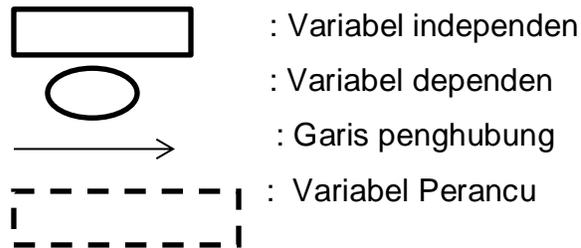
Patient Safety merupakan suatu asuhan yang membuat pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

Pengetahuan adalah segala apa yang diketahui berdasarkan pengalaman yang di dapatkan oleh setiap manusia dan pada dasarnya pengetahuan akan terus bertambah bervariasi sesuai dengan proses pengalaman manusia yang dialaminya. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang perawat dalam pelaksanaan *Patient Safety*. Dalam hal ini pengetahuan perawat yang kurang terhadap konsep *Patient Safety* akan mempengaruhi pelaksanaan *patient safety*.

Berdasarkan konsep yang telah di uraikan diatas maka dapat dibuat bagan atau kerangka konsep sebagai berikut:

Gamabr 3.1 kerangka konsep





B. Hipotesis penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah “ada hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Patient safety*”

C. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
1.	Tingkat pengetahuan perawat	Hal hal yang diketahui oleh perawat tentang <i>patient safety</i>	a. Definisi pasien safety b. Tujuan pasien safety c. Manfaat pasien safety d. Jenis insiden pasien safety e. Tujuh langkah	Kuesioner	Nominal	Baik jika skor: 31-40 Kurang jika nilai 20-30

			keselamatan pasien f. Sasaran <i>patient safety</i>			
2.	Pelaksanaan <i>Patient Safety</i>	Hal-hal yang dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya KTD, pada pasien di rumah sakit	a. identitas pasien b. komunikasi c. pencegahan penularan infeksi d. pencegahan resiko jatuh e. Sasaran <i>patient safety</i>	Kuesioner	ordinal	Baik jika skor 39-61 Kurang jika skor 15-38

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian non-eksperimen dengan jenis observasional analitik, yaitu penelitian yang mau melihat hubungan antara variabel melalui pengujian hipotesa tanpa adanya intervensi pada subjek atau objek penelitian. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan *cross sectional study* yang merupakan rancangan penelitian dengan melakukan

pengukuran atau pengamatan pada subjek atau objek penelitian pada saat bersamaan dengan maksud untuk melihat hubungan antara variabel independen dan dependen.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada bulan Januari 2018. Tempat ini dipilih karena jumlah responden cukup banyak untuk mengumpulkan data sehingga peneliti mampu menganalisis variabel yang akan diteliti. Selain itu Rumah Sakit tersebut dipilih peneliti karena adanya dukungan dalam pelaksanaan *patient safety* di Rumah Sakit Stella Maris. dan jarak tempat peneliti sangat dekat dengan Rumah Sakit Stella Maris tidak jauh.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat pelaksana di 4 ruang rawat inap Sta. Bernadeth Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Dengan jumlah tenaga perawat pelaksana sebanyak 53 orang.

2. Sampel

Dalam penelitian ini sampel yang diambil oleh peneliti adalah perawat di ruangan : Bernadeth 2/A, Bernadeth 2/B, Bernadeth 3/A Bernadeth 3/B . Menggunakan tehnik *probability sampling* dengan pendekatan *simple stratified random sampling*.

Rumus sampel sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N.d^2}$$

$$n = \frac{53}{\dots}$$

$$n = \frac{53}{\dots}$$

1 1 5 2 0 0 0 2 5

$$n = \frac{53}{\dots}$$

.....

$$n = \frac{53}{\dots}$$

1 1 2 2 5

$$n = 47$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

d = tingkat signifikan ($d = \alpha = 5\% = 0.05$)

untuk mendapat sampel yang representatif maka ditentukan jumlah sampel setiap ruangan menggunakan rumus

Sampel strata = $\frac{\text{jumlah populasi strata} \times \text{sampel}}{\text{jumlah populasi}}$

jumlah populasi

Besaran sampel pada masing ruangan menggunakan formulasi populasi yaitu:

DIII

$$\frac{38 \times 47}{\dots} = 1786$$

$$\frac{1786}{\dots}$$

53

$$S1 \text{ Ners} \quad \frac{15 \times 47}{705} = 705$$

$$\frac{705}{13}$$

53

Untuk menentukan jumlah sampel, peneliti menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi

a. Kriteria inklusi:

- 1) Perawat yang berada pada saat penelitian
- 2) Perawat dengan masa kerja di atas 1 bulan

b. Kriteria eksklusi:

- 1) Perawat yang sedang cuti, atau sakit
- 2) Perawat tidak bersedia menjadi responden

Tabel 4.1

Distribusi responden di Ruang Rawat inap Stella Maris Makassar

No	Strata	Jumlah perawat Pelaksana	Jumlah Sampel Strata
1	DIII	38	34
2	S1 Ners	15	13
	Total	53	47

D. Instrumen Penelitian

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yaitu sejumlah pernyataan yang tertulis untuk memperoleh informasi dari

responden yang dibuat berdasarkan indikator-indikator suatu variabel. Kuesioner untuk tingkat pengetahuan terdiri dari 19 pernyataan dengan menggunakan jenis pertanyaan tertutup (*close statement*) untuk pernyataan positif di jawab Benar: di beri angka 2, Salah: diberi angka 1. Untuk pernyataan negatif di jawab Salah: diberi angka 2, Benar: diberi angka 1. Untuk variabel *patient safety* berjumlah 15 pertanyaan dengan bentuk pertanyaan dengan kriteria nilai Selalu: SL diberi angka 4, sering: SR diberi angka 3, Kadang-Kadang: KK di beri angka 2, Tidak Pernah: TP di beri angka 1. Untuk pernyataan negatif di jawab Tidak Pernah: TP diberi angka 4, Kadang-Kadang: KK diberi angka 3, Sering: SR diberi angka 2, Selalu: SL diberi angka 1. Kuesioner ini merupakan modifikasi dari kuesioner yang ada sebelumnya.

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, dipandang perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris atas pihak lain dengan mengajukan permohonan ijin kepada instansi tempat penelitian dalam hal ini Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Setelah mendapat persetujuan, barulah dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut:

1. *Informed Consent*

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai jadwal penelitian dan manfaat penelitian. Bila subjek menolak, maka peneliti tidak akan memaksakan dan tetap menghormati hak-haknya.

2. *Anonymity*

Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak akan mencantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut diberikan inisial atau kode.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam disk dan hanya bisa di akses oleh peneliti dan pembimbing, data akan dimusnakan pada akhir penelitian.

Teknik pengumpulan data dilakukan guna memperoleh data yang sesuai variabel penelitian ini diperoleh :

1. Data Primer

Adalah data yang diambil secara langsung dari objek yang diteliti. Berupa umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan. Angket diberikan kepada perawat yang dijadikan sampel dalam penelitian ini untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Pasient Safety*.

2. Data Sekunder

Data yang didapatkan dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar terkait dengan jumlah perawat dan insiden *Patient Safety*.

F. Pengelolaan dan Penyajian Data

Prosedur pengolahan data yang dilakukan :

1. *Editing*

Editing dilakukan untuk memeriksa ulang jumlah dan meneliti kelengkapan pengisian kuesioner, apakah setiap pertanyaan dijawab dengan benar.

2. *Coding*

Coding dilakukan untuk memudahkan pengolahan data dan semua jawaban perlu disederhanakan dengan memberikan simbol-simbol tertentu untuk setiap jawaban.

3. *Tabulating*

dikelompokkan disuatu tabel menurut sifat-sifat di miliki sesuai dengan tujuan penelitian. Tabel yang digunakan table sedrhana maupun table silang.

G. Analisa Data

Setelah data di tabulasi kemudian dilakukan interpretasi data yang telah terkumpul dengan menggunakan metode *statistic* yaitu dengan menggunakan metode komputer SPSS versi 21 *windows*.

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan pada setiap variabel penelitian untuk melihat distribusi frekuensi dan persentase masing masing variabel yaitu tingkat pengetahuan perawat pelaksana dan pelaksanaan *patient safety*.

2. Analisis Bivariat

Dilakukan untuk menganalisis hubungan tingkat pengetahuan perawat pelaksana dengan pelaksanaan *patient safety* di Rumah Sakit Stella Maris Makasar, dengan uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square* dan dengan derajat kemaknaan atau signifikan 5% ($\alpha = 0,05$) dan tingkat kepercayaan 95% dengan interpretasi :

- a. Jika $p < \alpha$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak artinya ada hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Patient Safety*.
- a. Jika $p \geq \alpha$ maka H_a ditolak dan H_0 diterima, artinya tidak ada hunungan tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Patient Safety*.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilakukan di RS.Stella Maris Makassar, pada tanggal 3 Februari 2018 sampai 19 Februari 2018. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *non probability sampling* dengan pendekatan

simple stratified random sampling, dengan jumlah sampel sebanyak 53 orang.

Pengumpulan data ini menggunakan kuesioner sebagai alat ukur, sedangkan pengolahan data dengan menggunakan program komputer yaitu *SPSS for windows versi 21.0*.

Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat adalah dilakukan terhadap masing-masing variabel baik variabel independen maupun dependen. Analisis bivariat adalah analisis untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan dependen dengan menggunakan *Chi Square*

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Stella Maris adalah salah satu rumah sakit swasta Katolik di Provinsi Sulawesi Selatan yang dikelola oleh Yayasan Ratna Miriam. Rumah sakit ini didirikan pada tanggal 08 Desember 1938, diresmikan pada tanggal 22 September 1939 dan kegiatan dimulai pada tanggal 07 Januari 1940. Rumah Sakit ini berada di Jl. Somba Opu no. 273, Kelurahan Losari, Kecamatan Ujung Pandang, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan.

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris Makassar bermula dari nilai kasih yang tulus dan membuahkan cita-cita luhur yang membuat keprihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang-orang kecil yang kurang mampu. Oleh karena itu, sekelompok suster-suster JMJ Komunitas Stella Maris mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut ke dalam suatu rencana untuk membangun sebuah rumah sakit katolik yang berpedoman pada nilai-nilai Injil.

Rumah Sakit Stella Maris memiliki visi dan misi tersendiri. Dalam penyusunan visi dan misi, pihak Rumah Sakit Stella Maris Makassar mengacu pada misi Tarekat dan Yayasan Ratna Miriam sebagai pemilik

Rumah Sakit Stella Maris. Ada pun visi dan misi Rumah Sakit Stella Maris adalah sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi rumah sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya di bidang keperawatan dengan semangat cinta kasih Kristus kepada sesama.

b. Misi

Senantiasa siap sedia memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat, termasuk bagi mereka yang berkekurangan, dan dilandasi dengan semangat Cinta Kasih Kristus kepada sesama.

Visi dan misi ini selanjutnya diuraikan untuk menentukan arah strategi Rumah Sakit Stella Maris sebagai dasar penyusunan programnya.

Berikut ini adalah uraian visi dan misi dari Rumah Sakit Stella Maris:

1) Uraian Visi

- a) Menjadi rumah sakit dengan keperawatan terbaik di Sulawesi Selatan
- b) Mengutamakan cinta kasih Kristus dalam pelayanan kepada sesama.

2) Uraian Misi

- a) Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah (*option for the poor*)
- b) Pelayanan dengan mutu keperawatan prima
- c) Pelayanan kesehatan dengan standard peralatan kedokteran yang mutakhir dan komprehensif
- d) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya.

3. Karakteristik Responden

a. Jenis kelamin

Tabel 5.1

Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di RS.Stella Maris Makassar

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki-laki	5	9,4
Perempuan	47	90,6
Total	53	100

Sumber: data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa dari hasil penelitian diperoleh distribusi responden berdasarkan jenis kelamin laki-laki sebanyak 5 (9,4%) dan distribusi responden perempuan sebanyak 47 (90,6%) responden.

b. Berdasarkan Tingkat pendidikan

Tabel 5.2

Distribusi frekuensi responden berdasarkan Tingkat pendidikan di RS. Stella Maris Makassar

Pendidikan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
D3	24	45,3
S.Kep	16	30,2
Ners	13	24,5
Total	53	100

Sumber: data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa dari 53 responden tingkat pendidikan terbanyak adalah pada kategori D3 sebanyak 24 (45,3%) responden dan terendah pada kategori tingkat pendidikan Ners sebanyak 13 (24,5%) responden.

c. Lama bekerja

Tabel 5.3

Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama bekerja di RS. Stella Maris Makassar

Lama bekerja (thn)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1 bln - 5 tahun	30	56,6
6 - 11 tahun	17	32,1
12 -17 tahun	3	5,7
18 - 23 tahun	3	5,7
Total	53	100

Sumber: data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.3 di atas menunjukkan bahwa dari 53 responden dengan lama bekerja tertinggi adalah 1 bulan - 5 tahun sebanyak 30 (56,6%) responden dan lama bekerja terkecil 18 tahun - 23 tahun sebanyak 3 (5,7%) responden .

d. Berdasarkan pelatihan

Tabel 5.4

Distribusi frekuensi responden berdasarkan pelatihan di RS. Stella Maris Makassar

Pelatihan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tidak	42	79,2
Ya	11	20,8
Total	53	100

Sumber: data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.4 di atas 53 responden data tertinggi tidak mengikuti pelatihan sebanyak 42 (79,2%) responden dan data yang mengikuti pelatihan sebanyak 11 (20,8%) responden.

4. Hasil Analisa Univariat

a. Pengetahuan tentang *patient safety*

Tabel 5.5

Distribusi frekuensi responden berdasarkan pengetahuan tentang *Patient Safety* di RS. Stella Maris Makassar, 2018

Pengetahuan patient safety	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	25	47,2
Kurang	28	52,8
Total	53	100

Berdasarkan tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa dari 53 responden jumlah distribusi data baik sebanyak 25 (47,2%) responden dan jumlah distribusi data kurang adalah 28 (52,8%) responden.

b. Pelaksanaan *patient safety*

Tabel 5.6

Distribusi frekuensi responden berdasarkan Pelaksanaan di RS. Stella Maris Makassar, 2018

Pelaksanaan patient safety	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	34	64,2
Kurang	19	35,8
Total	53	100

Berdasarkan tabel 5.6 diatas menunjukkan bahwa dari 53 responden jumlah distribusi data pelaksanaan *patient safety* baik sebanyak 34 (64,2%) responden dan jumlah distribusi data pelaksanaan *patient safety* kurang sebanyak 19 (35,8%) responden.

5. Analisa bivariat

Tabel 5.7

Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *patient safety* di RS. Stella Maris Makassar

Hubungan pengetahuan	Pelaksanaan <i>patient safety</i>				Total		P
	Baik		Kurang		n	%	
	F	%	f	%	n	%	0,401

Baik	18	34,0	7	13,2	25	47,2
Kurang	16	30,2	12	22,6	28	52,8
Total	34	64,2	19	35,8	53	100

Sumber : data primer, 2018

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari 53 responden Dengan menggunakan analisis uji statistik *Chi Square dengan uji Continuity Corecction* diperoleh nilai $p=0,401$ dimana nilai $\alpha=0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa $p>\alpha$. Hal ini menunjukkan bahwa hipotesis Alternatif (H_a) ditolak dan hipotesional (H_o) di terima, berarti tidak ada hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *patient safety* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.7.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari 53 Reponden didapatkan data responden dengan pengetahuan baik dan pelaksanaan *patient safety* baik sebanyak 18 (34,0%) responden, pengetahuan baik dan pelaksanaan *patient safety* kurang sebanyak 7 (13,2%) responden, sedangkan pengetahuan kurang namun pelaksanaan *patient safety* baik sebanyak 16 (30,2%) responden, pengetahuan kurang dan pelaksanaan *patient safety* kurang sebanyak 12 (22,6%) responden.

B. Pembahasan

Berdasarkan tabel analisa bivariat, dengan menggunakan uji statistik *Chi Square* yang dibaca pada *Continuity Correction* diperoleh hasil $p = 0,401$ dengan nilai kemaknaan $\alpha = 0,05$, hal ini berarti $p > \alpha$ maka disimpulkan hipotesis nol (H_o) diterima dan hipotesis alternatif (H_a) ditolak. Artinya tidak ada hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *patient safety* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Hal ini di dukung dengan data yang diperoleh dari hasil penelitian, responden dengan pengetahuan baik namun pelaksanaan *patient safety* kurang sebanyak 7 (13,2%) responden, dan responden pengetahuan kurang namun pelaksanaan *patient safety* baik sebanyak 16 (30,2%) responden.

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) adalah suatu sistem dimana Rumah Sakit membuat asuhan pasien yang lebih aman. Sistem tersebut meliputi *assament* resiko identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan pasien koma, pelaporan dan *analisis accident*, kemampuan belajar dari *accident* dan tindak lanjut seperti implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko (Priyoto & Putri, 2017).

Keselamatan adalah output dari individu dan kelompok terhadap nilai-nilai, sikap, kompetensi, dan pola dan kebiasaan yang mencerminkan komitmen dan gaya dan kemampuan organisasi dan manajemen keselamatan kesehatan. Budaya keselamatan pasien merupakan suatu hal yang penting karena membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan, karena apabila kita lebih fokus pada budaya keselamatan pasien maka akan lebih menghasilkan hasil keselamatan yang lebih (Herawati 2015).

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan tentang *patient safety* yaitu seseorang mencakup ingatan mengenai hal-hal yang pernah dipelajari dan disimpan dalam ingatan. Pengetahuan tentang *patient safety* atau kognitif merupakan domain yang

sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*) khususnya bagi perawat.

Namun tidak selamanya pengetahuan yang baik akan sejalan dengan pelaksanaan tindakan. Di mana pada hasil penelitian ini ditemukan adanya responden pada kategori pengetahuan baik tapi pelaksanaan kurang 7 (13,2%) responden. Hal ini dipengaruhi oleh motivasi yang kurang dalam diri perawat untuk melakukan tindakan. Motivasi diri yang semakin tinggi menjadikan perawat mempunyai semangat yang tinggi dalam memberikan pelayanan yang baik begitupun sebaliknya sehingga mempengaruhi sikap dan perilaku perawat dalam pelaksanaan *patient safety* (Mudayana, 2010). Hal ini, sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kaseger dkk tahun 2012 yang mendapatkan hasil bahwa ada hubungan antara motivasi dengan upaya pelaksanaan *patient safety* di Instalasi Perawat Intensif RSUD Datoe Binangka Kotamobagu. Selain motivasi, hal lain yang mempengaruhi pelaksanaan *patient safety* adalah pelatihan yang kurang. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Renoningsih dkk tahun 2015 yang mendapatkan hasil bahwa ada hubungan antara pelatihan dengan penerapan *patient safety* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado, Pelatihan merupakan proses sistematis dan terorganisir untuk mempengaruhi produktivitas, kinerja dan pekerjaan secara efektif serta penguasaan suatu hal yang khusus yang menjadi kewajiban dari pekerjaan yang dimiliki. Pelatihan dapat juga digunakan untuk menyiapkan perawat dalam menghadapi tantangan dalam pekerjaannya karena. Dampak positif yang diperoleh seseorang melalui pelatihan adalah proses pengambilan keputusan yang semakin baik sehingga seseorang akan terhindar untuk melakukan suatu kesalahan (dikutip dari Renoningsih dkk, tahun 2015). Data yang di dapat peneliti responden pengetahuan baik tapi pelaksanaan kurang dengan tingkat pendidikan DIII, 2 responden dengan lama kerja 4 tahun dan 12 tahun.

Ners 2 responden dengan lama kerja 2 tahun dan 5 tahun, S.Kep 3 responden dengan jangka waktu lama kerja 3 tahun dan 5 tahun.

Pengetahuan tentang *patient safety* sangat penting diberikan pada petugas kesehatan khususnya perawat sebagai ujung tombak dalam pelayanan keperawatan dalam usaha meningkatkan pengetahuan dan memberikan alternatif pilihan dalam merencanakan pelaksanaan *patient safety* di Rumah Sakit. Selain itu, pengetahuan seseorang dapat diperoleh melalui pelatihan. Dengan pengetahuan yang dimiliki seseorang akan mendasari perilaku perawat dalam memberikan tindakan dapat dilakukan dengan lebih efektif.

Namun tidak selamanya pengetahuan yang kurang akan mempengaruhi ketindakan, dimana hasil penelitian ditemukan responden pengetahuan kurang namun pelaksanaan *patient safety* baik sebanyak 16 (30,2%) responden. Hal ini dapat disebabkan responden kurang mempelajari dan mengakses teori keperawatan khususnya *patient safety*, tetapi dalam pelaksanaan *patient safety*, responden mempunyai keinginan dengan pelaksanaan *patient safety* dengan baik. Selain itu adanya kontrol yang ketat dari atasan atau peraturan yang ketat dalam pelaksanaan *patient safety* membuat perawat berusaha untuk melaksanakan walaupun secara pengetahuan teori masih kurang tentang *patient safety*. Selain itu, peneliti juga berasumsi adanya kebiasaan seseorang melakukan tindakan yang sama yang berulang-ulang sehingga akan terus melakukan hal tersebut. Hal inilah yang mendukung walaupun pengetahuan kurang namun pelaksanaan *patient safety* baik. Menurut Ariastuti (2013) faktor lain yang berkaitan dengan pelaksanaan *patient safety* adalah lamanya bekerja oleh karena semakin lama seseorang bekerja akan semakin banyak kasus yang akan ditangani sehingga semakin meningkat pula pengalaman (pemikiran dan tindakan). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian ini, yaitu responden dengan masa kerja yang lebih lama lebih

banyak berada pada kategori pelaksanaan *patient safety* yang baik. Hal ini di dukung dengan data responden pengetahuan yang kurang namun pelaksanaan *patient safety* baik sebanyak 16 (30,2%) responden, dengan Lama kerja perawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. DIII sebanyak 11 reponden dengan lama kerja 3 tahun-18 tahun, S.Kep sebanyak 2 reponden dengan lama kerja 2 bulan dan 8 tahun, Ners sebanyak 3 responden dengan lama kerja 2-8 tahun.

Selain itu, peneliti berasumsi perawat yang memiliki pengetahuan kurang baik namun penerapan pelaksanaan *patient safety* kategori baik, ini disebabkan karena memiliki minat dan motivasi yang baik dan kebiasaan yang dilakukan berulang-ulang sehingga dalam penerapan *patient safety* dilakukan dengan baik. Walaupun seorang perawat tidak mempunyai pengetahuan yang baik tetapi perawat mempunyai motivasi untuk melakukan tindakan yang mencegah kesalahan dalam melakukan tindakan, maka hasilnya akan baik, begitu juga dengan kebiasaan melakukan tindakan yang baik dan benar secara berulang-ulang maka hasilnya akan baik juga.

Adapun penelitian yang mendukung hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Mawansya, (2012) tentang pengetahuan sikap dan motivasi perawat dengan pelaksanaan *patient safety* di srumah sakit santa Ana Kendari diperoleh nilai $p=1,000$ artinya $p>\alpha$ hal ini menunjukkan H_0 diterima dan H_a ditolak artinya tidak ada hubungan antara pengetahuan dan pelaksanaan *patient safety* .

Responden dengan pengetahuan baik dan pelaksana baik sebanyak 18 (34.0%) responden. Hal ini, Peneliti berasumsi bahwa hal tersebut dikarenakan minat yang baik untuk belajar, dan responden mempunyai keinginan untuk mengakses teori-teori baru dalam bidang keperawatan khususnya mengenai pelaksanaan *patient safety*. Sehingga responden menerapkan apa yang di pelajari dalam bentuk tindakan yang baik, hasil

penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bawelle, dkk (2013) yang mengatakan semakin tinggi penegetahuan seseorang maka semakin baik dalam pelaksanan keselamatan pasien, selain itu peneliti juga berasumsi responden mempunyai pengalaman dan lama kerja yang banyak sehingga mendapatkan suatu sumber pengetahuan atau suatu cara untuk memperoleh kebenaran. hasil penelitian ini juga menunjukkan responden yang melakukan pelaksanaan *patient safety* baik cenderung mempunyai lama bekerja yang tinggi, yang di dukung dengan data responden pengetahuan baik dan pelaksanaan baik, DIII 7 Responden dengan lama kerja 5-21 tahun, S.Kep 7 Responden dengan lama kerja 6-21 tahun, Ners 4 reponden dengan lama kerja 2- 13 tahun.

Responden yang memiliki pengetahuan serta pelaksanaan *patient safety* kurang sebanyak 12 (22,2%).Peneliti berasumsi bahwa hal tersebut dikarenakan kurangnya minat belajar responden, responden tidak mempunyai keinginan untuk mengakses teori-teori baru dalam bidang keperawatan khususnya mengenai pelaksanaan *patient safety*. Seseorang yang kurang memahami sesuatu tidak dapat melakukan suatu tindakan yang baik. Seperti yang terlihat dari penelitian ini, menunjukkan bahwa responden yang kurang memahami tentang tinjauan teoritis mengenai pelaksanaan *patient safety* tidak mampu melaksanakan *patient safety* dengan baik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Jeladara, dkk (2015) yang mengatakan perawat yang mempunyai pengetahuan renda cenderung melakukan peraktik yang kurang.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 53 responden pada tanggal 3 s/d 19 Februari 2018 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Tingkat pengetahuan perawat tentang *patient safety* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar masuk dalam kategori kurang baik.
2. Pelaksanaan perawat tentang *patient safety* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada kategori baik.
3. Tidak ada hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *patient safety* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian diatas maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit Stella Maris Makassar
Berdasarkan hasil penelitian bahwa perawat di Rumah Sakit Stella Maris pengetahuan tentang *patient safety* pada kategori kurang baik Maka diharapkan bahwa Rumah Sakit dapat memberikan pelatihan tentang *patient safety* untuk menambah pengetahuan, skill dan keterampilan perawat.
2. Bagi perawat
Diharapkan bagi perawat Rumah Sakit Sella Maris untuk menambah pengetahuan tentang *patient safety* dengan cara mencari literatur tentang *patient safety* agar pengetahuan dan pelaksanaan *patient safety* sama baik, sehingga meningkatkan pelaksanaan *patient safety* di Rumah Sakit
3. Bagi institusi pendidikan (STIK Stella Maris Makassar)
Dengan adanya mata kuliah *patient safety* diharapkan institusi dapat mendatangkan tenaga perawat yang ahli tentang *patient safety*. Untuk dapat memberikan pelatihan tentang *patient safety* pada mahasiswa sebagai acuan mahasiswa pada saat praktik di rumah sakit.
4. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan agar hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan untuk melakukan penelitian, untuk mendapatkan hasil yang lebih baik, dengan menggunakan tehnik analisa dalam pengumpulan data.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus, & Riyanto. (2013). *Kapita Selekta Kuesioner Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian*. Jakarta: Reka ciptain
- AmirullahNurul Athifah , dkk.,2014, *Gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa*
(<http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/10936/NURUL%20ATHIFAH%20A.%20K1111>). Diakses pada tanggal 17 Oktober 2017.
- Ariastuti, 2013., *Analisis Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melaksanakan Patient Safety Di Kamar Bedah* ejournal.umm.ac.id
diakses pada tanggal 27- Maret-2018
- Arruum Diah, dkk., 2015. *Pengetahuan Tenaga Kesehatan Dalam Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Sumatera Utara*
(<http://www.jurnal.unsyiah.ac.id>
Diakses pada tanggal 13 November 2017.
- Cahyono Agung.,2015. *Hubungan Karakteristik dan Tingkat Pengetahuan Perawat Terhadap Pengelolaan Keselamatan Pasien*. (<http://poltekkes-denpasar.ac.id>). Diakses pada tanggal 10 November 2017.
- Hasan xeriny lilian T, dkk.,2014 *Hubungan kepemimpinan Transformasi Dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di RSUD Labuang Baji*.(pasca.unhas.ac.id/jurnal Diakses pada tanggal 19 oktober 2017.
- Jeladara Vena. Dkk., 2015 *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Praktik Perawat Mengenai Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di Instalasi Gawat Darurat Rs X Semarang*

<http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm> Diakses pada tanggal 19 April 2018

Kharismawati N.L ., 2015. *Konsep Patient Safety (Tinjaun Pustaka)* (erepo.unud.ac.id). Diakses pada tanggal 23 November 2017.

Lombogia Angelita dkk.,2016 *Hubungan Perilaku Dengan Kemampuan Perawat Dalam Melaksanakan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di Ruang Akut Instalasi Gawat Darurat Rsup Prof. Dr.R.D.Kandow Manado.* (<https://ejournal.unsrat.ac.id> Diakses pada tanggal 20 November 2017.

Nasrullah Dedeh., 2014. *Etika Dan Hukum Keperawatan, untuk Mahasiswa dan Prektisis Keperawatan*,Jakarta : Trans Info Media

Notoatmodjo. Soekarjo. (2007). *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Renika Cipta. Jakarta.

Nursalam.,2016. *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 5, Jakarta: Selemba Medika

Nurkhasanah W.S.,2014.*Bab 2 Tujuan Pustaka* (<http://repository.ump.ac.id> Diakses pada tanggal 23 November 2017.

Priyoto, Putri., 2017. *Kebutuhan Dasar Keselamatan Pasien, edisi dua*, Yogyakarta : Pustaka Panaseas

Sujarwane V Wiratman., 2015. *SPSS untuk Peneliti*, Yogyakarta : Pustaka baru Press

Salleya cintya Bawelle, dkk., 2013. *Hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan pelaksanaan keselamatan pasien (Patient Safety) di Ruangan rawat Inap RSUD Liun Kendage Tahuna*

<http://media.neliti.com> diakses tanggal 19 – April 2018

Wawan A , dewi .,2010. *teori dan pengukuran Pengetahuan, Sikap, Dan Prilaku Manusia*,Yogyakarta : Nuha Medika

NM Dewi - 2014 21 Bab II Kebiasaan Belajar Dan Prestasi Belajar, repository.iainpekalongan.ac.id. Diakses 28 maret 2018

Mawasyah,2012., *Hubungan Pengetahuan Sikap Dan Motivasi Kerja Perawat Dengan Pelaksanaan Patient Safety Di Rumah Sakit Santa Anna Kendari 2017* <http://ojs.uho.ac.id> Diakses pada tanggal 25-02 -2018

Herawati, 2015., *Budaya Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Kabupaten Jember*. <https://jurnal.unej.ac.id>
Diakses pada tanggal 25-Maret- 2018

Renoningsih, dkk, 2015., *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Patient Safety Pada Perawat Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit umum pancaran kasih Gmim Manado* <https://ejournalhealth.com>
Diakses pada tanggal 25 Maret 2018



RS. Stella Maris

Jl. Somba Opu No. 273
Makassar 90111 - Indonesia

Tel +62 411 854341
+62 411 871391
+62 411 873346

Fax +62 411 859545

SURAT KETERANGAN

Nomor : *ff*.DIR.SM.DIKL.KET.EX.IV.2018

Yang bertanda tangan dibawah menerangkan bahwa :

- a. N a m a : Adrianus S. Solibut
Tempat / Tanggal Lahir : Bassull, 4 September 1994
N I M : C1414201137
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar
- b. N a m a : Afandi
Tempat / Tanggal Lahir : Modo, 12 November 1996
N I M : C1414201138
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar

Telah melaksanakan penelitian di RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai pada tanggal 3 Februari 2018 sampai dengan 19 Februari 2018 dengan judul:

“ Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Pelaksanaan Pasien Safety di Rumah Sakit Stella Maris Makassar ”

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 6 April 2018

Hormat kami,
Direktur,



RS. Stella Maris

dr. Thomas Soharjo, M. Kes

cc. Arsip



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM III, S1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) 854808 Fax. (0411) 870642 Makassar
Website : www.stikstellamarismks.ac.id Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

Nomor : 189.1/STIK-SM/S1.130.1/XII/2017

Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada,
Yth. Direktur RS Stella Maris Makassar
Di
Tempat

Dengan Hormat,
Melalui Surat ini kami menyampaikan bahwa sehubungan dengan Tugas Akhir Skripsi untuk Mahasiswa/i S1 Keperawatan Tingkat Akhir STIK Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2017/2018, maka dengan ini kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk dapat kiranya menerima mahasiswa/i kami berikut ini:

1. Nama : Adrianus S. Solibut
NIM : CX1614201137
2. Nama : Afandi
NIM : CX1614201134

Judul : Hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan Patient Safety di RS Stella Maris Makassar

Untuk melaksanakan Penelitian Skripsi di Rumah Sakit yang Bapak/Ibu pimpin. Sehubungan dengan hal tersebut, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami.

Demikian permohonan ini, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih

Acc Penelitian Keperawatan
Cud $\frac{31}{1}$ -18
James P.

Makassar, 20 Desember 2017
Ketua,

Siagianus Abdul S.Si., Ns., M.Kes.
NIDN. 0928027101

Ruangan Rawat Inap.

KUESIONER PENELITIAN

A. Data Demografi Responden

Nama (inisial) :
Jenis kelamin :
Tingkat Pendidikan Terakhir :
Lama kerja :
Pelatihan :

B. Kuesioner tingkat pengetahuan perawat tentang *Patient Safety*

1. Bacalah pernyataan terlebih dahulu
2. Pilih pernyataan yang sesuai dengan pendapat saudara, dengan cara memberi tanda ceklist (√) pada kolom jawaban yang tersedia dengan kriteria sebagai berikut :

No	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1.	Keselamatan pasien (<i>Patient Safety</i>) adalah sistem yang membuat asuhan pasien yang dirawat di Rumah Saakit		
2.	Tujuan keselamatan pasien yaitu mengurangi jumlah lama rawat pasien di rumah sakit		
3.	Manfaat keselamatan pasien yaitu keluhan pasien berkurang		
4.	Salah satu solusi keselamatan pasien yaitu mencegah pasien koma		
5.	Salah satu dalam standar keselamatan pasien yaitu hak dan kewajiban pasien		
6.	Insiden yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera akibat melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang		

	seharusnya diambil di sebut kejadian tidak diharapkan (KTD)		
7.	Kejadian sentinel yaitu jenis insiden keselamatan pasien yang mengakibatkan cedera sampai kematian pada pasien		
8.	Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, merupakan salah satu langkah keselamatan pasien di Rumah Sakit		
9.	Salah satu jenis insiden keselamatan pasien yaitu Kejadian Tidak Cedera		
10.	Mendidik pasien dan keluarga merupakan salah satu dari standar keselamatan pasien rumah sakit		
11.	Sasaran keselamatan pasien yaitu mencegah atau mengurangi cedera pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatan		
12.	Identifikasi identitas dengan memerintah pasien menyebutkan nama		
13.	Identifikasi identitas mengecek gelang tangan pasien		
14.	Komunikasi yang baik merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.		
15.	Kerangka komunikasi yang efektif tenaga kesehatan adalah tehnik komunikasi SBAR		
16.	obat high alert ditempatkan ditempat khusus		
17.	Kepastian ketepatan lokasi, tepat prosedur, tepat pasien, operasi perlu ketelitian		

18.	Kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) untuk mencegah infeksi Nosokomial		
19.	Alat injeksi dapat digunakan lebih dari satu kali		
20.	Pengurangan risiko jatuh bagi pasien dewasa yang dirawat di rumah sakit		

C. Kuesioner Pelaksanaan *Pasient Safety*

1. Bacalah pernyataan terlebih dahulu
2. Pilih pernyataan yang sesuai dengan pendapat saudara, dengan cara memberi tanda ceklist (√) pada kolom jawaban yang tersedia dengan kriteria sebagai berikut :
 - a) Selalu (SL) : 4
 - b) Sering (SR) : 3
 - c) Kadang-Kadang(KK) : 2
 - d) Tidak Pernah (TP) : 1

NO	PERTANYAAN	SL	SR	KK	TP
1.	Sebelum saya melakukan tindakan keperawatan saya terlebih dahulu mengecek identitas pasien dengan meminta menyebutkan nama dan mengecek gelang pasien				
2.	Sebelum saya memberikan terapi pengobatan sesuai advis dokter, saya selalu mengecek identitas pasien				
3.	Saya tidak pernah mengecek kembali identitas pasien pada saat melakukan tranfusi darah				
4.	Saya menunjukkan jenis nama obat high alert yang beresiko tinggi kepada perawat lain				

5.	Saya tidak pernah melaporkan keadaan pasien pada saat serah terima				
6.	Saya jarang mendokumentasikan advis dokter pada buku rekamedis pasien				
7.	Dengan pekerjaan yang banyak di ruangan, saya tidak membaca kembali perintah dokter sebelum menulis pada buku rekam medik pasien				
8.	Saya membiarkan pasien sendiri untuk memasang strain / penyangga disisi kiri dan kanan di tempat tidur pasien				
9.	Saat pemberian obat pada pasien, saya tidak perlu mengecek kembali label/ nama obat, dan dosis obat				
10.	Saya tidak pernah mengganti laken yang kotor di tempat tidur pasien				
11.	Untuk mencegah infeksi, saya mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada pasien, seperti kontak dengan pasien selama pemeriksaan harian atau rutin				
12.	Setelah saya kontak dengan pasien lain, saya langsung memberikan obat pada pasien lainnya tanpa mencuci tangan terlebih dahulu				
13.	Saya menggunakan satu jarum suntik untuk pemberian terapi via bolus kepada beberapa pasien				

14.	sebelum menyuntik pasien, saya selalu memastikan ketepatan nama yang ada pada gelang tangan dan lokasi penyuntikan				
15.	Setiap tindakan keperawatan, saya memberikan informasi kepada pasien dengan bahasa yang baik dan mudah dimengerti				

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

JENIS KELAMIN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
L	5	9,4	9,4	9,4
Valid P	48	90,6	90,6	100,0
Total	53	100,0	100,0	

TINGKAT PENDIDIKAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
DIII	24	45,3	45,3	45,3
Valid Skep	16	30,2	30,2	75,5
Ners	13	24,5	24,5	100,0
Total	53	100,0	100,0	

lama kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 bulan-5 tahun	30	56,6	56,6	56,6
6tahun-11 tahun	17	32,1	32,1	88,7
Valid 12 tahun-17tahun	3	5,7	5,7	94,3
18 tahun-23 tahun	3	5,7	5,7	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Pelatihan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
TIDAK	42	79,2	79,2	79,2
Valid YA	11	20,8	20,8	100,0
Total	53	100,0	100,0	

B. ANALISA UNIVARIAT

pengetahuan patient safety

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
baik	25	47,2	47,2	47,2
Valid kurang	28	52,8	52,8	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Case Processing Summary

PELAKSANAAN PATIENT SAFETY

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
BAIK	34	64,2	64,2	64,2
Valid KURANG	19	35,8	35,8	100,0
Total	53	100,0	100,0	

C. ANALISA BIVARIAT

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan patient safety * pelaksanaan patient safety	53	100,0%	0	0,0%	53	100,0%

pengetahuan patient safety * pelaksanaan patient safety Crosstabulation

		pelaksanaan patient safety		Total	
		baik	kurang		
pengetahuan patient safety	baik	Count	18	7	25
		Expected Count	16,0	9,0	25,0
		% within pengetahuan patient safety	72,0%	28,0%	100,0%
		% within pelaksanaan patient safety	52,9%	36,8%	47,2%
		% of Total	34,0%	13,2%	47,2%
	kurang	Count	16	12	28
		Expected Count	18,0	10,0	28,0
		% within pengetahuan patient safety	57,1%	42,9%	100,0%
		% within pelaksanaan patient safety	47,1%	63,2%	52,8%
		% of Total	30,2%	22,6%	52,8%
Total	Count	34	19	53	
	Expected Count	34,0	19,0	53,0	
	% within pengetahuan patient safety	64,2%	35,8%	100,0%	
	% within pelaksanaan patient safety	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	64,2%	35,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1,268 ^a	1	,260		
Continuity Correction ^b	,704	1	,401		
Likelihood Ratio	1,279	1	,258		
Fisher's Exact Test				,390	,201
Linear-by-Linear Association	1,244	1	,265		
N of Valid Cases	53				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,96.

b. Computed only for a 2x2 table