



SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT
PELAKSANA DENGAN PENERAPAN SASARAN
KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH
SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

PENELITIAN KUANTITATIF

OLEH :

ANASTASIA MALAHA (C1214201057)

NOVIA ALFA DATU (C1214201095)

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2016



SKRIPSI

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT PELAKSANA DENGAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

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

OLEH:

ANASTASIA MALAHA (C1214201057)

NOVIA ALFA DATU (C1214201095)

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2016

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawa hini:

Nama : Anastasia Malaha (C. 12. 14201. 057)
: Novia Alfa Datu (C. 12. 14201. 095)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 16 April 2016

Yang menyatakan

(Anastasia Malaha)

(Novia Alfa Datu)

PERNYATAAN PERSETUJIAN PUBLIKASI PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Anastasia Malaha (C. 12. 14201. 057)

: Novia Alfa Datu (C. 12. 14201. 095)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih-media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, 16 April 2016

Yang menyatakan

(Anastasia Malaha)

(Novia Alfa Datu)

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI

**SKRIPSI
HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT
PELAKSANA DENGAN PENERAPAN SASARAN
KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH
SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

Yang Dipersiapkan dan Disusun Oleh :
ANASTASIA MALAHA (C12.14201.057)
NOVIA ALFA DATU (C12.14201.0695)

Telah dibimbing dan disetujui oleh :

(Lorantina A,S.Kep.,Ns.,M.Kep)
NIDN. 0909108301

Telah di ujidandipertahankan di hadapandewanpenguji pada tanggal 29
januari 2016 dandinyatakantelahmemenuhisyaratuntuk di terima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I Penguji II

Rosdewi SKP.,MSN
NIDN:0906097002

DR.TheresiaLimbong.,M.Kes
NIDN: 0902115801

Penguji III

Lorantina A,S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0909108301

Makassar, April 2016
Program Sarjana Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar

Henny Pongantung,S.Kep.,Ns.,MSN
NIDN. 0912106501

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini dengan judul: **“HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT PELAKSANA DENGAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”**.

Penulisan skripsi ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program S1 Keperawatan dan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penyusunan dan penulisan skripsi ini penulis banyak mendapat bantuan, pengarahan dan bimbingan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terrima kasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar
2. Lorantina A,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing dalam pembuatan skripsi ini, meskipun berada ditengah kesibukan dan tugasnya yang padat, beliau masih menyempatkan diri untuk memberikan bimbingan, arahan dan perhatian kepada kami untuk menghasilkan yang terbaik mulai dari awal hingga penyelesaian skripsi ini.
3. Sr.Anita Sampe,JMJ,S.Kep,Ns.,MAN selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan kemahasiswaan
4. Fransiska Anita E.R.S, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

5. Rosdewi SKP.,MSN dan DR. Theresia Limbong.,M.Kes selaku penguji yang telah mengoreksi dan memberikan saran untuk menyempurnakan skripsi kami.
6. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan fasilitas selama menempuh pendidikan.
7. Teristimewa untuk orang tua kami tercinta yang telah mendampingi dan mendukung kami baik itu lewat doa, perhatian, bimbingan, cinta kasih serta dukungan material.
8. Seluruh teman-teman angkatan 2012 yang telah memberikan masukan dan dukungan. Terima kasih atas kebersamaannya selama ini, kenangan bersama kalian tidak akan pernah terlupakan. Sukses buat kita semua.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspirasi bagi penelitian selanjutnya.

Makassar, 16 April 2016

Penulis

ABSTRAK

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT PELAKSANA DENGAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR (Dibimbing oleh : Lorantina A)

**ANASTASIA MALAHA dan NOVIA ALFA DATU
PROGRAM STUDY S1 KEPERAWATAN DAN NERS
xvii + 75 Halaman + 66 Pustaka + 9 Tabel + 8 Lampiran**

Keselamatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat penting karena memungkinkan setiap orang untuk bebas dari bahaya, cedera dan perasaan takut baik secara fisik maupun psikologis serta setiap orang merasa aman dalam melakukan aktivitasnya. Fokus tentang keselamatan pasien penerapan sasaran keselamatan pasien didorong dengan masih tingginya kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit. Dalam upaya membangun keselamatan pasien dengan penerapan sasaran keselamatan yang tepat, memerlukan komitmen yang dipengaruhi oleh pengetahuan dan motivasi yang dimiliki oleh perawat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan motivasi perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Stella Maris Makassar. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif observasional analitik dengan rancangan *cross sectional*. Pengambilan sampel sebanyak 64 responden dengan menggunakan teknik simple random sampling. Analisis statistik yang digunakan yaitu analisis bivariat dengan *Chi-Square*. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan pengetahuan dan motivasi dengan penerapan sasaran keselamatan pasien ($p > 0,05$).

Kata Kunci : Pengetahuan, Motivasi, Keselamatan Pasien

Kepustakaan : 66 (2001-2015)

ABSTRAC

THE RELATIONSHIP OF KNOWLEDGE AND MOTIVATION OF NURSES WITH THE IMPLEMENTATION OF PATIENT SAFETY GOALS IN STELLA MARIS HOSPITAL (Guided by :Lorantina A)

**ANASTASIA MALAHA and NOVIA ALFA DATU
S1 NURSING PROGRAM AND NERS
xvii + 75 Pages + 66 Library + 9 Tables + 2 Image + 9 Appendix**

Safety is one of the basic human needs is very important because it allows everyone to be free from danger, injury and fear, both physically and psychologically, and everyone felt safe in their activities. Focus on patient safety implementation of patient safety goals driven by the high incidence of unexpected hospital. In an effort to build patient safety by targeted application of salvation is right, requires commitment and motivation is influenced by the knowledge possessed by the nurse. This study aims to determine the relationship of knowledge and motivation of nurses with the implementation of patient safety goals Stella Maris hospital in Makassar. This study uses a quantitative approach analytic observational with cross sectional design. Sampling as many as 64 respondents using simple random sampling technique. Statistical analyzes were used that bivariate analysis denganChi-Square. The results of the bivariate analysis showed that there was no relation between knowledge and motivation with the implementation of patient safety goals ($p > 0.05$).

Key words : Knowledge, Motivation, The goals of patient safety

Bibliography = 66 (2001-2015)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN DEPAN.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK INDONESIA.....	vi
ABSTRAK INGGRIS.....	vii
HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN.....	viii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	ix
HALAMAN DAFTAR ISI.....	x
HALAMAN DAFTAR TABEL.....	xi
HALAMAN DAFTAR GAMBAR.....	xii
HALAMAN DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN.....	xiii
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
1. Bagi Pengembangan Keilmuan.....	5
2. Bagi Rumah Sakit.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Tinjauan Keselamatan Pasien.....	7
1. Pengertian Keselamatan Pasien.....	7
2. Tujuan Keselamatan Pasien.....	7
3. Standar Keselamatan Pasien.....	8

4. Sasaran Keselamatan Pasien.....	9
5. Insiden Keselamatan Pasien	20
6. Langkah Menuju Keselamatan Pasien.....	22
7. Peran Perawat Dalam Keselamatan Pasien	26
B. Tinjauan Faktor Yang Berkontribusi Dalam Keselamatan pasien	
1. Lingkungan Eksternal	30
2. Faktor Manajemen	31
8. Faktor Organisasi Dan Lingkungan Sosial.....	32
9. Faktor Interaksi Antara Sistem Dan Manusia.....	33
10. Faktor Lingkungan Fisik.....	34
11. Sifat Dasar Pekerjaan	34
12. Karakteristik Individu	35
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	46
A. Kerangka Konseptual	46
B. Hipotesis	47
C. Defenisi Operasional	47
BAB IV METODE PENELITIAN	49
A. Jenis Penelitian	49
B. Tempat dan Waktu Penelitian	49
C. Populasi dan Sampel	49
1. Populasi.....	49
2. Sampel.....	49
D. Instrument Penelitian.....	52
E. Pengumpulan Data	53
F. Pengolahan dan Penyajian Data.....	54
G. Analisa Data.....	55
1. Analisa Univariat.....	55
2. Analisa Bivariat	55
BAB V PEMBAHASAN	56
A. Hasil Penelitian	56
B. Pembahasan	62

C. Keterbatasan Penelitian	68
BAB VI PENUTUP.....	69
A. Kesimpulan	69
B. Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Defenisi Operasional.....	31
Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Rata-rata Kelompok Umur dan Lama Kerja	58
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Pendidikan	58
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin	59
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan	59
Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Motivasi.....	60
Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien.....	60
Tabel 5.7 Analisis Hubungan Pengetahuan Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien.....	61
Tabel 5.8 Analisis Hubungan Motivasi Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien.....	62

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar2.1 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Keselamatan Pasien	30
Gambar 3.1.Kerangka Konseptual.....	46

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

WHO	: <i>World Health Organisation</i>
NPSA	: National Patient Safety Agency
IOM	: Institute Of Medicine
AHRQ	: Agency For Health Care Research and Quality
JCI	: Joint Commision International
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
LASA	: Look Alike Sound Alike
GKPRS	: Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit
MRK	: Manajemen Resiko Klinis
NORUM	: Nama Obat, Rupa Dan Ucapan Mirip
HBV	: Virus Hepatitis B
HCV	: Virus Hepatitis C
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KPC	: Kejadian Potensial Cedera
SKP	: Sasaran Keselamatan Pasien
KKP – RS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
H ₀	: Hipotesis Nol (praduga tidak ada)

H_a : Hipotesis alternatif

$<$: kurang dari

α : Alpha

$>$: lebih dari

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan

Lampiran 2. Surat Izin Penelitian

Lampiran 3 Surat Keterangan Selesai Penelitian

Lampiran 4 Surat Persetujuan Responden

Lampiran 5 Instrument Penelitian (Kuesioner)

Lampiran 6 Master Tabel

Lampiran 7. Hasil Analisis

BAB 1

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Keselamatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan keselamatan beradapa dan urutan kedua dalam hirarki Maslow setelah kebutuhan fisiologis. Keselamatan menjadike butuhan yang sangat penting karena memungkinkan setiap orang untuk bebas dari bahaya, cedera dan perasaan takut baik secara fisik maupun psikologis serta setiap orang merasa aman dalam melakukan aktivitasnya (Craven & Hirnley 2003 ; Potter & Perry 2005).

Keselamatan meliputi seluruh aspek dalam kehidupan sehari-hari. Persepsi seseorang tentang bahaya mempengaruhi sikap dan perilaku terhadap keselamatan. Seseorang akan menjalankan upaya untuk mencapai keselamatan apabila memahami adanya bahaya. Kesadaran akan adanya bahaya di lingkungannya akan mendorong tindakan untuk mencegah bahaya dan melaksanakan upaya mencapai keselamatan (Craven & Hirnley, 2003).

Menurut *World Health Organization* (WHO), (2004), Keselamatan pasien (*Patient Safety*) digunakan sebagai variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan dan dijadikan prioritas utama untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit, hal ini terkait dengan mutu layanan dan citra rumah sakit.

Keselamatan pasien bukan hanya melihat dan menjaga mutu tetapi juga merupakan hak setiap pasien untuk mendapatkan layanan yang tidak mencederai dan merugikan pasien. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan harus dapat memberikan jaminan terhadap keselamatan pasien dalam setiap pelayanan yang diberikan karena

keselamatan pasien komponen yang paling dasar, vital dan utama dari kualitas pelayanan kesehatan dan keperawatan (Ballard, 2003; Drosler *et al*, 2009; ICN, 2002).

Rumah sakit perlu melakukan beberapa rangkaian tindakan untuk mencapai asuhan pasien yang aman. Tindakan tersebut merupakan satu sistem yang mencakup pengkajian terhadap resiko, identifikasi dan pengelolaan semua hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindaklanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko (Depkes, 2008; *National Patient Safety Agency (NPSA)*, 2004). Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*Institute of Medicine (IOM)* dalam Cahyono, (2008) ;Depkes RI 2006).

Rumah sakit sebagai organisasi yang padat karya melibatkan banyak unsur baik tenaga maupun teknologi kesehatan dalam memberikan pelayanan pada pasien, sehingga pelayanan yang diberikan bersifat kompleks. Kompleksitas pelayanan ini berpotensi terjadi kesalahan apabila tidak dilakukan dengan baik (Depkes, 2008). Kesalahan dapat terjadi karena melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). Kesalahan dapat menyebabkan kejadian tidak diharapkan (*KTD/adverse event*), kejadian sentinel, dan kejadian nyaris cedera (*KNC/near miss*) (Aspden, Corrigan, Wolcot & Erickson, 2004).

Faktor – faktor yang berpengaruh terhadap keselamatan pasien menurut Henriksen, Dayton, Keyes, Carayondan Hughes, 2008; KPPRS, 2008; Mitchell 2008; Reason, 2000; Reason, CartheydandeLeval, 2001 yaitu karakteristik individu atau perawat pelaksana yang mencakup pengetahuan, tingkat keterampilan, pengalaman, kecerdasan,

kemampuan sensorik, pelatihan dan pendidikan, dan sikap seperti kewaspadaan, kelelahan, dan motivasi.

WHO (*World Health Organization*) menemukan kasus KTD dengan rentang 3,2-16,6% rumah sakit di berbagai negara, yaitu Amerika, Inggris, Australia, dan Denmark Forster *et al.* di Ottawa Hospital Kanada menyatakan bahwa 24 pasien dari 64 pasien diantaranya sakit akibat infeksi namun sebenarnya dapat dicegah dan tiga meninggal karena KTD yang disebabkan oleh terapi obat, komplikasi operasi, dan/atau infeksi nosokomial. Laporan IKP oleh KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien-Rumah Sakit) di Indonesia pada bulan Januari - April 2011, menemukan bahwa adanya pelaporan kasus KTD (14,41%) dan KNC (18,53%) yang disebabkan karena proses atau prosedur klinik (9,26 %), medikasi (9,26%), dan pasien jatuh (5,15%). RS Unhas (Universitas Hasanuddin) terdapat 18 kasus IKP di sembilan unit yaitu instalasi rawat jalan, rawat inap, IGD (Instalasi Gawat Darurat), ICU (*Intensive Care Unit*), laboratorium, radiologi, bedah sentral, farmasi, dan gizi. Terdapat Sembilan kasus KTD, empat kasus KNC, tiga kasus KTC (Kejadian Tidak Cedera), dan dua kasus KPC (Kejadian Potensial Cedera), Kasus terbanyak berasal dari unit laboratorium yaitu sebanyak lima kasus IKP (Astrianty N.Arfa,2013)

Hasil penelitian Sry Mulyatiningsih, 2013 di rawat inap RSAU dr. Esnawan Antariksa Jakarta menunjukkan bahwa perilaku perawat dalam melaksanakan keselamatan pasien kurang baik (53%), hal tersebut dibuktikan dengan masih adanya insiden keselamatan pasien berupa kejadian flebitis (2,34%), ada satu kejadian jatuh pada satu tahun terakhir.

Adanya kekhawatiran mengenai keselamatan pasien, telah meningkat secara signifikan selama decade terakhir (Silverstone, 2013), sehingga Organisasi Kesehatan Dunia/WHO tahun 2011 mengembangkan dan mempublikasikan Kurikulum Panduan Keselamatan Pasien (*Patient*

Safety Curriculum Guide), yang menyoroti kebutuhan di seluruh dunia, untuk meningkatkan keselamatan pasien dan untuk mengajarkan keterampilan yang berorientasi pada keselamatan pasien, sikap dan perilaku untuk semua profesional kesehatan, begitu juga bagi perawat (Tingle, 2011), bahkan Indonesia Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (GKPRS) telah dicanangkan pada 21 Agustus 2005 oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia dimana rumah sakit membentuk tim keselamatan pasien, sehingga dapat mengurangi terjadinya insiden keselamatan pasien dan tercipta mutu pelayanan keselamatan pasien di setiap rumah sakit.

B. RUMUSAN MASALAH

Pengelolaan keselamatan dalam pelayanan di rumah sakit berguna untuk mengurangi tingkat kecacatan atau kesalahan dalam memberikan pelayanan kepada pasien, oleh karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan di rumah sakit.

Terdapat faktor-faktor yang dapat berkontribusi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien seperti yang dikemukakan oleh Dineen (2002 ; *Agency for Health care Research and Quality (AHRQ)*,2003 ; Depkes (2008) ; Henriksen, *et al* (2008) meliputi karakteristik individu, sifat dasar pekerjaan, lingkungan fisik, interaksi antara system dan manusia, lingkungan organisasi dan sosial, manajemen, dan lingkungan eksternal. Dengan terjadinya insiden yang disebabkan oleh karakteristik perawat maka secara khusus penelitian ini meneliti tentang hubungan karakteristik khususnya pengetahuan dan motivasi perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien. Dengan demikian perumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan pengetahuan dan motivasi perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Stella Maris Makassar ?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui adanya hubungan pengetahuan dan motivasi perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di rumah sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengetahuan dan motivasi perawat pelaksana dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Stella Maris Makassar
- b. Mengidentifikasi hubungan pengetahuan perawat pelaksana dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Stella Maris Makassar
- c. Mengidentifikasi hubungan motivasi perawat pelaksana dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Stella Maris Makassar

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat bagi pengembangan keilmuan

- a. Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan khususnya bagi perawat pelaksana tentang penerapan sasaran keselamatan pasien yang benar dan aman di rumah sakit Stella Maris Makassar.
- b. Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan bagi mahasiswa tentang berbagai macam karakteristik khususnya pengetahuan dan motivasi perawat pelaksana dalam penerapan sasaran keselamatan pasien.

2. Manfaat Aplikatif

Penelitian ini dapat menjadi informasi bagi pihak rumah sakit mengenai bagaimana perawat pelaksana dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien terutama yang berhubungan dengan pengetahuan dan motivasi yang dimiliki oleh perawat penerapan sasaran keselamatan pasien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Keselamatan Pasien

1. Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman yaitu bebas cedera, meminimalkan kemungkinan kesalahan/resiko bahaya dan memaksimalkan kemungkinan mencegah terjadinya kesalahan/insiden (IOM, 2000; Runciman, 2010; Depkes, 2008). Keselamatan pasien merupakan hal penting dalam pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan harus dapat memberikan jaminan terhadap keselamatan pasien dalam setiap pelayanan yang diberikan. Keselamatan merupakan komponen yang paling dasar, vital dan utama dari kualitas pelayanan kesehatan dan keperawatan (Ballard, 2003; Drosler *et al*, 2009; ICN, 2002).

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Kualitas pelayanan kesehatan tidak dapat lepas dari keselamatan pasien. Pengembangan sistem keselamatan pasien akan meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan pada pasien. Tujuan pengembangan keselamatan pasien di rumah sakit adalah (IOM, 2001; Khushf, Raymond & Beaman, 2008). :

- a. Pasien aman yaitu terhindar dari cedera
- b. Pelayanan efektif dengan memberikan pelayanan berdasar bukti ilmiah (*evidence-based*)

- c. Pelayanan berpusat pada pasien dengan memberikan perawatan dan keputusan klinis yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai – nilai pasien
- d. Mengurangi waktu tunggu pasien dalam menerima pelayanan
- e. Efisien dalam menggunakan sumber daya yang ada, dan
- f. Adil yaitu memberikan perawatan yang tidak berbeda

Sedangkan tujuan keselamatan pasien yang ditetapkan oleh Depkes (2008) adalah:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan di rumah sakit, dan
- d. Terlaksananya program – program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

3. Standar Keselamatan Pasien

Departemen Kesehatan RI menyusun standar keselamatan pasien yang digunakan sebagai acuan bagi seluruh rumah sakit di Indonesia dalam melaksanakan kegiatan keselamatan pasien. Standar keselamatan ini mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations USA* pada tahun 2002, dan disesuaikan dengan situasi kondisi rumah sakit di Indonesia.

Standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar (Depkes, 2008), meliputi:

- a. Hak pasien yaitu menjamin hak pasien dan keluarga untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

- b. Mendidik pasien dan keluarga tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.
- c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan dengan menjamin koordinasi antar negara dan antar unit pelayanan.
- d. Menggunakan metode – metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
- f. Rumah sakit mendidik staf tentang keselamatan pasien.
- g. Meningkatkan komunikasi bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien dengan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien di rumah sakit.

4. Sasaran Keselamatan Pasien

Dalam Permenkes 1691/Menkes/Per/VII/ 2011 menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien. Sasaran Keselamatan Pasien meliputi tercapinya hal – hal sebagai berikut :

- a. Ketepatan identifikasi pasien
- b. Peningkatan komunikasi yang efektif
- c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
- d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
- e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- f. Pengurangan resiko pasien jatuh

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life Saving Patient Safety Solutions* dari *World Health*

Organization (WHO) Patient Safety (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKP-RS, PERSI), dan dari *Joint Commission International (JCI)*. Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian – bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari consensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi – solusi yang menyeluruh. Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal – hal sebagai berikut :

a. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien

Standar SKP I

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/ meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

Maksud dan Tujuan Sasaran I

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/ kamar/ lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. 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 individu 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 dan 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 dengan bar-code, dan lain – lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi.

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

Elemen Penilaian Sasaran I

- 1) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- 2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- 3) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- 4) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.

5) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

b. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

Standar SKP II

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektifitas komunikasi antar para pemberi layanan.

Maksud dan Tujuan Sasaran II

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk 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 termasuk: mencatat (atau memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat. Kebijakan dan/ atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak

memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat atau *Intensive Care Unit*.

Elemen Penelaian Sasaran II

Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau secara lengkap oleh penerima perintah.

- 1) Perintah lengkap lisan dan telepon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah
- 2) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan
- 3) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

c. Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (High-Alert)

Standar SKP III

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki obat – obat yang perlu diwaspadai (*high – alert*).

Maksud dan Tujuan Sasaran III

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 medications) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat – obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*). 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 sama dengan 50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat – obat 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. Kebijakan dan/ atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di Instalasi Gawat Darurat atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/ kurang hati – hati.

Elemen Penilaian Sasaran III

- a. Kebijakan dan/ atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- b. Implementasi kebijakan dan prosedur.
- c. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati – hati di area tersebut sesuai kebijakan.
- d. Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

d. Sasaran IV : Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

Standar SKP IV

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien.

Maksud dan Tujuan Sasaran IV

Salah lokasi, salah prosedur, salah pasien pada operasi adalah sesuatu 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/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang cacatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang

berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor – faktor kontribusi yang sering terjadi. Rumah sakit perlu untuk secara kolabratif mengembangkan suatu kebijakan dan/ atau prosedur yang efektif di dalam mengeleminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission’s Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/ orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang).

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk :

- a. Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar
- b. Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang; dan
- c. Verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/ atau implant – implant yang dibutuhkan

Tahap “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di

tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*.

Elemen Penilaian Sasaran IV

- 1) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
- 2) Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
- 3) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/ tindakan pembedahan.
- 4) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi

- e. Sasaran V : Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Standar SKP V

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi resiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan Sasaran V

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 professional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*bloodstream infection*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi – infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional. 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.

Elemen Penilaian Sasaran V

- 1) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (antara lain dari WHO *Patient Safety*).

- 2) Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif
 - 3) Kebijakan dan/ atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan resiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
- f. Sasaran VI : Pengurangan Resiko Pasien Jatuh

Standar SKP VI

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi resiko pasien dari cedera karena jatuh.

Maksud dan Tujuan Sasaran VI

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/ masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi resiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi resiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alcohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit.

Elemen Penilaian Sasaran VI

Rumah sakit menerapkan proses assesmen awal atas pasien terhadap resiko jatuh dan melakukan assesmen ulang bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain – lain.

- 1) Langkah – langkah diterapkan untuk mengurangi resiko jatuh bagi mereka yang pada hasil assesmen dianggap beresiko jatuh.
- 2) Langkah – langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- 3) Kebijakan dan/ atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan resiko cedera akibat jatuh di rumah sakit.

5. Insiden Keselamatan Pasien

Dalam Institute of Medication, patient safety didefinisikan sebagai : *“An adverse event result in unintended harm to the patient by an act of commission or omission rather than by the underlying disease or condition of the patient ”*. Sementara dalam Permenkes No. 1691 tahun 2011, 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. Insiden keselamatan pasien juga merupakan akibat dari melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) (Depkes, 2008). Namun demikian, penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit sangat kompleks, melibatkan semua bagian dalam sistem yang berlaku dalam rumah sakit.

a. Jenis – jenis Insiden Keselamatan Pasien

Berdasarkan Permenkes No. 1691 Tahun 2011, tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, insiden keselamatan pasien terdiri dari :

1) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Kejadian tersebut dapat terjadi di semua tahapan dalam perawatan dari diagnosis, pengobatan dan pencegahan (Reason, 1990 dalam *To Err Is Human : Building A Safer Helath System*).

2) Kejadian Tidak Cedera (KTC)

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

3) Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Kejadian nyaris cedera adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Misalnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan kepada pasien.

4) Kejadian Potensial Cedera (KPC)

Kejadian potensial cedera adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Misalnya obat – obatan LASA (*Look Alike Sound Alike*) disimpan berdekatan.

5) Kejadian Sentinel

Adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti : operasi pada

bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (Misl. Amputasi pada kaki yang salah, dst) sehingga pencarian fakta – fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

6. Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Kesalahan yang terjadi pada pasien dapat menimbulkan dampak yang luas tidak hanya bagi pasien dan keluarga namun juga bagi petugas kesehatan yang melakukan dan institusi rumah sakit. Pasien dapat mengalami kerugian fisik maupun efek emosional. Petugas kesehatan mengalami stress terhadap kesalahan yang dilakukan, dan menurunkan kepuasan, sementara rumah sakit dapat menghadapi tuntutan hukum (NPSA {*National Patient Safety Agency*}, 2004).

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan harus mampu melaksanakan tindakan yang menjamin keselamatan pasien. Tindakan dilaksanakan dengan cara merancang atau memperbaiki proses, memonitor, mengevaluasi dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja dalam mencapai keselamatan pasien (Depkes, 2008). Menurut IOM (2000) diperlukan adanya penekanan dalam sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit yang meliputi :

- a. Mencegah tindakan yang membahayakan pasien
- b. Belajar dari kesalahan yang terjadi, dan
- c. Membangun budaya keselamatan yang melibatkan para professional perawatan kesehatan, organisasi, dan pasien

Langkah yang dapat ditempuh dalam menerapkan program keselamatan pasien (Cahyono, 2008; Depkes, 2008; NPSA, 2004) adalah:

1. Membangun budaya keselamatan pasien

Langkah pertama dalam menerapkan program keselamatan pasien adalah membangun budaya keselamatan pasien dalam organisasi rumah sakit. Hal ini mengingat budaya organisasi merupakan sistem nilai – nilai, keyakinan, dan kebiasaan bersama dalam organisasi yang berinteraksi dengan struktur formal untuk menghasilkan norma perilaku. Budaya yang harus dibangun untuk mendukung pelaksanaan keselamatan pasien adalah budaya yang terbuka dan adil. Nilai dan keyakinan yang harus dibangun meliputi:

- 1) Melaporkan dan membahas kesalahan (KTD) tanpa bersikap menyalahkan
- 2) Bekerja secara tim
- 3) Melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan
- 4) Memandang suatu kesalahan dalam kerangka sistem, dan
- 5) Berani mengungkapkan kesalahan yang terjadi

2. Pimpinan dan dukungan terhadap staf

Pemimpin adalah pemegang kunci perubahan. Pemimpin memiliki tanggung jawab dalam memimpin dan menggerakkan seluruh komponen organisasi menuju perubahan. Trevor dalam Cahyono (2008) menyatakan suatu perubahan memerlukan kepemimpinan, komitmen pimpinan, visi yang kuat, kemampuan mengkomunikasikan visi dan kemampuan membentuk dan melatih agen perubahan.

Program keselamatan pasien dapat berjalan dengan baik apabila pemimpin memiliki visi, misi dan kebijakan yang jelas mengenai keselamatan pasien. Pimpinan rumah sakit harus dapat membangun komitmen, fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit. Disamping itu, pimpinan rumah

sakit juga harus mampu menjadikan keselamatan pasien sebagai perhatian utama dalam pemberian pelayanan kesehatan pada pasien.

Komunikasi dan umpan balik antara pimpinan dengan seluruh staf mengenai keselamatan pasien harus berjalan dengan baik, sehingga setiap staf dapat memahami pentingnya kontribusi setiap orang dalam organisasi rumah sakit untuk mewujudkan pelayanan yang aman. Pimpinan rumah sakit juga harus mampu menciptakan budaya yang tidak menyalahkan terhadap suatu kejadian kesalahan, sehingga setiap staf merasa aman untuk melaporkan setiap kejadian kesalahan yang terjadi dan mampu belajar dari insiden yang ada.

3. Integrasi aktivitas manajemen resiko

Langkah ketiga ini ditempuh dengan cara mengembangkan sistem dan proses untuk mengelola resiko, mengidentifikasi dan menilai hal – hal yang berpotensi menyebabkan terjadinya kesalahan. Manajemen resiko klinis (MRK) merupakan upaya manajerial untuk melakukan identifikasi kesalahan yang terjadi selama asuhan pasien, mencari penyebab, dan mempelajari serta menjamin tindakan yang bertujuan untuk mencegah kejadian terulang kembali. Tujuan MRK adalah mengurangi terjadinya KTD dan KNC pada pasien serta mengurangi kemungkinan klaim dan mengendalikan biaya klaim yang harus menjadi beban rumah sakit. Kegiatan ini dilakukan melalui proses identifikasi, penilaian, analisis dan pengelolaan semua resiko yang berpotensi menimbulkan kerugian.

4. Membangun sistem pelaporan

Sistem pelaporan merupakan bagian yang penting dalam upaya membangun keselamatan pasien. Sistem ini memungkinkan staf atau petugas kesehatan dapat dengan mudah melaporkan insiden yang terjadi. Sistem pelaporan yang ideal adalah tidak menghukum, menjaga kerahasiaan, tepat waktu, dianalisis oleh ahli dan berorientasi pada sistem. Hasil laporan dapat dimanfaatkan sebagai pembelajaran, menentukan skala prioritas pemecahan masalah, serta monitoring, dan evaluasi kegagalan atau keberhasilan penerapan program.

5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Petugas kesehatan harus selalu berkomunikasi dan melibatkan pasien dalam setiap proses perawatan kesehatan. Komunikasi dan keterlibatan pasien dengan petugas kesehatan akan mendukung upaya perawatan pasien. Pasien memiliki peran penting dalam membantu petugas kesehatan untuk menentukan diagnosis yang tepat dengan memberikan informasi yang jelas dan nyata. Selain itu pasien juga berperan dalam memutuskan perawatan yang tepat, memastikan perawatan dan pengobatan telah dikelola dan dilaksanakan dengan baik oleh petugas kesehatan, mengidentifikasi kejadian tidak diharapkan dan mengambil tindakan yang sesuai (Vincent & Coulter dalam NPSA, 2004).

6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

Program keselamatan pasien di rumah sakit dapat berhasil apabila kejadian kesalahan tidak hanya dipandang sebagai suatu kesalahan individu namun dilihat dalam sebuah kerangka sistem. Penelusuran terhadap kejadian kesalahan tidak berhenti pada pelaku kesalahan akan tetapi mencari akar masalah kesalahan yaitu mengapa dan bagaimana kesalahan dapat terjadi. Staf di

rumah sakit didorong untuk melakukan analisis akar masalah terhadap kejadian kesalahan dan selalu belajar serta berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Analisis akar masalah ini merupakan investigasi terstruktur yang bertujuan untuk melakukan identifikasi penyebab masalah dasar dan menentukan tindakan agar kejadian yang sama tidak terulang kembali.

7. Implementasi solusi untuk mencegah kerugian

Langkah yang dapat ditempuh agar program keselamatan pasien dapat optimal adalah mengembangkan sistem untuk mencegah dan mengurangi kerugian. Tiga prinsip dalam merancang dan mengembangkan sistem meliputi :

- 1) Setiap kesalahan yang terjadi harus dapat dilihat
- 2) Sistem harus mampu mengurangi efek kesalahan, dan
- 3) Mencegah terjadinya kesalahan.

Hal ini dapat dilakukan dengan melaksanakan standarisasi prosedur, akreditasi, regulasi terhadap staf medis maupun paramedik, penggunaan teknologi, mengembangkan sistem pelaporan, dan merancang lingkungan kerja yang kondusif.

7. Peran Perawat Dalam Keselamatan Pasien

Kontribusi kritis perawat dalam keselamatan pasien adalah mengkoordinasikan dan mengintegrasikan berbagai aspek dari mutu dalam pelayanan keperawatan baik yang secara langsung diberikan oleh perawat maupun dengan bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya. Kontribusi ini merupakan faktor yang sangat mungkin mempengaruhi hubungan antara keberadaan staf keperawatan yang kompeten dengan menurunnya komplikasi dan rendahnya angka kematian (Hughes, 2008).

Hughes (2008) menyatakan bahwa perawat merupakan “*sharp end*” atau sisi tajam dari pelayanan yang diberikan terhadap pasien. Contoh konkrit terkait hal ini adalah dalam pengelolaan obat oleh perawat. Pengelolaan obat menyita 40% waktu kerja perawat dan kesalahan dalam pengelolaan obat akan terjadi jika terjadi penurunan konsentrasi dan adanya distraksi, peningkatan beban kerja dan staf tidak berpengalaman.

Sebagian besar kebutuhan perawatan pasien berfokus pada pekerjaan yang dilakukan perawat (Mitchell, dalam Hughes, 2008). Senada dengan hal ini Cahyono (2008) menyatakan bahwa dengan peran dan kontak selama 24 jam terus menerus membuat perawat lebih mengetahui perubahan klinis dan emosi klien serta lebih mengetahui kebutuhan fisik maupun emosional pasien dibandingkan dokter. Di sisi lain berdasarkan riset yang dilakukan AHRQ menyatakan bahwa rumah sakit dengan level staf keperawatan yang rendah cenderung untuk menimbulkan *outcome* pasien yang kurang baik seperti pneumonia, syok, gagal jantung dan infeksi saluran kemih (Stanton, 2004).

Peran perawat dalam keselamatan pasien tergambar dari banyak hal spesifik terkait dengan respon akan kebutuhan keselamatan pasien. Responsibilitas perawat terhadap keselamatan pasien menurut ICN (2002) meliputi :

- a. Menginformasikan potensial resiko terhadap pasien dan keluarga
- b. Melaporkan KTD secara tepat dan cepat kepada pengambilan kebijakan
- c. Mengambil peran serta yang aktif dalam mengkaji keselamatan dan mutu perawatan

- d. Mengembangkan komunikasi dengan pasien dan tenaga professional kesehatan yang lain
- e. Melakukan negosiasi untuk pemenuhan level staf yang adekuat
- f. Mendukung langkah – langkah pengembangan keselamatan pasien
- g. Meningkatkan program pengendalian infeksi yang tepat
- h. Melakukan negosiasi terhadap standarisasi kebijakan dan protocol pengobatan untuk meminimalisir kesalahan
- i. Mempertanggungjawabkan profesionalitas dengan melibatkan tenaga farmasi, dokter dan lainnya untuk mengembangkan pengemasan dan penamaan obat – obatan
- j. Berkolaborasi dengan sistem pelaporan nasional untuk mencatat, menganalisis dan belajar dari KTD
- k. Mengembangkan suatu mekanisme, misalnya melalui akreditasi untuk menilai karakteristik penyedia layanan kesehatan sebagai standar yang digunakan untuk mengukur kesempurnaan dalam keselamatan pasien.

Peran perawat professional dalam pelayanan yang terintegrasi meliputi pencegahan terhadap kesalahan dan kejadian nyaris cedera melalui identifikasi *hazard* dan penurunan kondisi pasien sebelum terjadi kesalahan dan kejadian yang tidak diinginkan (Considine, 2005). PPNI (2010) juga telah mencantumkan kompetensi yang relevan dengan penerapan keselamatan pasien bagi perawat di Indonesia. Kompetensi tersebut meliputi :

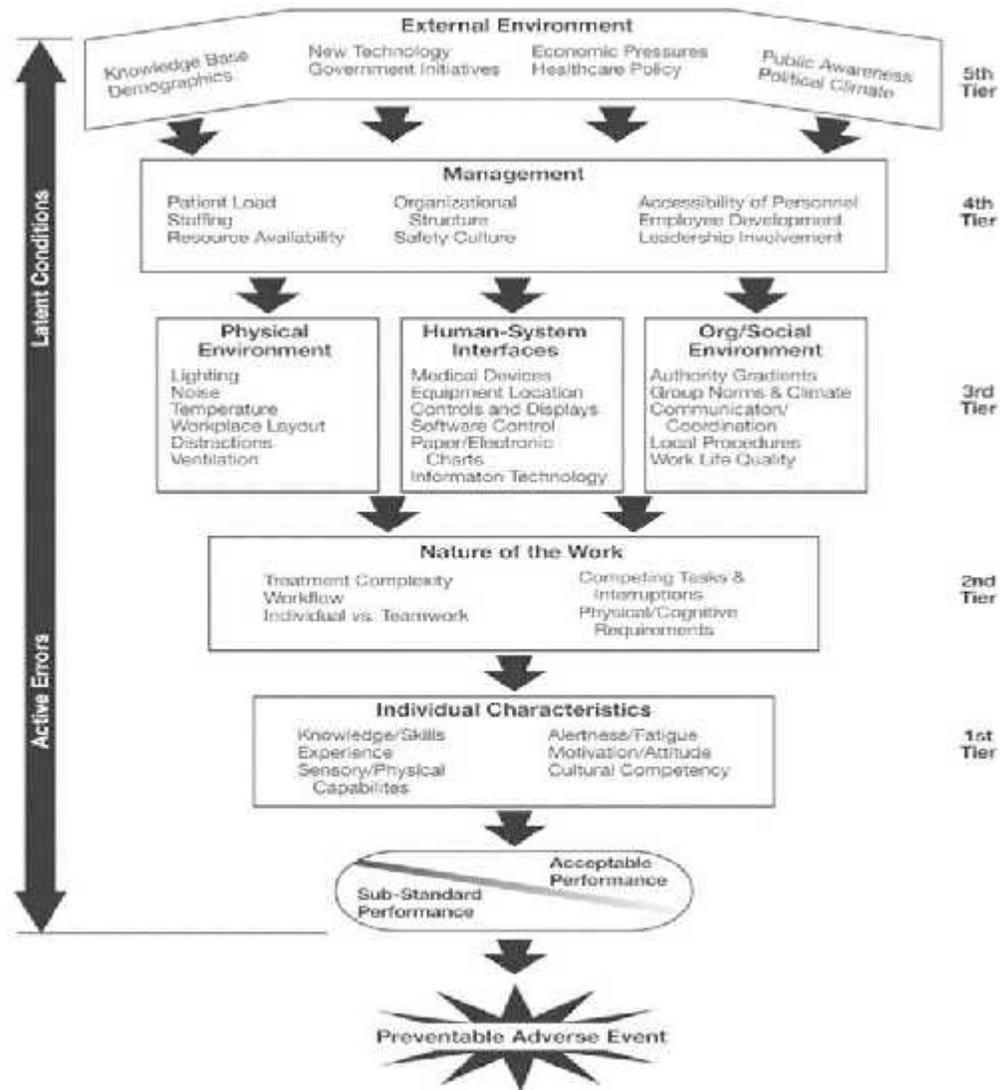
- a. Menggunakan alat pengkajian yang tepat untuk mengidentifikasi resiko aktual dan potensial terhadap keselamatan dan melaporkan kepada pihak yang berwenang

- b. Mengambil tindakan segera dengan menggunakan strategi manajemen resiko peningkatan kualitas untuk menciptakan dan menjaga lingkungan asuhan yang aman dan memenuhi peraturan nasional, persyaratan keselamatan dan kesehatan tempat kerja serta kebijakan dan prosedur
- c. Menjamin keamanan dan ketepatan penyimpanan, pemberian dan pencatatan bahan – bahan pengobatan
- d. Memberikan obat termasuk dosis yang tepat, cara, frekuensi, berdasarkan pengetahuan yang akurat tentang efek farmakologis, karakteristik klien dan terapi yang disetujui sesuai dengan resep yang ditetapkan
- e. Memenuhi prosedur pencegahan infeksi dan mencegah terjadinya pelanggaran dalam praktek yang dilakukan para praktisi lain
- f. Mengidentifikasi dan merencanakan langkah – langkah khusus yang diperlukan untuk menangani klien di area praktek khusus dalam kondisi bencana.

B. Faktor Yang Berkontribusi Dalam Keselamatan Pasien

Faktor – faktor yang mempengaruhi terjadinya kejadian kesalahan dalam sistem pelayanan kesehatan dapat diidentifikasi meliputi faktor lingkungan eksternal, manajemen, lingkungan fisik, penyatuan sistem dengan manusia, organisasi/ lingkungan sosial, sifat dasar pekerjaan dan karakteristik individu. Setiap faktor tersebut saling berinteraksi satu sama lain dalam mencegah terjadinya kejadian tidak diharapkan. Perubahan di satu bagian dapat mempengaruhi bagian lain.

Berikut merupakan faktor – faktor yang berkontribusi terhadap keselamatan pasien yang dapat dilihat dalam gambar 2.1.



Gambar 2.1. Faktor yang Berkontribusi terhadap Keselamatan Pasien (Henriksen, Dayton, Keyes, Carayon dan Hughes, 2008)

1. Lingkungan Eksternal

Yang termasuk ke dalam faktor ini adalah pengetahuan dasar, terbaru, kebijakan pemerintah, tekanan ekonomi, kebijakan kesehatan, kesadaran masyarakat, iklim politik. Tekanan eksternal dapat

memberikan dampak terhadap usaha meningkatkan keselamatan pasien.

Tekanan eksternal dapat berupa tuntutan hukum, tuntutan masyarakat terhadap mutu dan keselamatan pasien. Lingkungan eksternal merupakan suatu hal yang sangat dibutuhkan agar organisasi dapat memiliki komitmen yang tinggi dalam menerapkan mutu melalui keselamatan pasien (Henriksen, et al, 2008). Tekanan lingkungan eksternal lainnya berupa regulasi nasional terhadap kompetensi SDM pada pelayanan kesehatan (standarisasi profesi, penilaian kompetensi staf, sertifikasi) dan untuk institusi berupa akreditasi rumah sakit (Cahyono, 2008).

Meski dalam faktor manajemen terkesan bahwa faktor inilah yang menjadi sumber permasalahan, namun hal tersebut tidak terlepas dari pengaruh atau lingkungan luar. Pelayanan kesehatan adalah sistem terbuka, sebagaimana yang terlibat di bagan 2.1, setiap tingkatan pada sistem akan mempengaruhi sistem yang lebih rendah dan dipengaruhi oleh sistem yang lebih tinggi sebagai timbal baliknya.

2. Faktor Manajemen

Faktor ini terdiri dari budaya keselamatan pasien, kemudahan akses personel, pengembangan karyawan, kemampuan kepemimpinan, kebijakan pimpinan dalam hal SDM, finansial, peralatan dan teknologi. Membangun budaya kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil merupakan langkah pertama dalam menetapkan keselamatan pasien rumah sakit (DepKes, 2008).

Kondisi yang tidak terencana dengan baik, kurang tepatnya keputusan, atau tidak mengambil suatu tindakan berkaitan dengan manajer dan siapa pun yang berada pada jajaran pengambilan keputusan, adalah periode laten karena semua itu terjadi sejak sangat lama, jauh dari tindakan pada “akhir lancip” (dalam Swiss Cheese Model) atau pada tindakan akhir yang dilakukan oleh perawat dan petugas kesehatan lainnya. Keputusan sering dibuat dengan cara longgar, tidak fokus, agak kacau. Karena konsekuensi pengambilan keputusan bertambah secara terus menerus, berinteraksi dengan variabel lainnya, dan tidak mudah untuk mengisolasi dan menentukan, orang – orang yang membuat kebijakan organisasi, membentuk budaya organisasi, dan melaksanakan keputusan manajerial jarang bertanggung jawab atas tindakan mereka. Sebagai contoh, tidak bertanggung jawab atas tindakan mereka. Sebagai contoh, tidak adanya komitmen yang serius untuk meningkatkan kualitas dan keamanan pelayanan pada level manajemen adalah sebuah kondisi laten atau sulit diubah yang bisa menjadi semu pada waktu dimana konsekuensi insiden hanya ketika “kesalahan penghakiman” menyelaraskan atau membiasakan diri dengan variabel sistem lain seperti beban dan gangguan kerja yang berlebihan, pemasangan peralatan yang dirancang buruk, dan jadwal cepat dan padat dalam melayani pasien (Henrisken, Kerm, et al, 2008). Pada akhirnya, faktor manajemen sangat menentukan dan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan termasuk pada terjadinya insiden keselamatan pasien.

3. Faktor Organisasi Dan Lingkungan Sosial

Lingkungan pekerjaan yakni lingkungan organisasi rumah sakit dapat menentukan kualitas dan keamanan pelayanan perawat kepada pasien. Sebagai jumlah tenaga terbesar dalam ketenagaan kesehatan, perawat mengaplikasikan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman untuk memberikan variasi dan perubahan kebutuhan pasien.

Kesalahan pada manusia (human error) dapat didefinisikan sebagai kegagalan dari perencanaan dari tindakan mental atau fisik yang terjadi atau penggunaan perencanaan yang salah dalam mencapai suatu dampak atau keluaran. Kesalahan merupakan suatu fenomena kognitif karena mencerminkan tindakan manusia akibat dari aktivitas kognitif. Near miss dapat didefinisikan sebagai peristiwa, situasi atau kejadian yang dapat tetapi belum terjadi yang menyebabkan konsekuensi yang merugikan pasien. Kejadian near miss merupakan potensi menjadi suatu faktor yang dapat menjadi tindakan kesalahan atau membahayakan apabila tidak ada perubahan dalam meminimalkan kejadiannya. (Institute of Medicine, 2004).

4. Faktor Interaksi Antara Sistem Dan Manusia

Yang termasuk dalam faktor ini meliputi perlengkapan atau peralatan medis, lokasi atau peletakan alat – alat, pengontrolan alat, pengontrolan perangkat lunak, penguasaan kertas kerja, penguasaan teknologi informasi. Kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara individu, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit yang menyebabkan rantai dalam sistem terputus (Walshe & Boaden, 2006).

Interaksi sistem dan manusia menunjuk pada tata dimana dua sistem berinteraksi atau berkomunikasi dalam ruang lingkup sistem. Perawat menggunakan perangkat medis dan peralatan secara intensif dan dengan demikian memiliki banyak pengalaman. Tetapi seringkali terdapat kesesuaian yang kurang antara desain kontrol dan tampilan perangkat dengan kemampuan serta pengetahuan dari pengguna atau perawat itu sendiri.

5. Faktor Lingkungan Fisik

Yang terkait dengan faktor lingkungan fisik meliputi pencahayaan, suara, temperatur atau suhu ruangan, susunan tata ruang, ventilasi. Pengelolaan gedung rumah sakit harus benar – benar memikirkan keselamatan baik bagi pasien maupun keselamatan staf didalamnya dengan memperhatikan syarat – syarat kesehatan lingkungan seperti yang sudah diatur di dalam Permenkes nomor 1204/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.

Keuntungan dari lingkungan fisik kerja yang sengaja dirancang untuk sifat dasar pekerjaan yang dilakukan telah dipahami dengan baik pada industri lain yang beresiko tinggi selama bertahun – tahun. Baru – baru ini, profesi pelayanan kesehatan telah mulai mengapresiasi hubungan antara lingkungan fisik (seperti desain pekerjaan, peralatan, dan rancangan fisik) dan kinerja petugas (seperti efisiensi, pengurangan kesalahan, dan kepuasan kerja). Pada garis ketiga di gambar 2.1 juga memperhitungkan pentingnya lingkungan fisik pada pelayanan kesehatan.

6. Sifat Dasar Pekerjaan

Sifat dasar pekerjaan merujuk pada karakteristik pekerjaan itu sendiri dan meliputi pula sejauh mana prosedur yang digunakan terdefinisi dengan baik, sifat alur kerja, beban pasien pada puncak dan tidak, ada atau tidak adanya kerja sama tim, kompleksitas perawatan, fungsional alat dan masa penyusutan, interupsi dan pekerjaan yang “bersaing” dan pesyaratan fisik/ kognitif untuk melakukan pekerjaan. Meskipun studi empirik terhadap dampak faktor – faktor yang berhubungan dengan pekerjaan tidak sebanyak studi pada faktor – faktor manusia, faktor ini tetap ada (Henriksen, Kerm, et al. 2008). Dengan memperhatikan literatur mengenai faktor – faktor yang berhubungan manusia, ada banyak penelitian pada dampak dari pekerjaan yang berhubungan dengan faktor – faktor yang berkaitan dengan kinerja manusia sebagian besar diambil dari pertahanan terkait operasi dan demikian pula pada industri lain yang sangat berbahaya dimana kerja keahlian manusia memainkan peran penting.

7. Karakteristik Individu

Pada gambar 2.1 (bagan tentang faktor – faktor yang berkontribusi pada insiden keselamatan pasien) terlihat bahwa karakteristik individu merupakan faktor yang berada pada barisan pertama yang memiliki dampak secara langsung pada mutu pelayanan dan meskipun mutu tersebut masih kemungkinan dipertimbangkan untuk dapat diterima atau masih di bawah standar baku. Karakteristik individu termasuk diantaranya adalah kualitas yang dibawa individu tersebut ke dalam pekerjaan seperti pengetahuan, tingkat keterampilan, pengalaman, kecerdasan, kemampuan mendeteksi, pendidikan dan pelatihan, dan bahkan sikap seperti kewaspadaan, kelelahan dan motivasi.

a. Pengetahuan

1) Pengertian Pengetahuan

Mangkuprawira (2008) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan unsur pokok bagi setiap karyawan untuk merubah perilakunya dalam mengerjakan sesuatu. Sedangkan menurut pendekatan konstruktivitas, pengetahuan bukanlah fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari, melainkan sebagai konstruksi kognitif seseorang terhadap objek, pengalaman maupun lingkungannya.

2) Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

- a) Pengalaman yang dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain (Notoatmodjo, 2007).
- b) Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikan lebih rendah (Notoatmodjo, 2007).
- c) Keyakinan bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif (Notoatmodjo, 2007).
- d) Fasilitas yang berfungsi sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang misalnya, radio, televisi, majalah, koran dan buku (Notoatmodjo, 2007).
- e) Bila penghasilan seseorang cukup besar maka mampu untuk menyediakan atau membeli berbagai fasilitas yang berfungsi sebagai sumber informasi (Notoatmodjo, 2007).

- f) Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu (Notoatmodjo, 2007).
- g) Umur mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah umur akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik (Djaali, 2007).
- h) Status perkawinan berpengaruh terhadap perilaku karyawan dalam kehidupan organisasinya, baik secara positif maupun negatif (Siagian, 2006).
- i) Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu (Notoatmodjo, 2007).
- j) Penelitian yang dilakukan Riyadi & Kusnanto (2007) menemukan bahwa tidak ada hubungan antara status kepegawaian dengan motivasi perawat.
- k) Tidak ada perbedaan yang jelas antara jenis kelamin laki – laki dan perempuan dalam meningkatkan pengetahuan walaupun kemampuan analisa laki – laki lebih baik dibandingkan perempuan (Robbins, 2001).

3) Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif memiliki 6 tingkatan (Djaali, 2007; Lorio, 2005; Notoatmodjo, 2007). Tingkatan pengetahuan tersebut sebagai berikut :

- a) Tahu (*know*)

Diartikan sebagai mengingat sebuah materi yang telah dipelajari sebelumnya. Mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima merupakan kondisi yang termasuk dalam pengetahuan tingkat ini. Menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan merupakan kata kerja yang digunakan untuk mengukur tingkatan tahu yang dimiliki seseorang.

b) Memahami (*comprehension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c) Aplikasi (*application*)

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi juga dapat diartikan sebagai penggunaan metode atau prinsip. Dapat menggunakan prinsip pemecahan masalah merupakan salah satu contoh pengukuran tingkat tahu pada tingkat aplikasi.

d) Analisis (*analysis*)

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen – komponen yang berada dalam satu struktur organisasi serta masih ada kaitannya satu sama lain. Menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan dan mengelompokkan

merupakan kata kerja yang dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan pada tingkat analisis.

e) Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian dalam bentuk keseluruhan yang baru atau menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada merupakan penjelasan mengenai sintesis. Menyusun, merencanakan, meringkaskan, dan menyesuaikan terhadap teori yang telah ada merupakan kata kerja yang dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan pada tingkat sintesis.

f) Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada. Menanggapi, membandingkan, dan menafsirkan merupakan kata kerja yang dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan pada tingkat evaluasi.

b. Motivasi

1) Pengertian Motivasi

Maslow dalam Siagian, SP (2003:287) percaya bahwa tingkah laku manusia dibangkitkan dan diarahkan oleh kebutuhan – kebutuhan tertentu seperti kebutuhan fisiologis, rasa aman, rasa cinta, penghargaan, dan aktualisasi diri, mengetahui dan mengerti, dan kebutuhan estetik. Kebutuhan – kebutuhan inilah menurut Maslow yang mampu memotivasi tingkah laku individu.

Dalam uraian tersebut di atas terkandung maksud bahwa motivasi adalah dorongan atau kekuatan yang berasal dari dalam atau luar individu yang mempengaruhi individu untuk bertindak, berbuat atau bertingkah laku untuk mencapai tujuan. Tujuan yang dimaksud adalah bekerja.

2) Macam – macam Motivasi

a) Motivasi primer

Dilatar belakang oleh kejadian organ tubuh manusia (Alex Sobur, 2003;294). Termasuk dalam golongan ini adalah haus, lapar, istirahat, bernafas. Motivasi primer bersifat tidak dipelajari, dan tidak ada pengalaman yang mendahuluinya. Misalnya anak yang baru saja dilahirkan, dia merasa haus kemudian menangis. Keadaan haus itu sebelumnya belum pernah dipelajari dan tidak ada pengalaman bagi bayi. Sehingga hal tersebut membuat bayi menangis.

b) Motivasi sekunder

Bersifat tergantung pada pengalaman seseorang dan tidak tergantung pada proses fisiologis tubuh manusia. Misalnya motivasi takut (Alex Sobur, 2003:295). Bayi yang baru saja dilahirkan tidak memiliki pengalaman apapun. Makin bertambah usia seseorang, makin bertambah pula hal – hal yang dipelajari, berarti makin banyak dia mempunyai motivasi sekunder.

c) Motivasi intrinsik

Motif – motif yang menjadi aktif atau berfungsinya tidak perlu dirangsang dari luar, karena dalam setiap individu sudah ada dorongan untuk melakukan sesuatu (Syaiful Bahri

Djamarah, 2002:115). Tujuannya adalah karyawan dalam hal ini perawat termotivasi sendiri untuk bekerja lebih giat.

d) Motivasi Ekstrinsik

Motif – motif yang aktif dan berfungsi karena adanya perangsang dari luar (Syaiful Bhari Djumarah, 2002:117).

3) Unsur Penggerak Motivasi

1) Kinerja (*Performance*)

Seseorang yang memiliki keinginan untuk berkinerja sebagai suatu kebutuhan atau *needs* dapat mendorongnya untuk mencapai sasaran.

2) Penghargaan (*Recognition*)

Penghargaan atau pengakuan atas suatu kinerja yang relatif dicapai seseorang akan merupakan perangsang yang kuat. Pengakuan atas suatu kinerja, akan memberikan kepuasan batin yang lebih tinggi daripada penghargaan dalam bentuk materi atau hadiah. Penghargaan atau pengakuan dalam bentuk piagam penghargaan atau medali, dapat menjadikan perangsang yang lebih kuat dibandingkan dengan hadiah berupa barang, bonus atau uang.

3) Tantangan (*Challenge*)

Adanya tantangan yang dihadapi merupakan perangsang kuat bagi manusia untuk mengatasinya. Suatu sasaran yang tidak menantang atau dengan mudah dapat dicapai biasanya tidak mampu menjadi perangsang. Bahkan cenderung menjadi kegiatan rutin. Tantangan demi tantangan biasanya akan menumbuhkan kegairahan untuk mengatasinya.

4) Tanggung jawab (*Responsibility*)

Adanya rasa takut memiliki akan menimbulkan motivasi untuk turut merasa tanggung jawab. Dalam hal ini peningkatan mutu terpadu, berhasil memberikan tekanan pada tenaga kerja, bahkan setiap tenaga kerja dalam tahapan proses produksi sebagai mata rantai dalam suatu sistem akan sangat ditentukan oleh tanggung jawab subsistem (mata rantai) dalam proses produksi.

5) Pengembangan (*Development*)

Pengembangan kemampuan seseorang baik dari pengalaman kerja atau kesempatan untuk maju, dapat merupakan perangsang kuat bagi tenaga kerja untuk bekerja lebih giat atau lebih bergairah. Apalagi jika pengembangan perusahaan selalu dikaitkan dengan kinerja atau produktivitas tenaga kerja.

6) Keterlibatan (*Involvement*)

Rasa ikut terlibat dalam suatu proses pengambilan keputusan atau bentuknya, dapat pula “kotak saran” dari tenaga kerja, yang dijadikan masukan untuk manajemen perusahaan, merupakan perangsang yang cukup kuat untuk tenaga kerja. Rasa terlibat akan menumbuhkan rasa ikut bertanggung jawab, rasa dihargai yang merupakan “tantangan” yang harus dijawab, melalui peran serta berkinerja untuk pengembangan usaha dan pengembangan pribadi.

Adanya rasa keterlibatan bukan saja menciptakan rasa memiliki (*sense of belonging*) dan rasa tanggung jawab (*sense of responsibility*) tetapi juga menimbulkan mawas diri untuk bekerja lebih baik dan menghasilkan produk yang lebih bermutu.

7) Kesempatan (*Opportunity*)

Kesempatan untuk maju dalam jenjang karier yang terbuka, dari tingkat bawah sampai tingkat manajemen puncak merupakan perangsang yang cukup kuat bagi tenaga kerja. Bekerja tanpa harapan atau kesempatan untuk meraih kemajuan atau perbaikan nasib tidak akan merupakan perangsang untuk berkinerja atau bekerja produktif. Motivasi moral atau gairah bekerja seseorang akan meningkat, jika kepada mereka diberikan kepercayaan dan kesempatan untuk membuktikan kemampuannya (Hasibun, 2002:149).

c. Tingkat Keterampilan

Menurut Bambang Wahyudi (2002 : 33) keterampilan adalah kecakapan atau keahlian untuk melakukan suatu pekerjaan hanya diperoleh dalam praktek. Keterampilan kerja ini dapat dikelompokkan tiga kategori, yaitu sebagai berikut :

- 1) Keterampilan mental, seperti analisa, membuat keputusan, menghitung, menghafal
- 2) Keterampilan fisik, seperti keterampilan yang berhubungan dengan pekerjaannya sendiri
- 3) Keterampilan sosial, yaitu seperti dapat mempengaruhi orang lain, berpidato, menawarkan barang, dan lain – lain.

d. Pengalaman

Menurut Syukur (2001: 74) pengalaman kerja adalah lamanya seseorang melaksanakan frekuensi dan jenis tugas sesuai dengan kemampuannya. Menurut Foster (2001: 43) indikator pengalaman kerja yaitu :

- 1) Lama waktu / masa kerja
- 2) Tingkat pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki
- 3) Penguasaan terhadap pekerjaan dan peralatan

e. Kecerdasan

Menurut John. W. Santrock (2010) kecerdasan adalah keahlian memecahkan masalah dan kemampuan untuk beradaptasi pada pengalaman hidup serta belajar dari pengalaman hidup sehari – hari. Macam – macam kecerdasan itu sendiri antara lain :

- 1) Kecerdasan Emosional (*Emotional Quotient/EQ*)
- 2) Kecerdasan Intelektual (*Intelligence Quotient/IQ*)
- 3) Kecerdasan Spiritual (*Spiritual Quotient/SQ*)

f. Kemampuan Mendeteksi

Menurut ICN (2002) seorang perawat harus menginformasikan potensial resiko terhadap pasien dan keluarga serta mengambilkan peran aktif dalam mengakaji keselamatan dan mutu perawatan. Artinya seorang perawat mempunyai kemampuan mendeteksi resiko apa saja yang akan terjadi kepada pasien apabila mendapatkan asuhan keperawatan yang tidak sesuai dan peran seorang perawat dalam menjaga keselamatan dan mutu perawatan di rumah sakit.

g. Pendidikan / Pelatihan

Pendidikan	Pelatihan
Proses memperoleh pengetahuan atau informasi	Proses mengembangkan keterampilan untuk suatu pekerjaan atau tugas tertentu
Menekankan pada mengetahui	Menekankan pada melakukan
Menekankan pencapaian dengan membandingkan tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh orang lain	Menekankan pencapaian pada tingkat keterampilan tertentu yang bisa dilakukan
Menekankan pada cara pandang sistem terbuka, bahwa ada banyak	Menekankan pada cara pandang sistem tertutup, bahwa ada cara

<p>cara yang bisa digunakan untuk mencapai suatu tujuan, berpikir kreatif dan kritis sangat dianjurkan</p>	<p>khusus yang benar atau salah dalam menunjukkan suatu keterampilan</p>
<p>Menekankan pada mengetahui informasi yang tidak harus berhubungan secara langsung dengan pekerjaan atau karir tertentu</p>	<p>Menekankan pada tingkat kinerja pada suatu pekerjaan tertentu</p>
<p>Menekankan pada pendekatan terbuka dalam mencapai suatu tujuan, setiap tahap dalam prosesnya tidak ditentukan</p>	<p>Menekankan pada suatu urutan yang komperhensif dalam menampilkan suatu keterampilan yang diperlukan untuk menunjukkan suatu perilaku tertentu dan setiap langkah dalam prosesnya ditentukan</p>

h. Sikap

Menurut Newcomb dalam Notoatmodjo (2003), sikap merupakan kesiapan atau ketersediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi adalah merupakan “pre-disposisi” tindakan atau perilaku. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi tersebut. Beberapa tingkatan sikap, antara lain :

- 1) Menerima (*Receiving*)
- 2) Merespon (*Responding*)
- 3) Menghargai (*Valuting*)
- 4) Bertanggung jawab (*Responsile*)

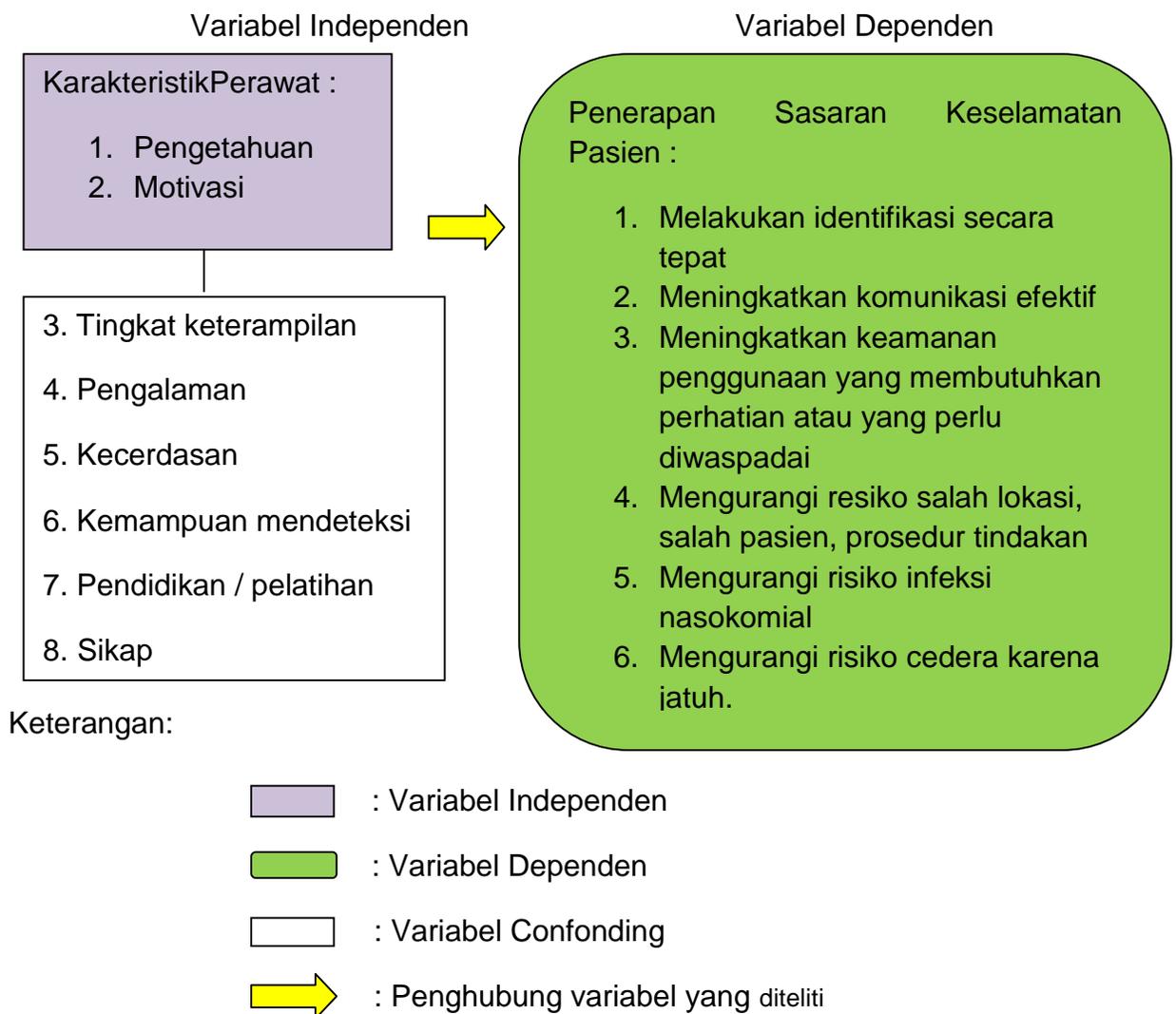
BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

Kerangka konsep dari penelitian ini dimana variabel independen adalah karakteristik perawat pelaksana sedangkan variabel dependennya adalah penerapan sasaran keselamatan pasien.

Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada bagian kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan karakteristik perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien

B. Hipotesis Penelitian

Ada hubungan karakteristik (pengetahuan dan motivasi) perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di rumah sakit Stella Maris Makassar.

C. Defenisi Operasional

No.	Variabel	Defenisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1.	Independen : a. Pengetahuan	a. Pengetahuan : segala sesuatu yang yang diketahui dan dipahami perawat pelaksana tentang sasaran keselamatan pasien	Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien	1. Kuisisioner A dengan jumlah 25 pernyataan untuk pengetahuan dengan menggunakan pilihan jawaban Salah, Benar	Ordinal	Kurang : Jika total jawaban responden (8-16) Cukup : Jika total jawaban responden (17-34) Baik: Jika jawaban responden (35-50)
	b. Motivasi	b. Motivasi : persepsi perawat pelaksana terhadap kemampuan yang mendorong diri sendiri dalam menerapkan 6 sasaran keselamatan pasien	Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien	2. Kuisisioner B dengan jumlah 12 pernyataan untuk motivasi dengan menggunakan pilihan jawaban Sesuai Sangat sesuai Tidak Sesuai, Kurang Sesuai,		Rendah : Jika total jawaban responden (0-20) Sedang : Jika total jawaban responden (21-40) Tinggi : Jika total jawaban responden

				Sangat Tidak Sesuai		(41 - 60)
2.	Dependen : Penerapan sasaran keselamatan pasien	Persepsi perawat pelaksana terhadap dirinya sendiri dalam menerapkan 6 sasaran keselamatan pasien.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketetapan identifikasi pasien 2. Peningkatan komunikasi yang efektif 3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai 4. Kepastian tepat lokasi, prosedur dan pasien operasi 5. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan 6. Pengurangan resiko pasien jatuh 	KuesionerC dengan jumlah pernyataan 44 dengan menggunakan pilihan jawaban Selalu, Sering, Kadang-kadang, Tidak Pernah	Ordinal	<p>Kurang: Jika total jawaban dari responden skornya (44 - 88)</p> <p>Cukup : Jika total jawaban dari responden skornya (89 - 132)</p> <p>Baik : Jika total jawaban dari responden skornya (132 –176)</p>

Tabel 3.1 Tabel data operasional hubungankarakteristikperawatpelaksanadenganpenerapansasaran keselamatan pasien

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik, dengan pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian yang oleh peneliti tidak melakukan intervensi (perlakuan) kepada responden akan tetapi melihat hubungan antara variabel indepen dengan variabel dependen dimana variabel indepen dan variabel dependen diukur pada saat bersamaan.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian ini direncanakan di ruang perawatan inap Rumah Sakit Stella Maris dengan pertimbangan belum pernah dilakukan penelitian tentang hubungan karakteristik perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien serta populasi yang di ambil merupakan perawat yang ada di masing –masing ruang perawatan inap rumah sakit Stella Maris Makassar tersebut dan tempat tersebut mudah dijangkau sehingga dapat menghemat biaya dan waktu penelitian.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini direncanakan pada bulan Februari 2016

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah populasi terjangkau yaitu populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan mudah dijangkau oleh peneliti. Adapun populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat di ruang perawatan inap St.Yosep 18 perawat , Bernadeth 1 17 perawat , Bernadeth 2 19 perawat, Bernadeth 3A 16 perawat dan Bernadeth 3B 18 perawat jadi jumlah populasi adalah 78 perawat di ruang perawatan inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Sampel

Pada penelitian ini, sampel diambil dari populasi perawat di ruang perawatan inap Rumah Sakit Stella Maris. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Probability Sampling* dengan pendekatan *Symple Random Sampling*. Jumlah sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus besar sampel Issac dan Michael. Rumus besar sampel Issac dan Michael digunakan untuk mewakili populasi yang dapat dihitung jumlahnya, agar keseluruhan lapisan populasi terwakili. Sehingga peneliti ini dapat memberikan gambaran tentang populasi yang sesungguhnya. Rumus besar sampel menurut Issac dan Michael (Sugiyono,2012) yaitu

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

n = perkiraan jumlah sampel

N = perkiraan besar populasi

z = nilai standar normal untuk (1,96)

p = perkiraan proporsi (0,5)

q = 1 - p (0,5)

d = taraf signifikansi yg dipilih (5% = 0,05)

Sehingga besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah, jika N dalam populasi diketahui sebanyak 78 perawat pelaksana, maka :

$$n = \frac{78 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times (1-0,5)}{(0,05)^2 \times (78-1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times (1-0,5)}$$

$$n = \frac{74,9112}{1,1529} = 63, 59 / 64$$

$$n = 64$$

$$n \text{ total} = n + (10\%n)$$

$$= 64 + 6,4$$

$$= 70,4 = 70 \text{ sampel}$$

Penambahan jumlah 10% sampel untuk mengantisipasi adanya kerusakan kuesioner ataupun pengisian data yang tidak lengkap dari responden. Maka jumlah total sampel yang dibutuhkan pada penelitian ini adalah 70 responden dari S. Yoseph 15 perawat, Bernadeth 1 14 perawat, Bernadet 2 17 perawat B3a 14 perawat dan B3b 14 perawat.

Pada pengambilan sampel ini yang memenuhi kriteria yaitu :

1. Kriteria Inklusi

Perawat pelaksana di ruang perawatan inap yang telah terpapar dengan penerapan sasaran keselamatan pasien yang telah ditentukan dan berada di tempat saat penelitian dan bersedia menjadi responden

2. Kriteria Eksklusi

Kepala ruangan, perawat magang, mahasiswa praktek yang berada di tempat saat penelitian dan perawat yang cuti

D. Instrumen Penelitian

- a. Kuisisioner A yang di buat oleh peneliti yang terdiri dari 25 pernyataan yang dibuat oleh peneliti dengan pilihan jawaban “Benar” dan “Salah” , dengan kategori “Baik” jika total nilai jawaban responden (35-50), “Cukup” jika total nilai jawaban responden (17-34), dan “Kurang” jika total nilai jawaban responden (8-16).
- b. Kuesioner B yang dibuat oleh peneliti yang terdiri dari 12 pernyataan tentang motivasi dengan pilihan jawaban “Sangat Sesuai”, “Sesuai”, “Kurang Sesuai”, “Tidak Sesuai”, “Sangat Tidak Sesuai”, dan dengan kategori “Tinggi” jika total nilai jawaban responden (41-60), “Sedang” jika total nilai jawaban responden (21-40), dan “Rendah” jika total jawaban responden (0-21) .
- c. Kuisisioner C yang diambil dari penelitian yang terdiri dari 44 pernyataan tentang variabel dependen yaitu penerapan sasaran keselamatan pasien dengan pilihan jawaban “Selalu”, “Sering”, “Kadang-kadang”, “Tidak Pernah”, dengan kategori “Baik” jika total nilai jawaban responden (133-176), “Cukup” jika total nilai jawaban responden (89-132), dan “Kurang” jika total nilai jawaban responden dan telah dilakukan dan telah dilakukan uji validitas

dimana nilai r tabel untuk jumlah responden 77 (df=75) pada tingkat kemaknaan 5% adalah 0,232 sehingga disimpulkan berdasarkan uji validitas tersebut maka kuisisioner tersebut valid dan uji reliabilitas dilakukan dengan membandingkan Alpha Cronbach's dengan r tabel dan hasil yang didapatkan nilai r alpha sebesar 0,8634 berdasarkan nilai r tersebut maka kuisisioner tersebut reliabel.

E. Pengumpulan Data

Sebelum penelitian dilaksanakan, peneliti meminta surat izin dari pihak institusi Rumah Sakit Stella Maris Makassar untuk mengadakan penelitian di institusi tersebut. Setelah mendapat persetujuan dari institusi 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 jawaban penelitian dan manfaat peneliti. Bila subjek menolak, maka peneliti tidak akan melaksanakan dan menghormati hak-haknya.

2. Anonimity (tanpa nama)

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

3. Confidentiality

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam bentuk file dan hanya diakses oleh peneliti dan pembimbing, data ini akan dihilangkan pada akhir penelitian.

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

berupa data primer yaitu data yang diambil secara langsung oleh peneliti dari institusi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

F. PengolahandanPenyajian Data

Kuesioner dikumpulkan dari responden, kemudian dilakukan tahap pengolahan data sehingga menjadi informasi yang akurat. Dengan menggunakan prosedur sebagai berikut :

1. Pengolahan data

a. *Editing Data*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan menurut Aziz Alimul Hidayat (2009). Editing dilakukan untuk memeriksa ulang jumlah dan meneliti kelengkapan data diantaranya kelengkapan ketentuan identitas pengisi dan kelengkapan lembar kuesioner apakah setiap pertanyaan sudah dijawab dengan benar sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi dengan segera oleh peneliti.

b. *Coding Data*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numeric (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori menurut Aziz Alimul Hidayat (2009). Kegunaan dari pemberian kode ini adalah agar lebih mudah dalam memasukkan data dan mengolah data. Variabel-variabel yang diberikan kode antara lain variabel karakteristik perawat pelaksana dengan penerapan sasaran penelitian

c. *Processing Data*

Processing data adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam master tabel atau *data base* komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga

dengan membuat tabel kontingensi (Aziz Alimul Hidayat, 2009). Tujuan dilakukan *processing* adalah agar data yang sudah di *entry* dapat dianalisis secara statistik.

d. *Cleaning Data*

Cleaning atau pembersihan data yaitu kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* ke computer untuk melihat apakah ada kesalahan atau tidak. Tujuan dilakukan *cleaning* adalah mengetahui adanya *missing* variabel dan konsistensi data.

2. Penyajian Data

Penyajian data hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel

G. Analisa Data

1. Analisis Univariat

Dilakukan terhadap variabel penelitian untuk melihat distribusi frekuensi dan presentasi dari tiap-tiap variabel.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan pengetahuan perawat pelaksana (variabel independen) dengan penerapan sasaran keselamatan pasien (variabel dependen) dan analisis bivariat juga dilakukan untuk melihat hubungan motivasi perawat pelaksana (variabel independen) dengan penerapan sasaran keselamatan pasien (variabel dependen) di rumah sakit Stella Maris Makassar dengan menggunakan uji statistic *Chi Square* dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$), jika $p > \alpha$ maka ada hubungan dan jika $p < \alpha$ maka tidak ada hubungan antara karakteristik perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di ruangan inap Bernadeth 1,2,3A,3B dan St.Yoseph Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang dilaksanakan pada tanggal 05 Maret sampai dengan tanggal 17 Maret 2016. Pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *Probability Sampling* dengan pendekatan *Symple Random Sampling*. Jumlah 64 responden. Analisis data menggunakan uji *Chi Square*. Adapun ketentuan terhadap penerimaan dan penolakan apabila $p < (0,05)$, maka H_a diterima dan H_o ditolak.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Stella Maris Makassar merupakan salah satu rumah sakit swasta katolik di Kota Makassar. Rumah Sakit ini didirikan pada tanggal 8 desember 1939, dan diresmikan pada tanggal 22 september 1939 dan kegiatan dimulai pada tanggal 7 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 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 Rajawali mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut kedalam suatu rencana untuk membangun sebuah rumah sakit khatolik 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 mengacu pada misi tarekat dan Yayasan Ratna Miriam sebagai pemilik Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Adapun 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 yang adil dan merata

- d) Pelayan kesehatan dengan standar peralatan kedokteran yang mutakhir dan komprehensif
- e) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya

3. Penyajian Karakteristik Responden

a. Berdasarkan Kelompok Umur

Tabel 5.1
Karakteristik responden berdasarkan rata-rata kelompok umur dan lama kerja (n=64)

Karakteristik	Mean	Median	Std.Deviation	Min-Mak
Umur	28.52	26.00	5.869	22-46
Lama Kerja	6.06	3.50	6.208	1-25

Sumber : Data Primer 2016

Tabel 5.1 menunjukkan rata-rata usia perawat di rumah sakit Stella Maris Makassar yaitu umur 28 tahun dan rata-rata lama kerja perawat yaitu 6 tahun.

b. Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.2
Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan di rumah sakit Stella Maris Makassar (n=64)

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
DIII Keperawatan	50	78.1
S1 Keperawatan	14	28.9

Sumber ; Data Primer 2016

Tabel 5.2 menunjukkan tingkat pendidikan terbanyak yaitu DIII keperawatan dengan jumlah 50 (78,1%) responden sedangkan S1 keperawatan hanya berjumlah 14 (28.9%).

c. Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.3
Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin
di rumah sakit Stella Maris Makassar (n=64)

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	3	4.7
Perempuan	61	95.3

Sumber ; Data Primer 2016

Dari tabel 5.3 menunjukkan responden yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak yaitu 61 (95,3 %) responden daripada laki-laki yang berjumlahnya 3 (4,7) responden.

4. Penyajian Hasil Yang Diukur

a. Analisis Univariat

1) Analisis univariat pengetahuan tentang keselamatan pasien

Tabel 5.4
Distribusi frekuensi responden berdasarkan pengetahuan tentang
keselamatan pasien di rumah sakit Stella Maris Makassar (n=64)

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	21	32.8
Cukup	43	67.2

Sumber : Data primer 2016

Tabel 5.4 diatas menyajikan data pengetahuan cukup sebanyak 43 (67.2%) responden dan pengetahuan baik sebanyak 21 (32.8%) responden.

2) Analisis Univariat Motivasi Perawat Dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien

Tabel 5.5
Distribusi frekuensi responden terhadap motivasi dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Stella Maris Makassar (n=64)

Motivasi	Frekuensi	Persentase (%)
Tinggi	20	31.3
Sedang	44	68.8

Sumber : Data Primer 2016

Tabel 5.1 diatas menunjukkan motivasi perawat yang sedang sebanyak 44 (68.8%) responden dan motivasi tinggi sebanyak 20 (31.3%) responden.

3) Analisis univariat penerapan sasaran keselamatan pasien

Tabel 5.6
Distribusi frekuensi responden perawat terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Stella Maris Makassar (n=64)

Penerapan sasaran keselamatan pasien	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	34	53.1
Cukup	30	46.9

Sumber : Data Primer 2016

Tabel 5.6 menunjukkan jumlah responden dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan baik sebanyak 34 (53.1%) responden dan cukup sebanyak 30 (46.9%) responden hal tersebut menunjukkan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Stella Maris telah dilaksanakan dengan baik.

b. Analisis Bivariat

- 1) Hubungan pengetahuan keselamatan pasien dengan penerapan sasaran keselamatan pasien

Tabel 5.7
Hubungan pengetahuan keselamatan pasien dengan penerapan sasaran keselamatan pasien (n=64)

Pengetahuan	Penerapan sasaran keselamatan pasien						P*
	Cukup		Baik		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Cukup	16	37.2	27	62.8	43	43.0	0.051
Baik	14	66.7	7	33.3	21	21.0	

Uji *Chi Square* (continuity correction $p=0.051$)

Tabel 5.8 menunjukkan responden dengan pengetahuan cukup 16 responden dapat menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan cukup 16 dan baik 27 responden sedangkan responden dengan pengetahuan yang baik yaitu 14 responden dapat melakukan penerapan sasaran keselamatan pasien dengan cukup 14 dan baik 7 responden. Dari hasil analisis *Chi-square* dengan tingkat kemaknaan =0.05 diperoleh nilai $p=0.051$ maka hipotesis nol (H_0) diterima dan H_a ditolak artinya tidak ada hubungan pengetahuan tentang keselamatan pasien dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di rumah sakit Stella Maris Makassar.

2) Hubungan Motivasi Perawat Pelaksana Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien

Tabel 5.8
Hubungan motivasi perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Stella Maris Makassar (n=64)

Motivasi	Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien						P*
	Cukup		Baik		Total		
	n	%	n	%	N	%	
Sedang	17	38.6	27	61.4	44	44.0	0.091
Tinggi	13	65.0	7	35.0	20	20.0	

Uji *Chi Square* (continuity correction $p=0.091$)

Dari tabel di atas menunjukkan responden yang memiliki motivasi sedang yaitu 17 responden dapat menerapkan sasaran keselamatan pasien cukup 17 dan baik 27 responden sedangkan responden dengan motivasi tinggi sebanyak 13 responden dapat menerapkan sasaran keselamatan pasien cukup 13 dan baik 7 responden. Dari hasil analisis *Chi –square* dengan nilai kemaknaan $\alpha=0.05$ diperoleh nilai $p=0.091$, hal ini menunjukkan nilai $p > \alpha$, maka hipotesis nol (H_0) diterima dan H_a ditolak artinya tidak ada hubungan motivasi perawat dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di rumah sakit Stella Maris Makassar.

B. Pembahasan

1. Hubungan pengetahuan perawat terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien

Berdasarkan hasil penelitian analisis hubungan pengetahuan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien yang dilaksanakan di rumah sakit Stella Maris Makassar dengan menggunakan uji *Chi Square* di diperoleh hasil $p=0.051$ ($p>0.05$), hal ini menunjukkan tidak ada hubungan pengetahuan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien. Dari tabel 5.7 didapatkan hasil perawat dengan pengetahuan cukup tetapi penerapan sasaran keselamatan pasien dengan baik sebanyak 27 orang (62,8%) dan perawat dengan pengetahuan baik tetapi penerapan sasaran keselamatan pasien cukup baik sebanyak 14 orang (66,7%). Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan tidak selalu berpengaruh signifikan terhadap sesuatu, khususnya dalam hal ini penerapan sasaran keselamatan pasien. Hasil ini menunjukkan kemiripan dengan penelitian Novianti R. (2009) yang berjudul hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien dengan kepatuhan pelaksanaan pemberian obat injeksi di rumah sakit Islam Surakarta juga mendapatkan kesimpulan : bahwa tingkat pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepatuhan pelaksanaan prinsip pemberian obat injeksi.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Aryani (2009) yang berjudul analisis pengetahuan dan motivasi perawat yang mempengaruhi sikap mendukung program *patient safety* di Instalasi perawatan RSUD DR Moewardi Surakarta yang menyatakan ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan

sikap yang mendukung penerapan program *patient safety*. Awaliya (2012) mendapatkan hasil yang sama yang menyatakan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kinerja perawat dalam melaksanakan *patient safety* di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. Berdasarkan hasil ini dapat dijelaskan bahwa semakin tinggi pengetahuan perawat tentang program keselamatan pasien, diharapkan semakin tinggi pula perawat dalam memahami pentingnya pelaksanaan program keselamatan pasien yang diberikan kepada pasien yang selanjutnya akan terwujud pelaksanaan tindakan maka akan semakin tinggi juga penerapannya.

Menurut asumsi peneliti, pengetahuan merupakan hal yang sangat penting dan harus dimiliki oleh setiap perawat. Berdasarkan hasil penelitian dimana diperoleh hasil dimana perawat yang memiliki pengetahuan yang baik tentang keselamatan pasien akan tetapi perawat tersebut menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan cukup, sedangkan perawat yang memiliki pengetahuan cukup tetapi melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien dengan baik. Hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana di rumah sakit Stella Maris Makassar memiliki pengetahuan yang baik tentang keselamatan pasien tetapi mereka melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien masih cukup baik, penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Muthmainah (2014) yang berjudul “Hubungan pengetahuan, motivasi dan supervisi dengan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan program keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSUD Haji Makassar tahun 2014” yang menyatakan hasil yang kontradiktif karena perawat pelaksana di RSUD Haji Makassar

memiliki pengetahuan yang cukup tentang penerapan sasaran keselamatan pasien yaitu 91,9% sedangkan perawat yang melaksanakan menerapkan dengan baik 35,1%. Menurut peneliti banyak faktor yang mempengaruhi seperti halnya tingkat pendidikan perawat di rumah sakit Stella Maris Makasar yang kebanyakan lulusan DIII sebanyak 50 orang, juga di pengaruhi karena pengalaman yang masih kurang dalam penerapan sasaran keselamatan pasien, kurangnya keterampilan karena tidak mengikuti pelatihan-pelatihan tentang keselamatan pasien, seperti yang teori Notoatmodjo (2007) yang mengatakan faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang ada 3 yaitu : tingkat pendidikan, pengalaman dan usia dan juga pendapat Gibson (2007) bahwa faktor langsung yang mempengaruhi penerapan sasaran keselamatan pasien yaitu kemampuan perawat dimana kemampuan itu berasal dari pengetahuan dan didukung dengan keterampilan, dimana keterampilan dapat diperoleh dari pelatihan – pelatihan. Mangkunegara (2003), pelatihan adalah proses mengajarkan kepada perawat untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan teknis tentang keterampilan dasar yang dibutuhkan untuk menerapkan sasaran keselamatan pasien untuk menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dirumah sakit.

2. Hubungan motivasi perawat terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien

Berdasarkan hasil analisis hubungan motivasi perawat dengan penerapan sasaran keselamatan pasien yang dilaksanakan di rumah sakit Stella Maris Makassar dengan menggunakan uji *Chi Square* di peroleh hasil $p=0,091$ ($p>0,05$), hal ini menunjukkan tidak ada hubungan motivasi dengan penerapan sasaran

keselamatan pasien. Dari tabel 5.8 didapatkan hasil perawat dengan motivasi sedang tetapi dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dengan baik tetapi dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dengan cukup dan perawat dengan motivasi sedang dapat melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien dengan baik . Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Muthmainah (2014) yang menyatakan bahwa motivasi tidak berkontribusi terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUD Haji Makassar. Begitu juga penelitian yang dilakukan oleh Hadi (2013) bahwa tidak ada hubungan antara motivasi dengan kinerja perawat, dan Lupiah (2009) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara faktor - faktor motivasi dengan kinerja perawat.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Badi'ah (2008) yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara faktor motivasi internal dan eksternal dengan kinerja perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati Bantul dan penelitian Awalia (2012) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi dengan kinerja perawat di RSUP Dr.Wahidin SudiroHusodo. Hal ini dapat diartikan bahwa seseorang yang memiliki motivasi tinggi maka kinerja perawat dalam mendukung penerapan keselamatan pasien akan semakin tinggi pula, pada motivasi rendah akan menghasilkan kinerja perawat dalam mendukung penerapan program keselamatan pasien rendah, karena motivasi mempunyai arti mendasar sebagai inisiatif penggerak perilaku seseorang atau sebagai kekuatan (energi) seseorang yang dapat menimbulkan tingkat persistensi dan entusiasmenya dalam melaksanakan suatu kegiatan, baik

yang bersumber dari dalam diri individu itu sendiri (motivasi intrinsik) maupun dari luar individu (motivasi ekstrinsik). Sudrajat (2008).

Menurut asumsi peneliti, motivasi merupakan kemauan yang kuat untuk berusaha ketingkat yang lebih tinggi atau lebih baik untuk mencapai tujuan tanpa mengabaikan kemampuan untuk memperoleh kepuasan dalam pemenuhan kebutuhan pribadi. Motivasi juga merupakan energi yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu adalah berfokus pada tiga kebutuhan dasar yaitu kebutuhan akan prestasi, kebutuhan akan afiliasi atau ikatan untuk berhubungan antarpribadi yang ramah dan karib serta kebutuhan akan kekuasaan yang mendorong seseorang untuk menguasai atau mendominasi orang lain.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh perawat pelaksana yang memiliki motivasi tinggi tetapi menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan cukup hal ini bisa dipengaruhi karena kurangnya sedangkan perawat pelaksana yang memiliki motivasi sedang tetapi menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan baik yaitu, hal ini sejalan dengan penelitian Saptorini (2010) yang menyatakan bahwa motivasi perawat pelaksana terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien di RSO Prof. Dr. R Soeharso Surakarta sebagian besar rendah tapi pelaksanaan penerapan sasaran keselamatan pasien tinggi, hal ini disebabkan karena tuntutan rumah sakit yang mengharuskan semua perawat untuk mensukseskan program penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit, seperti yang dikatakan oleh Siagian (2010) bahwa motivasi merupakan daya dorong bagi seseorang untuk memberikan kontribusi yang sebesar mungkin demi keberhasilan

organisasi mencapai tujuannya. Selain itu hal lain yang dapat mempengaruhi perawat dengan motivasi tinggi tapi menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan cukup baik yaitu ketidakpuasan akan hasil kerja, lingkungan kerja yang tidak nyaman, gaji yang kurang, prasarana yang kurang memadai, serta kurangnya komunikasi dengan perawat yang lain serta tidak adanya penghargaan dari atasan, seperti teori Herzberg's yang menyatakan bahwa kepuasan dan ketidakpuasan seseorang dipengaruhi oleh dua factor yaitu Hygine Factor (Faktor Ekstrinsik) yang meliputi gaji, kondisi kerja, kebijakan dan administrasi perusahaan, hubungan antar pribadi dan kualitas supervisi. Sedangkan Motivation Factors (Faktor Intrinsik) meliputi kebutuhan psikologis seseorang yaitu perasaan sempurna dalam melakukan pekerjaan. Faktor motivasi ini berhubungan dengan penghargaan terhadap pribadi yang secara langsung berkaitan dengan pekerjaannya dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien dirumah sakit. Selain itu dapat juga dipengaruhi karena masa kerja seperti hasil penelitian yang dilakukan Merina (2014) mengatakan bahwa faktor yang dapat mempengaruhi motivasi seorang perawat adalah masa kerja perawat di sebuah rumah sakit.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada tanggal 5 Maret – 17 Maret 2016 di rumah sakit Stella Maris Makassar dapat disimpulkan bahwa:

1. Tidak hubungan pengetahuan perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Stella Maris Makassar
2. Tidak ada hubungan motivasi perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Stella Maris Makassar

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian diatas, maka peneliti dapat memberikan saran-saran sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Rumah sakit
Mengadakan pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien serta meningkatkan motivasi perawat dalam penerapan sasaran keselamatan pasien
2. Bagi Perawat
Meningkatkan pengetahuan tentang keselamatan pasien dengan rajin mengikuti berbagai macam pelatihan, seminar dan sebagainya ,juga meningkatkan motivasi dalam melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien
3. Bagi Peneliti
Bagi peneliti selanjutnya agar dapat meneliti karakteristik lainnya yang dapat mempengaruhi perawat dalam melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien..

DAFTAR PUSTAKA

Agung Cahyono. (2015). *Hubungan karakteristik dan tingkat pengetahuan perawat terhadap pengelolaan keselamatan pasien di rumah sakit*. Volume 3 No.2 September – Desember 2015. Jurnal ilmiah Widya

AHRQ.(2003). Publication No. 07-E005. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Maret:151. www.ahrq.gov. diperoleh 8 Februari 2011

Anggriani, B., Mulyadi.,Hendro. B., (2014).*Hubungan pengetahuan perawat dengan penerapan Identify Patient Correclly di RSUP Raratotok Buyat Kabupaten Minahasa Tenggara*. FK UNSRAT

Anugrahini, C. (2010). *Hubungan factor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman pasien safety di RSAB Harapan Kita*. Jakarta:FIK UI.

Ariyani. 2009. *Analisis Pengetahuan Dan Motivasi Perawat yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan Program Patient Safety di Instalasi Perawatan Intensif RSUD DrMoewardi Surakarta*. Tesis. Program Pasca Sarjana. UNDIP.

Aspden, P., Corrigan, J.M., Wolcott, J., Erickson, S.M. (Ed). Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services. (2004). *Patient safety: Achieving a new standard for care*. Washington DC: The National Academies Press.

Awaliya.2012. *Hubungan Pengetahuan, motivasi dan supervise dengan kinerja perawat dalam melaksanakan patient safety di RSUP Dr. Wahidin Sudiro Husodo*.FKM Unhas.

Badiah. A. 2008. *Hubungan motivasi perawat dengan kinerja perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati Bantul tahun 2008*. Jurnal.Vol 12.

Ballard, K.A. (2003). Patient safety: A shared responsibility. *Online Journal of Issues in Nursing*.Vol.8 No.3.

Baron, R.A. & Greenberg, J. (2000).*Behaviour in organizations*. (7th ed). New Jersey: Prentice Hall.

Cahyono, B. (2008). *Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktik kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.

Choo, J.Hutchinson, A., & Bucknall, T. (2010). Nurses' role in medication safety. *Journal of Nursing Management*. Vol.18/No.5. <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&h>.

Considine, J. (2005, Maret). The role of nurses in preventing adverse events related to respiratory dysfunction: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (6), 624-633. Drosler, S.E., Klazinga, N.S., Romano, P.S., Tancredi, D.J., Gogorcena, M.A., Hewitt, M.C, et al (2009). Application of patient safety indicators internationally: A pilot study among seven countries. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol 21, no4.

Dahlan, Muh. Sapiyudin. (2014). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan: deskriptif, bivariat, dan multivariat di lengkapi aplikasi dengan SPSS edisi 6*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia

Dede Sri Mulyana.(2013). *Analisis Penyebab Insiden Keselamatan Pasien Oleh Perawat Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta*. Depok: FKM UI. DepKes.(2006). Pedoman pengembangan jenjang karir profesional perawat. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, DepKes RI.

Depkes RI. (2008). Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (patient safety). Jakarta: Depkes RI.

Dhinamita, N., M.C. IngeHartini., Agus S.,. (2013). Pengaruh motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada rumah sakit pemerintah di Semarang. Volume 1, No.2 November 2013. *Jurnal Manajemen Keperawatan*

Dineen, M. (2002). Six step to root cause analysis consequence. Oxford, ISBN 0-9544328-0-0

Djaali.(2007). Psikologi pendidikan. Jakarta: Bumi Aksara

Drosler, S.E., Klazinga, N.S., Romano, P.S., Tancredi, D.J., Gogorcena, M.A., Hewitt, M.C (2009). Application of patient safety indicators internationally: A pilot study among seven countries. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol 21. No 4.

Henriksen, K, Dayton, E., Keyes, M.A., Carayon, P., Hughes, P. (2008). Understanding adverse event : A human factors framework. Dalam Hughes R. G (Ed), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville: US Department of Health and Human Services.

Hughes, R.G. (2008). Nurses at the “sharp end” of patient care. Dalam Hughes R.G (Ed), Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville: US Department of Health and Human Services.

ICN.(2002). The ICN code of ethics for nurses.Geneva:ICN

Institute of Medicine. (2000). To err is human: Building a safer health system. Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (Ed). Washington DC: National Academy Press.

Institute of Medicine.Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC:National Academy Press.

Iswati.(2013). Penerapan sasaran keselamatanpasien di rumah sakit. Surabaya: AKPER Adi Husada

Kemendes RI., 2011, Standar Akreditasi Rumah Sakit, Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Jakarta.

Khushf, G., Raymond, J., &Beaman, C. (2008). The Institute of medicine’s report on quality and safety: Paradoxes and tension. HEC Forum 20 (1): 1-14. <http://proquest.umi.com/pqdweb>.

KKP-RS.(2007). Sembilan solusi live-saving keselamatan pasien rumah sakit. <http://www.inapatsafety-persi.or.id>.

KKP-RS.(2008). Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien. Jakarta: KKP-RS.

Lorio, C.K.D. (2005). Measurement in health behavior: Methods for research and evaluation. USA:A Wiley Imprint.

March Faedz, Irchan. (2010). Biostatistik bidang kesehatan, keperawatan, kebidanan, kedokteran.Jilid 3. Yogyakarta: Fritamaya

Merina.W. (2014).Analisa faktor – faktor yang mempengaruhi motivasi kerja perawat pelaksana di Rumah Sakit Premier Surabaya.

Mitchell, P.H. (2008). Defining patient safety and quality care. Dalam Hughes R.G (Ed), Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville: US Department of Health and Human Services.

Muthmainah. (2014). *Hubungan pengetahuan, motivasi dan supervise dengan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan program keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Makassar tahun 2014*. FKM Unhas.

National Patient Safety Agency. (2004). The full reference guide. Seven step to patient safety. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk>

National Patient Safety Agency.(2004). Seven steps to patient safety.An overview guide for NHS staff.

Nikmatul Fitri. (2007). Hubungan antara motivasi kerja dengan kinerja perawat di instalasi rawat inap rumah sakit umum daerah (RSUD) Tugurejo Semarang.Semarang : FKM UNNES.

Notoatmodjo, S. (2003). Pengembangan sumber daya manusia. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2007). Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: PT Rineka Cipta

Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 1691/MENKES/PER/VII/2011, Pengelolaan Keselamatan Pasien

Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005).Fundamentals of nursing. (6th ed). Missouri : Mosby.

PPNI.(2010). Standar profesi & kode etik perawat Indonesia. Jakarta: PP-PPNI

Reason, J. (2000). Human error: models and management. BMJ 2000; 320 : 768 – 70.

Reason, J., Carthey, J., &DeLeval, M. (2001).Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. Quality in Health Care 2001 ; 10(Suppl II):ii21-ii25.

Reid, J., &Bromiley, M. (2012). Clinical human factors: The need to speak up to improve patient safety. Nursing Standard. Vol.26/No.35.

Riyadi, S &Kusnanto, H. (2007). Motivasi Kerja Dan Karakteristik Individu Perawat Di RSUD Dr. H. Moh Anwar Sumenep Madura. Maret 10, 2010.http://lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UPPDF/working/No.18_Sujono_Riyadi_04-07_WPS.pdf

Robbins, S.P. (2001). *Organizational behaviour: Concepts, controversies, and applications*. (9th ed). New Jersey: Prentice Hall International.

Robbins, S.P. (2003). *Perilaku organisasi*. Tim Indeks (penerjemah). Jakarta: indeks.

Robbins, S. P. (2011). *Perilaku Organisasi* (12 ed.). Jakarta: Salemba empat.

Roy, V., Gupta, P., &Srivastava, S. (2005). Medication errors: cause & prevention. *Health Administrator Vol : XIX Number 1: 60-64*.

Runciman, W.B, Baker, G.S., Michel, P., Dovery, S., Lilford, R.J., Jensen, N., (2010). Tracing the foundation of a conceptual framework for a patient safety ontology. *QualSaf Health Care 2010;19*.

Sari Candra Dewi.(2011). *Hubungan fungsi manajemen kepala ruangan dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien dan perawat di IRNA I RSUP DR. Sardjito Yogyakarta*.Depok : FIK UI

Sayanto.(2011). *Metodologi dan aplikasi penelitian keperawatan*. Yogyakarta: Medical book

Siagian.(2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: BumiAksara

Siagian, S.P. (2006). *Manajemen sumber daya manusia*.Jakarta:PT Rineka Cipta

Siswanto Sastrohadiwiry (2003). *Manajemen Tenaga Kerja Indonesia*.Jakarta:Bumi Aksara

Sri Mulyatiningsih. (2013). *Determinan Perilaku Perawat Dalam Melaksanakan Keselamatan Pasien Di Rawat Inap RSAU DR. Esnawan Antariksa Jakarta*. Depok: FIK UI.

Sri Yulia. (2010). *Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien Terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana Mengenai Penerapan Keselamatan Pasien Di RS Tugu Ibu Depok*.Depok: FIK UI..

Stanton, M.W. (2004). *Hospital nurse staffing and quality of care*.Januari 24, 2010. <http://www.ahrq.gov/research/nursestaffing/nursestaff.pdf>

Syah, M. (2007).*Psikologi belajar*.Jakarta:PT Raja GrafindoPersada.

WHO.(2004). *World Alliance for Patient Safety, Format Program*.Januari 03, 2010. <http://www.who.int>

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. (2007). *Look-alike, sound-alike medication names. Patient safety solution*. Volume 1, solution 1. <http://www.ccforspatientsafety.org/>.

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. (2007). *Patient safety solutions preamble* [www.who.int/ entity/patientsafety/ solutions/ patient safety/ Preamble. pdf](http://www.who.int/entity/patientsafety/solutions/patient_safety/Preamble.pdf).

WHO.(2007). Nine Life Saving Patient Safety Solution. Januari 03, 2010. <http://www.who.int>

Yully Harta Mustikawati. (2011). *Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cederadan Kejadian Tidak Diharapkan Di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta*. Depok: FIK UI.



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

STELLA MARIS

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM D-III, S-1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) – 854808 Fax (0411) – 870642 MAKASSAR

Website : www.stikstellamaris.ac.id Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

Nomor : 147/STIK-SM/S1-118/II/2016

Perihal : Permohonan Izin Penelitian.

Kepada Yth.
Direktur RS Stella Maris

Di —
MAKASSAR

Dengan hormat,

Dalam rangka Tugas Akhir Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan dan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2015 / 2016, maka dengan ini kami mohon bantuannya kiranya berkenan memberi izin melaksanakan **Penelitian di RS Stella Maris Makassar**

Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

1. Nama : Anastasia Malaha
NIM : C1214201057
2. Nama : Novia Alfa Datu
NIM : C1214201095

Judul Penelitian : **“Hubungan Pengetahuan dan Motivasi Perawat Pelaksana Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”**

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Makassar, 29 Februari 2016

Ketua STIK Stella Maris,




Henny Pongantung, S.Kep.Ns,MSN
NIDN: 0912106501



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 : 752A.DIR.SM.DIKL.KET.EX.III.2016

Yang bertanda tangan dibawah menerangkan bahwa :

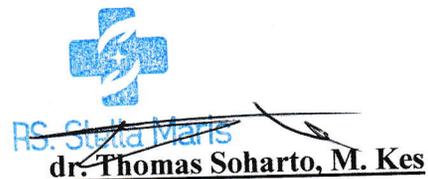
- a. N a m a : Anastasia Malaha
Tempat / Tanggal Lahir : Ujung Pandang, 18 Juli 1994
N I M : C. 12 14201 057
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar
- b. N a m a : Novia Alfa Datu
Tempat / Tanggal Lahir : Sangata, 10 November 1993
N I M : C. 12 14201 095
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar

Telah melaksanakan penelitian di ruang perawatan Sta. Bernadeth I, Sta. Bernadeth II, Sta. Bernadeth IIIA, Sta. Bernadeth IIIB, dan Sto. Yoseph RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai tanggal 5 Maret 2016 sampai dengan 17 Maret 2016 dengan judul:
“ Analisis Intervensi Pencegahan Dekubitus Metode Braden Scale Terhadap Derajat Resiko Dekubitus di Ruang Perawatan Rumah Sakit Stella Maris Makassar ”

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 18 Maret 2016

Hormat kami,
Direktur,


RS. Stella Maris
dr. Thomas Sohartha, M. Kes

cc. Arsip

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul penelitian: Hubungan Pengetahuan dan Motivasi Perawat Pelaksana Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Stella Maris

Nama peneliti: Anastasia Malaha
C1214201057
Novia Alfa Datu
C1214201095

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari penelitian, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul "Hubungan Pengetahuan dan Motivasi Perawat Pelaksana Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar" yang dilaksanakan oleh Anastasia Malaha dan Novia Alfa Datu mahasiswa S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar..

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaannya serta berguna untuk pengembangan ilmu keperawatan.

Makassar, Februari 2016

Tanda Tangan Responden

35	I	29	1	P	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	33	CUKUP	2						
36	T	24	1	P	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	32	CUKUP	2					
37	J	26	1	P	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	34	CUKUP	2			
38	N	29	1	P	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	34	CUKUP	2				
39	A	38	2	P	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	33	CUKUP	2			
40	R	46	3	P	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	33	CUKUP	2			
41	V	25	1	P	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	33	CUKUP	2			
42	I	23	1	P	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	32	CUKUP	2			
43	L	22	1	P	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	34	CUKUP	2			
44	P	27	1	P	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	34	CUKUP	2			
45	R	24	1	P	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	33	CUKUP	2			
46	M	38	2	P	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	34	CUKUP	2			
47	K	24	1	P	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	33	CUKUP	2			
48	A	28	1	P	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	34	CUKUP	2			
49	M	24	1	P	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	34	CUKUP	2			
50	E	34	2	P	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	45	BAIK	3	
51	E	42	3	P	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	33	CUKUP	2			
52	A	24	1	P	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	32	CUKUP	2			
53	N	24	1	P	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	46	BAIK	3
54	D	25	1	P	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	34	CUKUP	2		
55	N	24	1	P	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	33	CUKUP	2
56	N	25	1	P	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	34	CUKUP	2		
57	A	26	1	P	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	47	BAIK	3	
58	A	30	1	P	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	47	BAIK	3		
59	A	25	1	P	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	33	CUKUP	2			
60	S	23	1	P	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	47	BAIK	3	
61	L	27	1	P	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	33	CUKUP	2			
62	A	39	2	P	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	34	CUKUP	2		
63	S	25	1	P	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	33	CUKUP	2			
64	A	24	1	P	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	34	CUKUP	2		

NO	INISIAL	UMUR	KODE	J.K	KODE	MOTIVASI												TOTAL	KET	KODE
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
1	I	23	1	P	2	3	3	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	41	TINGGI	3
2	A	25	1	L	1	4	3	0	3	1	4	0	3	1	4	2	3	28	SEDANG	2
3	V	35	2	L	1	3	3	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	43	TINGGI	3
4	S	37	2	P	2	3	4	0	3	2	3	2	3	2	3	3	4	32	SEDANG	2
5	B	41	3	P	2	4	4	0	4	4	4	3	4	4	4	4	4	43	TINGGI	3
6	A	29	1	P	2	4	4	2	4	2	4	3	4	3	4	4	4	42	TINGGI	3
7	N	23	1	P	2	3	4	0	4	0	4	0	4	3	4	1	4	31	SEDANG	2
8	K	24	1	P	2	4	2	4	2	4	3	4	3	4	4	4	4	42	TINGGI	3
9	D	34	2	P	2	4	4	2	4	2	4	3	4	3	4	4	4	42	TINGGI	3
10	M	30	1	P	2	4	4	3	4	3	4	2	4	4	4	4	4	44	TINGGI	3
11	E	27	1	P	2	3	2	2	4	1	3	4	3	3	2	3	4	34	SEDANG	2
12	D	40	2	P	2	3	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	4	42	TINGGI	3
13	Y	28	1	P	2	2	2	1	2	1	2	1	3	1	3	4	3	25	SEDANG	2
14	A	26	1	P	2	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	42	TINGGI	3
15	L	24	1	P	2	4	4	3	3	4	4	1	3	3	4	4	4	41	TINGGI	3
16	Y	25	1	P	2	4	3	3	4	4	2	4	4	4	3	3	4	42	TINGGI	3
17	N	38	2	P	2	4	2	4	4	1	3	3	3	2	3	3	3	35	SEDANG	2
18	S	25	1	P	2	4	3	2	4	4	4	4	3	4	3	3	4	42	TINGGI	3
19	K	25	1	P	2	3	4	1	4	1	3	1	2	3	4	3	4	33	SEDANG	2
20	H	36	2	L	1	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	4	43	TINGGI	3
21	J	26	1	P	2	4	3	2	3	4	4	4	3	4	4	4	2	41	TINGGI	3
22	M	25	1	P	2	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	4	4	28	SEDANG	2
23	I	29	1	P	2	3	4	1	4	1	3	1	2	3	4	3	4	33	SEDANG	2
24	R	31	2	P	2	4	4	0	4	0	3	1	3	3	4	2	3	31	SEDANG	2
25	H	25	1	P	2	4	4	0	4	0	3	1	3	3	4	2	3	31	SEDANG	2
26	F	30	1	P	2	3	3	1	4	1	3	0	2	3	4	3	3	30	SEDANG	2
27	M	25	1	P	2	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	45	TINGGI	3
28	N	24	1	P	2	4	4	0	4	1	4	0	4	4	4	4	0	33	SEDANG	2
29	N	25	1	P	2	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	4	4	28	SEDANG	2
30	J	26	1	P	2	4	4	0	4	3	4	3	4	4	4	4	4	42	TINGGI	3
31	N	29	1	P	2	1	4	0	4	0	4	0	4	1	4	1	4	27	SEDANG	2
32	N	41	3	P	2	3	3	1	3	1	3	1	3	1	3	3	3	28	SEDANG	2
33	K	26	1	P	2	1	4	0	4	1	3	1	4	1	4	2	4	29	SEDANG	2
34	Y	24	1	P	2	4	4	1	4	1	4	1	2	2	3	3	3	32	SEDANG	2
35	I	29	1	P	2	4	4	1	4	4	0	4	0	1	4	2	4	32	SEDANG	2
36	T	24	1	P	2	3	4	0	1	4	0	4	0	1	4	2	4	27	SEDANG	2
37	J	26	1	P	2	3	4	0	4	1	4	0	4	1	4	2	4	31	SEDANG	2
38	N	29	1	P	2	2	3	2	3	1	2	2	2	2	3	2	3	27	SEDANG	2
39	A	38	2	P	2	2	3	2	3	1	2	2	2	2	3	2	3	27	SEDANG	2
40	R	46	3	P	2	2	3	2	3	1	2	2	2	2	3	2	3	27	SEDANG	2
41	V	25	1	P	2	2	3	2	3	1	2	2	2	2	3	2	3	27	SEDANG	2
42	I	23	1	P	2	2	3	2	3	1	2	2	2	2	3	2	3	27	SEDANG	2
43	L	22	1	P	2	2	4	1	3	2	3	2	2	2	3	3	3	30	SEDANG	2
44	P	27	1	P	2	3	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	27	SEDANG	2
45	R	24	1	P	2	3	4	0	4	2	3	0	4	1	4	3	4	32	SEDANG	2
46	M	38	2	P	2	1	4	1	3	0	3	2	3	2	2	2	3	26	SEDANG	2

47	K	24	1	P	2	1	4	1	3	0	3	2	3	2	2	2	3	26	SEDANG	2
48	A	28	1	P	2	1	4	1	3	0	3	2	3	2	2	2	3	26	SEDANG	2
49	M	24	1	P	2	3	4	2	4	1	3	0	4	2	3	1	3	30	SEDANG	2
50	E	34	2	P	2	3	4	2	4	4	3	3	4	4	3	4	3	41	TINGGI	3
51	E	42	3	P	2	3	4	2	4	1	3	0	4	2	3	1	3	30	SEDANG	2
52	A	24	1	P	2	3	4	2	4	1	3	0	4	2	3	1	3	30	SEDANG	2
53	N	24	1	P	2	3	4	3	4	3	3	3	4	3	4	4	3	41	TINGGI	3
54	D	25	1	P	2	2	4	2	4	0	3	0	3	2	4	3	3	30	SEDANG	2
55	N	24	1	P	2	3	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	27	SEDANG	2
56	N	25	1	P	2	3	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	27	SEDANG	2
57	A	26	1	P	2	4	4	3	4	0	4	3	4	4	4	4	4	42	TINGGI	3
58	A	30	1	P	2	4	4	2	4	3	4	3	4	4	4	4	4	44	TINGGI	3
59	A	25	1	P	2	3	4	0	4	1	4	2	3	1	3	2	3	30	SEDANG	2
60	S	23	1	P	2	3	4	0	4	2	4	2	3	1	3	2	3	31	SEDANG	2
61	L	27	1	P	2	3	4	0	4	1	4	2	3	2	3	2	3	31	SEDANG	2
62	A	39	2	P	2	3	4	0	4	1	4	2	3	2	3	2	3	31	SEDANG	2
63	S	25	1	P	2	3	4	2	4	1	3	0	4	2	1	3	3	30	SEDANG	2
64	A	24	1	P	2	3	4	2	4	0	3	0	3	2	4	3	3	31	SEDANG	2

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT
PELAKSANA DENGAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN
PASIEN DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

Kuisisioner A

Petunjuk Pengisian

- a. Isilah terlebih dahulu identitas anda sebelum menjawab pernyataan di bawah ini
- b. Berilah penilaian atas masing-masing pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda ceklis () pada kolom pilihan yang sesuai menurut anda. Dengan penjelasan S (salah) B (Benar)

Nama Inisial :
 Umur :
 Jenis Kelamin :
 Pendidikan :
 Lama Kerja :
 Status Perkawinan :

NO	PERNYATAAN	S	B
1	Keselamatan bukan merupakan komponen yang paling dasar, vital dan utama dari kualitas pelayanan kesehatan		
2	Keselamatan pasien rumah sakit merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, bebas cedera dan meminimalkan insiden		
3	Standar keselamatan pasien terdiri dari 7 standar		
4	Kesalahan yang terjadi pada pasien dapat menimbulkan dampak yang luas tidak hanya bagi pasien dan keluarga namun juga bagi petugas kesehatan yang melakukan dan institusi rumah sakit		
5	Langkah pertama dalam menerapkan program keselamatan pasien adalah membangun budaya keselamatan pasien dalam organisasi rumah sakit		

Lampiran 5

6	Membangun sistem pelaporan bukan bagian penting dalam upaya membangun keselamatan pasien		
7	System pelaporan yang ideal adalah yang tidak menghukum, menjaga kerahasiaan, tepat waktu, dianalisis oleh ahli dan berorientasi pada sistem		
8	Hasil laporan tidak dapat dimanfaatkan sebagai pembelajaran, menentukan hukum prioritas pemecahan masalah, serta memonitoring dan evaluasi kegagalan atau keberhasilan penerapan program		
9	Petugas kesehatan harus selalu berkomunikasi dan melibatkan pasien dalam setiap proses perawatan, ini merupakan salah satu langkah yang ditempuh dalam menerapkan program keselamatan pasien		
10	Langkah yang ditempuh agar program keselamatan pasien dapat optimal adalah mengembangkan system untuk mencegah dan mengurangi kerugian		
11	NORUM merupakan salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan dan pemberian obat		
12	Kegagalan dalam melakukan identifikasi terhadap pasien secara benar dapat menyebabkan terjadinya kesalahan dalam pemberian pengobatan, transfuse, pemeriksaan, maupun pelaksanaan prosedur pada pasien yang salah.		
13	Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima/pengoperan pasien, dapat mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial mengakibatkan cedera terhadap pasien		
14	Perawat tidak perlu memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan		
15	Diperlukan perhatian bila sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makan khususnya pada pasien yang menggunakan NGT untuk menghindari kemungkinan terjadinya kejadian yang tidak diharapkan.		

Lampiran 5

16	Menggunakan alat injeksi sekali pakai untuk mencegah terjadinya infeksi		
17	Petugas kesehatan tidak harus senantiasa memperhatikan kebersihan tangan saat melakukan tindakan pada pasien untuk mencegah terjadinya infeksi nasokomial		
18	Insiden keselamatan merupakan akibat dari melaksanakan suatu tindakan atau mengambil suatu tindakan yang tidak seharusnya diambil		
19	Kejadian tidak diharapkan (KTD) merupakan suatu kejadian Yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau mengambil tindakan yang seharusnya diambil dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien		
20	Kejadiantidak cedera (KTC) suatu insiden yang sudah terpapar kepasien tidak mengakibatkan cedera		
21	Kejadian nyaris cedera (KNC) adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar kepasien		
22	Kejadian potensial cedera (KPC) adalah kondisi yang paling berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden		
23	Kejadian sentimental adalah kejadian yang tidak diharapkan yang tidak mengakibatkan kematian atau cedera		
24	Saran keselamatan pasien ada 7 sasaran		
25	Sasaran keselamatan pasien bukan syarat untuk diterapkan disemua rumah sakit yang diakreditasi		

Lampiran 6

Kuesioner B

Petunjuk pengisian : Pilihlah jawaban pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda () pada kolom yang tersedia, Sangat Sesuai (SS), Sesuai (S), Kurang Sesuai (KS), Tidak Sesuai (TS), Sangat Tidak Sesuai (STS)

No	Pernyataan	SS	S	KS	TS	STS
1	Hal yang mendorong saya melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien dengan benar adalah agar saya terhindar dari tuntutan hukum					
2	Saya terdorong untuk melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien karena saya ingin menjadi perawat yang profesional					
3	Saya tidak terdorong melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien karena tidak akan mengubah status saya sebagai perawat pelaksana					
3	Saya terdorong untuk melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien karena saya ingin menjaga keselamatan pasien dan menyembuhkan mereka					
4	Saya melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien karena saya ingin dipuji oleh atasan saya					
5	Saya terdorong untuk melaksanakan sasaran keselamatan pasien karena dapat meningkatkan wawasan dan keterampilan sehubungan dengan pekerjaan saya sebagai perawat pelaksana					
6	Saya tidak terdorong melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien karena tidak akan meningkatkan jasa pelayanan yang saya terima					
7	Saya melaksanakan sasaran keselamatan pasien karena keinginan dari dalam diri saya bukan karena tuntutan rumah sakit saja					
8	Saya terdorong melakukan penerapan sasaran keselamatan pasien karena melihat perawat yang lain juga melaksanakannya					

Lampiran 6

9	Saya terdorong melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien karena saya ingin melihat pasien merasa aman saat menjalani perawatan di rumah sakit					
10	Saya termotivasi melaksanakan sasaran keselamatan pasien karena tidak ingin mendapat komplain dari pasien bahkan masyarakat					
11	Saya termotivasi melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien karena tidak ingin menambah insiden keselamatan pasien di rumah sakit tempat saya bekerja					

Lampiran 7

11	Saya menanyakan identitas pasien saat pasien masuk pertama kali ke ruangan				
12	Saya melakukan serah terima pasien antar shift secara komprehensif				
13	Saya tidak melakukan serah terima pasien dengan perawat shift berikutnya di ruang pasien				
14	Saya melakukan serah terima pasien (operan jaga) tanpa melibatkan pasien				
15	Saya melakukan klarifikasi kembali terhadap informasi yang kurang jelas saat melakukan serah terima pasien antar shift				
16	Saya tidak memberikan penjelasan tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan pada pasien				
17	Saya member tahu pasien mengenai bagian tubuh yang akan dilakukan tindakan				
18	Saya menanyakan kepada pasien bagian tubuh yang sakit saat akan melakukan tindakan keperawatan				
19	Saya memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar saat akan melakukan tindakan keperawatan				
20	Saya memberikan asuhan keperawatan tanpa melibatkan pasien dan keluarga				
21	Saya memastikan ketepatan jenis cairan elektrolit pekat sebelum memberikan infuse pada pasien				
22	Saya memberikan infus cairan elektrolit pekat pada pasien tanpa terlebih dahulu mempelajari protocol pemberian cairan elektrolit pekat				
23	Saya melakukan tindakan pemberian cairan elektrolit pekat sesuai standar operasional prosedur				
24	Saya tidak mengobservasi tetesan cairan infus elektrolit pekat secara berkala				
25	Saya mendokumentasikan tindakan pemberian cairan elektrolit pekat (tanggal, jam, pemberian, dosis) dalam catatan keperawatan pasien				
26	Saya melakukan klarifikasi pengobatan pasien saat menerima pasien masuk				
27	Saya tidak mengkaji riwayat pengobatan pasien sebelum dirawat di rumah sakit				
28	Saya tidak menyusun daftar obat-obatan pasien secara lengkap sebelum pasien dipindahkan ke unit perawatan lainnya				
29	Saya menjelaskan obat pasien secara lengkap pada waktu serah terima pasien				
30	Mereview medikasi pasien (misal : penggunaan sedative, antidepresan, antipsikotik)				
31	Melakukan penilaian awal resiko jatuh pada pasien yang rentan (orang tua, fraktur, kecacatan, mengonsumsi <i>high risk medication</i> , mempunyai riwayat jatuh)				
32	Mengobservasi lingkungan dalam dan sekitar ruangan pasien, terkait dengan : - Lantai				

Lampiran 7

	<ul style="list-style-type: none"> - Kamar mandi - Alat komunikasi - Hand rail - Penataan barang-barang 				
33	Memberikan informasi dan edukasi kepada keluarga terkait resiko jatuh				
34	Saya tidak mengecek penyambungan selang kateter dengan urinal bag secara berkala				
35	Saya mengecek penyambungan <i>drain</i> dengan kantong secara berkala				
36	Saya menggunakan <i>sprit</i> sekali pakai untuk tindakan injeksi pada pasien				
37	Saya membuang alat injeksi sekali pakai di tempat yang tersedia				
38	Saya tidak mempertahankan kesterilan alat injeksi				
39	Saya melakukan tindakan injeksi dengan memperhatikan standar operasional prosedur				
40	Saya mencuci tangan sebelum memberikan tindakan keperawatan				
41	Saya mencuci tangan sesudah melakukan tindakan keperawatan				
42	Saya melakukan tindakan perawatan pada pasien tanpa memakai sarung tangan				
43	Saya mencuci tangan dengan menggunakan tujuh langkah cuci tangan secara benar				
44	Saya tidak mencuci tangan menggunakan alcohol <i>hand rub</i> sebelum kontak dengan pasien				