



**SKRIPSI**

**HUBUNGAN SUPERVISI KEPALA RUANGAN DENGAN PENERAPAN  
SASARAN KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT  
PELAKSANAAN DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS  
MAKASSAR**

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

**OLEH:**

**LORENSIANA PS (CX. 1414.2011.39)**

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

**2016**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Lorensiana PS

NIM : Cx. 1414.2011.39

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri dan bukan merupakan duplikat ataupun plagiasi (Jiplakan) dari hasil penelitian orang lain. Sepengetahuan kami, penelitian ini belum ditulis oleh orang lain dan diteliti di institusi yang sama.

Demikian surat pernyataan inii dibuat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2016

Yang menyatakan,

Lorensiana PS

**HALAMAN PERSETUJUAN  
SKRIPSI**

**HUBUNGAN SUPERVISI KEPALA RUANGAN DENGAN PENERAPAN  
SASARAN KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT  
PELAKSANAAN DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS  
MAKASSAR**

**Diajukan Oleh :  
LORENSIANA PS  
Cx. 1414.2011.39**

**Disetujui Oleh :**

**Pembimbing**

**Bagian  
Akademik dan Kemahasiswaan**

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

**(Sr. Anita Sampe, JMJ., S.Kep., Ns., MAN)  
NIDN. 0917107402**

## **PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

Telah diuji dan dipertahankan  
Dihadapan dewan penguji pada tanggal 3 mei 2016  
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Susunan dewan penguji

Penguji I

(Rosdewi S.Kp.,MSN)  
NIDN:0906097002

Penguji II

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

Penguji III

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

Makassar, 3 mei 2016

Program S1 Keperawatan dan Ners  
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**SKRIPSI**

**HUBUNGAN SUPERVISI KEPALA RUANGAN DENGAN PENERAPAN  
SASARAN KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT  
PELAKSANAAN DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS  
MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :  
Lorensiana PS (Cx.1414.2011.39)

Telah dibimbing dan disetujui oleh :

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

Telah Diuji Dan Dipertahankan Dihadapan Dewan Penguji Pada Tanggal  
3 mei 2016 Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima  
Susunan Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

(Rosdewi S.Kp.,MSN)  
NIDN:0906097002

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

Penguji III

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

Makassar, 3 mei 2016

Program S1 Keperawatan dan Ners  
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Lorensiana PS

NIM : Cx. 1414.2011.39

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

Makassar, April 2013

Yang Mengatakan,

Lorensiana PS

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya dengan judul “Hubungan supervisi kepala ruangan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di rumah sakit stella maris Makassar”.

Skripsi ini di buat untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Sarjana Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

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

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

1. Henny Pongantung, S.Kep.Ns. Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar Bidang Akademik dan kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
2. Sr.Anita Sampe,S.Kep,Ns,JMJ,MAN. Selaku wakil ketua I Bidang Akademik dan Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar
3. Fransisca Anita.E.R.S, S.Kep,Ns,M.Kep,Sp,KMB. Selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar
4. Lorantina A, S.Kep.,Ns.,M.Kep Selaku pembimbing. Terima kasih atas bimbingan dan ilmu yang diberikan kepada penulis selama menuntun ilmu juga selama menyusun skripsi di STIK Stella Maris Makassar

5. Rosdewi S.Kp.,MSN Selaku penguji I yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis.
6. Mery Sambo, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji II yang juga banyak memberikan masukan kepada penulis
7. Segenap civitas akademika Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
8. Teristimewa kepada orang-orang yang tercinta khususnya kepada kedua orang tua penulis (Piter siaku dan Sarce B Toan) dan saudara-saudara (Kakak jois, Kakak mona, dan Kakak immang) yang telah mendampingi dan mendukung penulis baik itu lewat doa, perhatian, bimbingan, cinta kasih dan dukungan material.
9. Rekan-rekan seperjuangan yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

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

Makassar , 3 mei 2016

## ABSTRAK

### HUBUNGAN SUPERVISI KEPALA RUANGAN DENGAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT PELAKSANA DI RUANG PERAWATAN RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

(Dibimbing Oleh Lorantina. A)

LORENSIANA PS

PROGRAM SI KEPERAWATAN DAN NERS

(Xiv + 60 Halaman + 25 Referensi + 8 Tabel + 6 Daftar Lampiran)

Keselamatan pasien adalah penghindaran, pencegahan, dan perbaikan diri dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera dari proses pelayanan kesehatan. Salah satu kegiatan dan upaya peningkatan keselamatan pasien yang dilakukan kepala ruangan adalah supervisi. Supervisi adalah segala bantuan dari pemimpin kepada perawat yang ditunjukkan untuk perkembangan para perawat dan staf lainnya dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan supervisi kepala ruangan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang perawatan rumah sakit stella maris Makassar. Penelitian ini merupakan penelitian *non-experimental* yang tergolong dalam jenis penelitian observasional *analitik*. Penelitian ini bersifat *colerational*. Sampel diambil dengan *non-probability sampling* dengan pendekatan teknik *purposive sampling*. Analisis yang digunakan analisis bivariat dengan uji *chi square* diperoleh nilai  $p = 0,004$ , hal ini menunjukkan nilai  $p < \alpha (0,05)$  ada hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang perawatan rumah sakit stella maris Makassar.

Kata kunci : supervisi, penerapan sasaran keselamatan pasien

Daftar pustak : 25 referensi (2010-2015)

## **ABSTRACT**

### **SUPERVISION RELATIONS HEAD ROOM WITH A TARGET APPLICATION BY THE PATIENT SAFETY IN THE TREATMENT OF EXECUTIVE NURSE HOSPITAL STELLA MARIS MAKASSAR**

**(Guided By Lorantina. A)**

**LORENSIANA PS  
SI PROGRAM AND NURSING  
(XIV + 60 + 25 Reference Guide Table + 6 + 8 List of Attachments)**

Patient safety is the avoidance, prevention, and self-improvement of unexpected events or overcoming an injury of the health service. One of the activities and efforts to increase the safety of patients who do head room is supervision. Supervision is any assistance from nurse leaders devoted to the development of the nurses and other staff in achieving the goals of nursing care. The purpose of this study was to determine the relationship supervision of head room with the implementation of patient safety goals by nurses in the hospital treatment room stella maris Makassar. This study is a non-experimental belonging to the types of analytic observational study. This study is colerational. Samples were taken by non-probability sampling with purposive sampling approach to analysis used bivariate analysis using chi square test obtained by value  $p = 0.004$ , demonstrating the value of  $p < \alpha (0.05)$  there is a relationship between supervision of head room with the implementation of patient safety goals by nurses in hospital wards stella maris Makassar.

Keywords: supervision, implementation of patient safety goals  
List pustak: 25 references (2010-2015)

## DAFTAR ISI

	Hal
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b>	ii
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN PENETEPAN PANITIA PENGUJI</b> .....	iv
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	vi
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>HALAMAN ABSTRAK</b> .....	ix
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xi
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiv
<b>DFTAR LAMPIRAN</b> .....	xv
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	6
1. Bagi keilmuan .....	6
2. Bagi aplikatif .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	
A. Tinjauan Umum keselamatan pasien .....	7
B. Tinjauan Umum supervisi.....,.....	7
<b>BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS</b> .....	28
A. Kerangka Konseptual .....	
B. Hipotesis .....	35

C. Definisi Operasional .....	35
<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>37</b>
A. Jenis Penelitian .....	
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	39
C. Populasi dan Sampel .....	39
1. Populasi .....	39
2. Sampel .....	40
D. Instrumen Penelitian .....	42
E. Teknik pengumpulan Data .....	43
F. Etika penelitian .....	44
G. Pengelolaan data dan penyajian data.....	46
H. Analisa Data .....	46
1. Analisis Univariat .....	47
2. Analisis Bivariat .....	47
<b>BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	
A. Hasil Penelitian.....	48
1. Pengantar.....	48
2. Gambaran Lokasi Penelitian.....	49
3. Karakteristik Responden.....	50
4. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti.....	54
B. Pembahasan .....	54
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	
A. Kesimpulan.....	59
B. Saran.....	59
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Defenisi Operasional.....	39
Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan kelompok umur.....	50
Table 5.3 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin.....	51
Table 5.4 Distribusi responden tentang supervisi kepala ruangan.....	52
Tabel 5.5 Gambaran distribusi penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana.....	53
Table 5.8 Analisis hubungan supervisi kepala ruangan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien.....	54

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 faktor-faktor yang berkontribusi pada insiden Keselamatan pasien.....	9
Skema 3.1. Kerangka Konseptual.....	38

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Jadwal Penelitian

Lampiran 2. Surat ijin penelitian

Lampiran 3. Informed Consent

Lampiran 4. Instrument / alat ukur penelitian

Lampiran 5. Master tabel

Lampiran 6. Hasil uji SPSS

## DAFTAR SINGKATAN

Depkes R	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Ha	: Hipotesis Alternatif
Ho	: Hipotesis null
WHO	: <i>World Health Organization</i>
IOM	: <i>Institute Of Medicine</i>
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KPC	: Kejadian Potensial Cedera
KKP-RS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
LASA	: Look Alike Sound Alike
PERSI	: Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia
JCI	: <i>Join Commusion Internasional</i>
SBAR	: Situasion, Background, Assessment, Dan Rekomendation
TBaK	: Tulis Baca Kembali
Poac	: Planning, Organising, Actuating, Controlling
SPSS	: statistical package and social siences
P	: Asym sig
$\alpha$	: Alpha

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar belakang**

Saat ini perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi memudahkan dalam mendapatkan informasi kesehatan sehingga tingkat kesadaran masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan semakin meningkat. Hal tersebut menyebabkan rumah sakit harus mampu memberikan pelayanan yang terbaik untuk menjaga mutu pelayanan yang diberikan pada pasien. Sebagai organisasi yang sangat kompleks, setiap tenaga dalam bidang apapun di rumah sakit senantiasa dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas serta memegang peranan sangat penting dalam menentukan baik buruknya mutu dan citra rumah sakit. Pelayanan yang baik di rumah sakit dilihat dari berkurangnya tingkat kecacatan atau kesalahan, karena hal tersebut dapat merugikan pasien maupun rumah sakit. Oleh karena itu, Keselamatan (*safety*) merupakan prioritas utama dalam pelayanan, selain menjaga dari pelayanan yang diberikan, keselamatan juga merupakan isu global yang menjadi perhatian dimana banyak dilaporkan *medical error* pada pasien. yang disebabkan oleh kesalahan akibat pelaksanaan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kemenkes, 2011).

Keselamatan pasien merupakan prinsip dasar dari pelayanan kesehatan yang memandang bahwa keselamatan merupakan hak bagi setiap pasien dalam menerima layanan kesehatan (Kemenkes, 2011). Menurut *Institute of Medicine* (IOM) dalam Cahyono (2008) Keselamatan pasien merupakan pelayanan yang penting dan utama dalam asuhan keperawatan yang berkualitas. Layanan kesehatan yang diterima pasien di rumah sakit merupakan pelayanan yang kompleks, terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, alat dan teknologi, dan tenaga profesi serta non profesi yang siap memberikan pelayanan kepada pasien 24 jam secara terus menerus.

Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat mengakibatkan kejadian tidak diharapkan (KTD) (Depkes 2011).

Kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit berdasarkan penelitian oleh *Institute of Medicine* di Amerika Serikat, (2000) : “*TO ERR IS HUMAN*”, *Building a Safer Health System* yaitu di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan kejadian tidak diharapkan (*Adverse Event*) sebesar 2,9 %, dimana 6,6 % diantaranya meninggal. Sedangkan di New York KTD adalah sebesar 3,7 % dengan angka kematian 13,6 %. Angka kematian akibat kejadian tidak diharapkan pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 – 98.000 per tahun. Publikasi *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2004, mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara : Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan kejadian tidak diharapkan dengan rentang 3,2 – 16,6 %.

Dengan data-data tersebut, WHO Health Assembly ke 55 pada Mei 2002 menetapkan resolusi yang mendorong negara untuk memberikan perhatian kepada problem keselamatan pasien, meningkatkan keselamatan dan sistem monitoring. Pada bulan Oktober 2004, WHO dan berbagai lembaga mendirikan “*World Alliance for Patient Safety*” dengan tujuan mengangkat isu *Patient Safety Goal* “*First do no harm*” dan menurunkan morbiditas, cedera dan kematian yang diderita pasien.

Di Indonesia sendiri kejadian tidak diharapkan dan nyaris cedera (*near miss*) yang diterima oleh (KKP-RS) dari rumah sakit di Indonesia berdasarkan propinsi pada tahun 2007 ditemukan tertinggi di Propinsi DKI Jakarta yaitu 37,9%, disusul Propinsi Jawa Tengah 15,9%, D.I. Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Aceh 10,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Sulawesi Selatan 0,7%. Bidang spesialisasi unit kerja ditemukan paling banyak

pada unit penyakit dalam, bedah, dan anak yaitu sebesar 56,7% dibandingkan unit kerja yang lain, sedangkan untuk pelaporan kejadian nyaris cedera (KNC) lebih banyak dilaporkan sebesar 47,6% dibandingkan kejadian tidak diharapkan sebesar 46,2% (KKP-RS, 2008). Data yang diperoleh Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tahun 2012 insiden KTD, KNC, dan KPC berjumlah 34,51%, pada tahun 2013 menurun dengan jumlah 30,97% insiden dan di tahun 2014 meningkat kembali sebanyak 34,51% insiden.

Dari laporan tersebut akar masalah masih banyak ditujukan kepada faktor petugasnya bukan pada sistem (KKP-RS, 2010). Kesalahan yang dilakukan oleh petugas berkaitan dengan kelalaian sehingga kesalahan dapat terjadi karena faktor manusia (Cahyono, 2008). Oleh sebab itu perlu program untuk lebih memperbaiki proses pelayanan, karena kejadian tidak diharapkan merupakan kesalahan dalam proses pelayanan yang sebetulnya dapat dicegah melalui rencana pelayanan yang komprehensif dengan melibatkan pasien berdasarkan hak-nya. Program tersebut yang kemudian dikenal dengan istilah keselamatan pasien (*patient safety*) (Depkes, 2006).

Kesalahan merupakan tanggung jawab semua pihak yang terkait dengan pemberi pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat, petugas gizi, laboratorium, terapi, bidan, OB (*office boy*), dan lain-lain. Perawat memiliki peran besar dalam mengupayakan keselamatan pasien (Lory, 2002). Karena perawat bersentuhan langsung dalam memberikan pelayanan kesehatan sehingga untuk meningkatkan keselamatan pasien, perawat dituntut untuk memiliki pengetahuan, sikap serta kesadaran akan pentingnya keselamatan pasien karena hal tersebut dapat mempengaruhi keberhasilan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit. Hal ini sejalan dengan penelitian Murdyastuti (2010) diperoleh hasil bahwa profesionalisme, pengetahuan dan motivasi perawat berpengaruh terhadap

pelaksanaan program *patients safety* di ruang rawat Inap RS Ortopedi prof. Dr. R. Soeharso Surakarta.

Perawat dalam menjalankan tugas dan tanggung jawab terhadap keselamatan pasien di unit keperawatan membutuhkan manajer yang akan mengelolah setiap kegiatan, yang mencakup perencanaan, pendanaan, organisasi, staf, pengendalian dan pemecahan masalah. Di unit pelayanan kesehatan kepala ruangan berperan sebagai manejer dan *leadership* yang bertanggung jawab mengkoordinasi dan mengevaluasi segala kegiatan di unit. Oleh karena itu tugas kepala ruangan sebagai manejer dan *leadership* dapat menentukan keberhasilan pelayanan yang berkualitas dan menghindari terjadinya kesalahan yang dapat merugikan pasien maupun rumah sakit. Salah satu kegiatan dan upaya peningkatan keselamatan pasien yang dilakukan kepala ruangan adalah supervisi. Supervisi merupakan bagian dari fungsi *directing* (penggerakkan/ pengarahan) yang berperan untuk mempertahankan agar segala kegiatan yang telah diprogramkan dapat dilaksanakan dengan benar dan lancar. Keberhasilan dari keselamatan pasien ini sendiri memerlukan komitmen serta pengawasan untuk mengendalikan segala kegiatan dan tindakan yang dilakukan oleh perawat pelaksana terhadap pasien dalam rumah sakit, untuk meminimalkan kejadian tidak terduga baik pada pasien UGD, rawat inap maupun pasien poliklinik.

Penelitian sebelumnya telah diteliti oleh Rumampuk (2013), dengan judul peran kepala ruangan dalam melakukan supervisi perawat dengan penerapan keselamatan pasien di ruang perawatan, Jenis penelitian yang digunakan adalah *observational* dengan pendekatan *cross sectional*. pengambilan sampel diambil dengan non probability sampling dengan pendekatan *purposive sampling*. dimana didapatkan hasil penelitian ada hubungan supervisi kepala ruangan dengan

penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD Gunung Maria Tomohon. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian penulis adalah dari teknik pengambilan sampel dan jenis penelitian yang digunakan.

Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti **hubungan supervisi dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.**

## **B. Rumusan Masalah**

Pengelolaan keselamatan pasien dalam pelayanan rumah sakit berguna untuk mengurangi tingkat kecacatan atau kesalahan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Terjadinya insiden keselamatan pasien bisa disebabkan oleh kurangnya informasi dan kesadaran perawat pelaksana akan pentingnya penerapan sasaran keselamatan pasien. Oleh karena itu untuk menerapkan sasaran keselamatan pasien, dibutuhkan seorang manajer yang akan mengelola fungsi pengendalian yang akan memberikan pengawasan dan control terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit.

Berdasarkan uraian dari latar belakang masalah di atas, maka penulis merumuskan masalah penelitian, “ Apakah ada hubungan supervisi kepala ruangan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian adalah untuk mengidentifikasi apakah ada hubungan supervisi kepala ruangan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi gambaran supervisi kepala ruangan terhadap sasaran keselamatan pasien di RS. Stella maris Makassar
- b. Mengidentifikasi gambaran penerapan sasaran keselamatan pasien
- c. Mengidentifikasi hubungan supervisi pelayanan keperawatan dengan penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS. Stella maris Makassar.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Bagi keilmuan

Menambah ilmu di bidang keperawatan khususnya dalam bidang manajemen keperawatan dalam meningkatkan pelaksanaan supervisi terhadap penerapana sasaran keselamatan pasien di rumah sakit.

### 2. Bagi aplikatif

Hasil penelitian ini dapat diaplikasikan kepala ruangan dalam membimbing perawat pelaksana terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien dan Penelitian ini juga memberikan informasi mengenai perkembangan penerapan sasaran keselamatan pasien bagi perawat pelaksana sehingga dapat diaplikasikan dikeperawatan . Sedangkan bagi peneliti, penelitian ini memberikan pengalaman dan wawasan dalam bidang supervisi dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS. Stella Maris Makassar

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Keselamatan pasien**

##### **1. Defenisi keselamatan pasien**

Keselamatan pasien adalah penghindaran, pencegahan, dan perbaikan diri dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan kesehatan (Depkes, 2006)

Keselamatan pasien melibatkan sistem operasional dan sistem pelayanan yang meminimalkan kemungkinan kejadian *adverse event/error* dan memaksimalkan langka-langka penanganan bilah *error* telah terjadi. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu kegiatan atau tidak mengambil kegiatan yang seharusnya diambil (KKP-RS, 2008)

##### **2. Tujuan sistem keselamatan pasien**

Menurut komite keselamatan pasien rumah sakit (KPRS) tujuan program keselamatan pasien di rumah sakit antara lain :

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit
- b. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya Kejadian Tak Diharapkan (KTD)
- d. Terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD

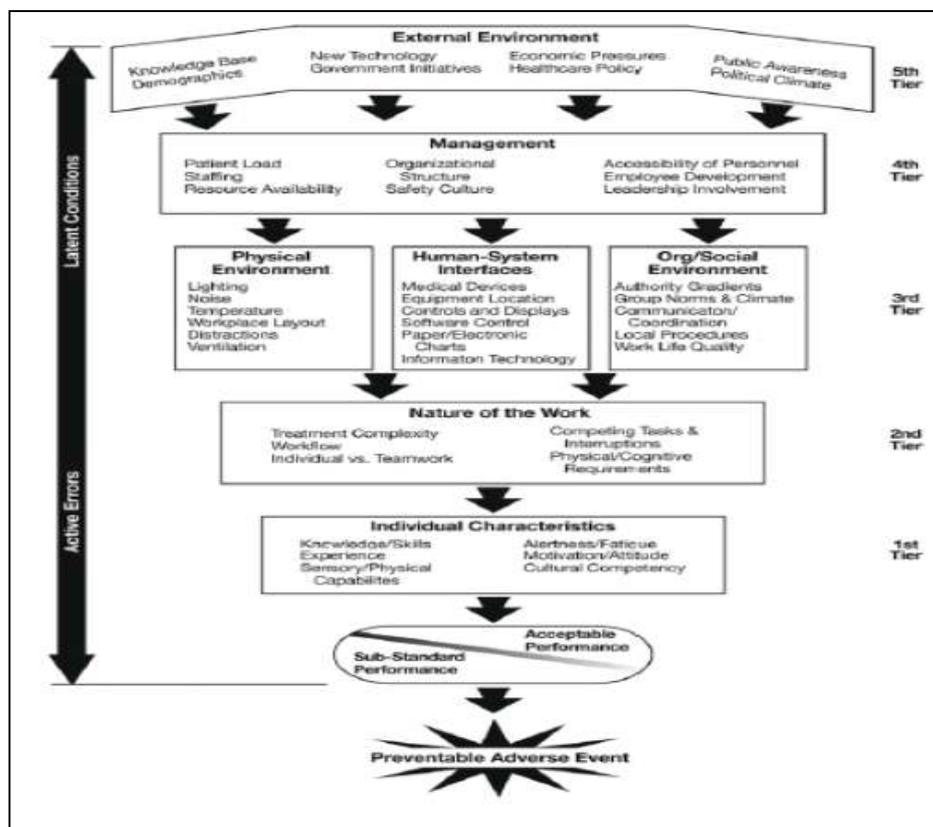
##### **3. Insiden keselamatan pa**

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan (Permenkes) nomor 1691 tahun 2011, tentang keselamatan pasien rumah sakit, insiden keselamatan pasien terdiri dari :

- a. Kejadian tidak diharapkan (KTD)  
adalah 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 disemua tahapan dalam perawatan dari diagnosis pencegahan dan pengobatan.
- b. Kejadian tidak cedera (KTC)  
Suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak mengakibatkan cedera.
- c. Kejadian nyaris cedera (KNC)  
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.
- d. Kejadian potensial cedera (KPC)  
Adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Misalnya obat-obatan LASA (*look alike sound alike*) disimpan berdekatan.
- e. Kejadian sentinel  
Adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak diterima seperti operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata "sentinel" terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi misalnya amputasi pada kaki yang salah sehingga pencarian fakta-fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur rumah sakit.

#### 4. Faktor yang mempengaruhi terjadinya keselamatan pasien

Pencegahan terhadap insiden (*adverse event*) adalah berupa faktor sistematis, artinya tidak hanya berasal dari kinerja seorang perawat, dokter atau tenaga kesehatan lain (Sanders M. et al, 1993 dalam Mulyana 2013). Tetapi banyak faktor lain yang berkaitan satu dengan yang lain dalam sistem dipelayanan kesehatan dan saling membutuhkan.



Gambar 2.1 faktor-faktor yang berkontribusi pada insiden keselamatan pasien (*adverse event*) di pelayanan kesehatan (Henriksen Kerm et al, 2008)

Bagan (gambar 2.1) diatas ini menunjukkan komponen-komponen atau faktor-faktor yang perlu dipahami tentang dasar terjadinya *adverse event* atau insiden keselamatan pasien. Bagan tersebut menunjukkan bagaimana setiap faktor berinteraksi satu sama lain. Ketika faktor-faktor tersebut berfungsi secara bersamaan akan

membentuk *barrier* atau sistem pertahanan terhadap insiden keselamatan pasien yang sebenarnya dapat dicegah. Namun, apabila terdapat kekurangan atau ketidaksesuaian pada komponen-komponen tersebut dan satu sama lain bergerak terpisah maka hal itulah yang menjadi kekurangan sistem sehingga insiden keselamatan pasien dapat terjadi (Henriksen Kerm et al, 2008). Faktor-faktor yang berkontribusi pada insiden keselamatan pasien di pelayanan kesehatan tersebut meliputi :

a. Lingkungan eksternal

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

b. Faktor manajemen

Faktor ini terdiri dari budaya keselamatan pasien, kemudahan akses personal, pengembangan karyawan, kemampuan kepemimpinan, kebijakan pimpinan dalam hal sumber daya manusia (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).

Manajemen yang tidak terencana dengan baik, mengakibatkan kurang tepatnya keputusan, atau tidak mengambil suatu tindakan berkaitan dengan manajer ataupun siapapun yang berada pada jajaran pengambil keputusan, hal

ini terjadi karena kurangnya komitmen yang serius untuk meningkatkan kualitas dan keamanan pelayanan sehingga berpotensi terhadap terjadinya insiden ceder. Selain itu kesalahan penghakiman, penyelarasan, beban kerja dan gangguan kerja yang berlebihan, pemasangan peralatan yang buruk, dan jadwal cepat dan padat dalam melayani pasien (Henriksen, Kerm et AL, 2008).

c. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan meliputi pencahayaan, suara, temperature atau suhu ruangan, susunan tata ruang, ventilasi. Pengelolaan gedung rumah sakit harus memikirkan keselamatan baik bagi pasien maupun keselamatan staf didalamnya dengan memperhatikan syarat-syarat kesehatan lingkungan seperti yang sudah diatur dalam permenkes nomor 1204/SK/X/2004 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit.

d. Faktor interaksi antara sistem dan manusia

Faktor ini meliputi perlengkapan atau peralatan medis, lokasi atau peletakan alat-alat, pengontrolan alat dan penguasaan terhadap teknologi informasi. Interaksi sistem dan manusia pada tata pelayanan sering menimbulkan ketidaksesuaian antara desain kontrol dan tampilan perangkat dengan kemampuan serta pengetahuan dari pengguna atau perawat itu sendiri.

e. Faktor organisasi dan lingkungan sosial

Lingkungan organisasi rumah sakit dapat menentukan kualitas dan keamanan pelayanan perawat kepada pasien, kesalahan atau kegagalan tindakan mental atau fisik yang terjadi dapat dipengaruhi oleh faktor penggunaan perencanaan yang salah sehingga mengakibatkan kerugian pada pasien maupun rumah sakit. Oleh karena itu sebagai jumlah tenaga

terbesar dalam ketenagaan kesehatan, perawat dituntut untuk mengaplikasikan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman untuk memberikan variasi dan perubahan terhadap kebutuhan pasien.

f. Sifat dasar pekerjaan

Sifat dasar pekerjaan mengacu pada karakteristik pekerjaan itu sendiri yang meliputi sejauh mana prosedur digunakan dengan baik, sifat alur kerja, beban terhadap pasien, kerja secara tim, kompleksitas perawatan, fungsional alat, penyusunan intrupsi, persaingan pekerjaan, dan fisik/kognitif dalam melakukan pekerjaan.

g. Karakteristik individu

Karakteristik individu diantaranya adalah kualitas yang dibawah individu tersebut kedalam pekerjaan sehingga berdampak langsung pada mutu pelayanan dirumah sakit seperti pengetahuan, tingkat keterampilan, pengalaman, kecerdasan, maupun mendeteksi, pendidikan dan pelatihan dan bahkan kewaspadaan, kelelahan dan motivasi.

## 5. Sasaran keselamatan pasien

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan disemua rumah sakit yang diakreditasikan rumah sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu pada *Nine life-saving patient safety solutions* dari WHO *patient safety* (2007) yang digunakan oleh komite keselamatan pasien rumah sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *join commusion internasional (JCI)*.

a. Sasaran I: Ketepatan identifikasi pasien

Kesalahan karena keliru pasien sebenarnya terjadi disemua aspek diagnosis dan pengobatan. Keadaan yang dapat menyebabkan terjadinya *error* atau kesalahan dalam mengidentifikasi pasien adalah pasien dalam keadaan terbius

atau tersedasi, mengalami disorientasi atau tidak sadar sepenuhnya yang dapat mengakibatkan tempat tidur dan kamar yang tertukar, lokasi dalam rumah sakit, disabilitas sensori dan situasi lainnya. Ada dua sasaran yang dimaksud, yang pertama mengidentifikasi pasien sebagai individu secara reversible sebelum mendapatkan pelayanan atau pengobatan.

Kebijakan atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis serta pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan atau prosedur memerlukan cara dalam mengidentifikasi pasien dengan melihat identitas pasien yaitu nama, nomor rekam medis dan tanggal lahir pada gelang identitas atau dengan *bar-kode* serta cara lainnya. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi atau penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti dipelayanan ambulatory atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas juga termasuk. proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan atau prosedur untuk memastikan semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi. Elemen penilaian identifikasi pasien ialah:

- 1) Melihat identitas pasien yaitu nama, nomor rekam medis dan tanggal lahir pada gelang identitas. Tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- 2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah

- 3) Pasien diidentifikasi sebelum pengambilan darah atau specimen lain untuk pemeriksaan klinis
- 4) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan
- 5) Kebijakan dan prosedur mendukung praktek identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

b. Sasaran II: Meningkatkan komunikasi yang efektif

Komunikasi efektif yaitu tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan dipahami oleh resipien/penerima, hal ini akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, dan tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah yang diberikan secara lisan dan telepon. Komunikasi yang lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis saat menelpon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera/cito.

Komunikasi efektif secara lisan dilakukan dengan cara menerapkan metode SBAR ( situation, background, assessment dan rekomendasi) dan teknik TBaK (tulis, baca kembali/write down/read back). Elemen penilaian peningkatan komunikasi yang efektif ialah :

- 1) Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- 2) Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut
- 3) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberikan perintah atau hasil pemeriksaan tersebut

4) Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan maupun telepon

c. Sasaran III: Meningkatkan keamanan dari obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*)

Bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien maka penerapan manajemen yang benar penting untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadinya kesalahan/error, kejadian *sentinel* (*sentinel event*), obat yang beresiko tinggi dalam menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) demikian juga obat-obat yang tampak mirip nama, bentuk, dan ucapan (*look-alike sound like/LASA*). Daftar obat-obat yang sangat perlu diwaspadai menurut WHO, yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsetrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium/potasium klorida [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat]), kalium/potassium fosfat (sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml), natrium/sodium klorida (lebih pekat dari 0,9%), dan magnesium sulfat (sama dengan 50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila staf tidak diorientasikan sebagaimana mestinya terhadap unit asuhan pasien, atau pada keadaan darurat/emergensi. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data.

Elemen penilaian peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*)

1) Kebijakan atau prosedur dikembangkan untuk mengatur identifikasi, lokasi, pemberian lebel, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai

- 2) Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
  - 3) Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien diebri label yang jelas dan disimpan dengan cara membatasi akses (*restrict access*)
- d. Sasaran IV: Memastikan benar tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat pasien operasi

Salah lokasi, salah prosedur, dan salah pasien operasi adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasanya banyak terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien didalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Disamping itu juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antara anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah merupakan factor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan yang efektif didalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan tersebut dari operasi memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan mengobati penyakit dan kelainan pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik. Kebijakan ini berlaku atas setiap lokasi di rumah sakit dimana prosedur ini dijalankan.

Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten diseluruh rumah sakit dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan. Dibuat saat

pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti. Lokasi operasi pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), struktur *multiple* (jari tangan, jari kaki, lesi) atau *multiple level* (tulang belakang) Maksud dari proses verifikasi preoperatif adalah untuk : Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar, memastikan bahwa semua dokumen baik foto dan hasil pemeriksaan relevan tersedia diberikan label yang baik dan dipampang dan memverifikasi keberadaan peralatan khusus dan *implant-implant* yang dibutuhkan.

Tahap sebelum insisi/*time out* memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpang-siuran dibereskan. *Time out* dilakukan ditempat tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan (secara ringkas misalnya dengan menggunakan *checklist*) Elemen penilaian kepastian tempat lokasi, tepat prosedur pasien operasi ialah :

- 1) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang segera dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan
- 2) Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk melakukan verifikasi praoperasi tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien, dan semua dokumentasi peralatan yang diperlukan tersedia, tepat/benar, dan fungsional
- 3) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat pendokumentasian prosedur sebelum/*time out* tepat sebelum dimulainya prosedur atau tindakan pembedahan
- 4) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses guna memastikan tepat lokasi, tepat

prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan yang dilakukan diluar ruang oprasi

e. Sasaran V: Mengurangi resiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering dihubungkan dengan ventilasi mekanis) selain itu perawat juga harus memproteksi diri dengan pengaman untuk mencega infeksi nosokomial serta mencuci tangan setelah berkontak dengan lingkungan dan benda sekitar pasien

Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun eliminasi lain adalah mencuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional bisa pada WHO, pusat pengendalian dan pencegahan penyakit amerika serikat (US CDC) dan berbagai organisasi nasional dan internasional. Elemen penilaian pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan yaitu :

- 1) Rumah sakit mengadopsi dan mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru diterbitkan dan sudah diterima secara umum (*WHO patient safety*)
- 2) Rumah sakit menerapkan *hand hygiene* yang efektif
- 3) Kebijakan atau prosedur dikembangkan untuk mendukung pengurangan secara berkelanjutan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

f. Sasaran VI: Mengurangi resiko pasien jatuh

Kasus jatuh merupakan bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks masyarakat yang diberikan pelayanan, membutuhkan evaluasi pihak rumah sakit untuk memperhatikan kualitas dari setiap pelayanan yang dapat menyebabkan resiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi resiko cedera tersebut. Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, perhatikan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program ini memonitor konsekuensi dengan cara penggunaan alat penghalang dan tiang cairan yang tidak benar, memperhatikan keseimbangan berjalan dan alat bantu jalan yang digunakan Program tersebut harus diterapkan dirumah sakit.

Elemen penilaian pengurangan resiko jatuh ialah :

- 1) Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal resiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan
- 2) Langkah-langka diterapkan untuk mengurangi resiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap beresiko
- 3) Langkah-langka dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak sengaja
- 4) Kebijakan atau prosedur mendukung pengurangan berkelanjutan dari resiko cedera pasien akibat jatuh dirumah sakit.

## **6. Standar keselamatan pasien**

Tujuh Standar Keselamatan Pasien (mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002), yaitu :

a. Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tak Diharapkan (KTD).

Kriteria:

- 1) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- 2) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- 3) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan dan prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

b. Mendidik pasien dan keluarga.

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

Kriteria:

- 1) Keselamatan pasien dalam pemberian pelayanan dapat di tingkatkan dengan melibatkan pasien dalam proses pelayanan. Karena itu di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut di harapkan pasien dan keluarga dapat:
  - a) Memberi informasi yang benar, jelas dan lengkap
  - b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
  - c) Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti, Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
  - d) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria:

- 1) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis perencanaan pelayanan tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
- 2) Terdapat koordinasi pelayanan yang di sesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transaksi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- 3) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
- 4) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

d. Rumah sakit harus mendesain atau memperbaiki proses yang ada, dengan memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan insiden keselamatan pasien.

Kriteria:

- 1) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perencanaan yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien petugas pelayanan kesehatan, kaidah

praktik klinis dan faktor-faktor lain yang berpotensi resiko bagi pasien

- 2) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen resiko, *utilisasi*, mutu pelayanan dan keuangan.
  - 3) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif dengan semua KTD/KNC, dan kasus resiko tinggi.
  - 4) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang di perlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan "7 langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit"
- 1) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi KTD/KNC
  - 2) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
  - 3) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
  - 4) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja Rumah Sakit dan keselamatan pasien.
- Kriteria:
- a) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.

- b) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari KNC sampai dengan KTD
- c) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- d) Tersedia prosedur "cepat tanggap" pada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar untuk keperluan analisis.
- e) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden dan penyediaan informasi yang benar terhadap analisis akar masalah pada saat program keselamatan pasien mulai di laksanakan.
- f) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden atau kegiatan proaktif untuk memperkecil resiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian.
- g) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka dengan pendekatan disiplin antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam Rumah Sakit
- h) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang di butuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan Keselamatan Pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
- i) Tersedia sasaran terukur dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria obyektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
- 1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
  - 2) Rumah sakit menyelenggarakan program pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf.
- Kriteria:
- a) Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik tentang keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
  - b) Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan member pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
  - c) Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
- 1) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
  - 2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.
- Kriteria:
- a) Perlu di sediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh

data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.

- b) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

## **7. Langkah-langkah penerapan sasaran keselamatan pasien**

Depkes RI (2008), menjelaskan dalam penerapan standar keselamatan pasien, rumah sakit melaksanakan tujuh langkah menuju keselamatan pasien di rumah sakit, terdiri atas :

- a. Membangun budaya kerja yang mementingkan keselamatan dan keamanan pasien : kewaspadaan secara terus-menerus; penyelidikan yang seimbang dan terutama mempertanyakan mengapa, bukan siapa; keterbukaan dengan pasien untuk menciptakan suasana kerjasama dan saling percaya antara petugas rumah sakit dan pasien (hasil perawatan yang tidak diantisipasi sebelumnya didiskusikan dengan pasien dan keluarganya).
- b. Kepemimpinan dan dukungan terhadap seluruh petugas rumah sakit dalam menjaga keselamatan dan keamanan pasien : keteladanan (*clinical champions*), evaluasi dan umpan balik, *coaching* dan *mentoring* terhadap staf secara berkesinambungan untuk memberdayakan petugas rumah sakit; dukungan terhadap upaya keselamatan pasien juga mencakup alokasi sumberdaya orang, informasi, bahan dan peralatan.
- c. Manajemen risiko secara terpadu : makna manajemen risiko tidak hanya terbatas pada litigasi oleh pasien maupun karyawan, tetapi lebih mendasar lagi, khususnya keselamatan pasien, karyawan dan pengunjung rumah sakit; pemantauan, investigasi, analisis, manajemen dan pelatihan mengendalikan

risiko merupakan suatu kesatuan. pertimbangan risiko harus menjadi bagian strategi manajemen pelayanan kesehatan.

- d. Menganjurkan dan memfasilitasi pelaporan semua kasus medical error, yang dapat digabungkan dari tingkat lokal sampai tingkat nasional, dengan menjaga kerahasiaan pasien dan organisasi yang melaporkan, pelaporan harus menjadi pendorong pembelajaran, harus dikembangkan budaya pelaporan yang tanpa dibayangi ketakutan akan hukuman.
- e. Melibatkan pasien, keluarganya dan seluruh masyarakat: menjelaskan dan bila perlu minta maaf, menyelidiki penyebab secara terbuka, mendukung pasien bagaimana mengatasi dampak kesalahan medis, bekerjasama dalam pengobatan dan perawatan lebih lanjut, dan melibatkan pasien dalam investigasi dan rekomendasi untuk perubahan.
- f. Mempelajari dan menyebarluaskan temuan tentang penyebab kegagalan medis, antara lain dengan pendekatan *root cause analysis*, dinamika sistem, diagram tulang ikan, dan lain-lain.
- g. Memberikan solusi-solusi untuk mencegah "*harm*", bukan hanya sekedar menganjurkan staf untuk berhati-hati, tetapi mengatasi permasalahan mendasar, merancang peralatan, sistem dan proses-proses lebih intuitif, mempersulit petugas untuk melakukan kesalahan, mempermudah petugas untuk menemukan kesalahan.

## **8. Aspek hukum terhadap keselamatan pasien**

Aspek hukum terhadap "keselamatan pasien" atau keselamatan pasien adalah sebagai berikut UU Tentang Kesehatan & UU Tentang Rumah Sakit

- a. Tanggung jawab Hukum Rumah sakit
  - 1) Pasal 29b UU No.44/2009" Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan

mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.”

- 2) Pasal 46 UU No.44/2009 “Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan di RS.”
- 3) Pasal 45 (2) UU No.44/2009 “Rumah sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.”

b. Hak Pasien

- 1) Pasal 32d UU No.44/2009 “Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional”
- 2) Pasal 32e UU No.44/2009 “Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi” Pasal 32j UU No.44/2009 “Setiap pasien mempunyai hak tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan”
- 3) Pasal 32q UU No.44/2009 “Setiap pasien mempunyai hak menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana”

## **B. Supervisi**

### **1. Pengertian supervisi**

Supervisi berasal dari kata *super* bahasa latin yang berarti di atas dan *videre* bahasa latin yang berarti melihat. Bila dilihat dari asal kata aslinya. Supervisi berarti melihat dari atas. Pengertian supervisi secara umum adalah melakukan pengamatan secara berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilakukan oleh

bawahan untuk kemudian bila ditemukan masalah, segera diberikan bantuan yang bersifat langsung untuk mengatasinya, (Suarli & Bahtiar, 2010)

Supervisi adalah segala bantuan dari pemimpin/penanggung jawab kepada perawat yang ditunjukkan untuk perkembangan para perawat dan staf lainnya dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan (Suyanto, 2009).

Supervisi merupakan bagian dari fungsi manajemen yaitu fungsi Pengarahan yang bertujuan untuk mempertahankan agar segala kegiatan yang telah terprogram dapat dilaksanakan dengan baik dan lancar melalui aktifitas motivasi, bimbingan, pengarahan, dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari (Arwani, 2005)

## **2. Manfaat supervisi**

Bila supervisi dapat dilakukan dengan baik, akan banyak manfaat yang bisa diperoleh. Manfaat tersebut diantaranya (Suarli & Bahtiar, 2010) :

- a. supervisi dapat lebih meningkatkan efektifitas kerja. Peningkatan efektifitas kerja ini erat hubungannya dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dan bawahan.
- b. Meningkatkan efisiensi kerja karena dengan supervisi kesalahan yang dilakukan bawahan berkurang sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, materi dan sarana) yang sia-sia akan dapat di cegah.

Apabila kedua peningkatan ini dapat di wujudkan sama dengan telah tercapainya tujuan suatu organisasi. Tujuan pokok dari supervisi ialah menjamin pelaksanaan berbagai kegiatan yang telah di rencanakan secara benar dan tepat, dalam arti yang lebih

efektif dan efisien, sehingga tujuan yang telah ditetapkan organisasi dapat dicapai dengan memuaskan.

## **2. Unsur pokok dalam supervisi**

Triwibowo,(2013) unsur-unsur yang dimaksud adalah sebagai berikut:

### **a. Pelaksanaan**

Yang bertanggung jawab dalam melaksanakan supervisi adalah atasan yang memiliki kelebihan dalam organisasi, karena fungsi supervisi memang banyak terdapat pada tugas atasan. Namun untuk keberhasilan supervisi yang di utamakan adalah tingkat pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki atasan untuk pekerjaan yang tidak di supervisi, bukan oleh wewenangnya.

### **b. Sasaran**

Sasaran atau objek dari supervisi adalah pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan, serta bawahan yang melakukan pekerjaan. Disini terlihat lebih jelas bahwa bawahan yang melaksanakan pekerjaan akan disupervisi, tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan kinerja pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan.

### **c. Frekuensi**

Supervisi harus dilakukan dengan frekuensi yang berkala. Supervisi tidak dilakukan hanya sekali karena organisasi atau lingkungan selalu berkembang. Oleh sebab itu, organisasi perlu dilakukan penyesuaian agar dapat mengikuti berbagai perkembangan dan perubahan. Supervisi dapat membantu penyesuaian tersebut, yaitu melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan. Tidak ada pedoman yang pasti mengenai berapa kali supervisi harus dilakukan. Yang digunakan sebagai pegangan umum, supervisi biasanya bergantung dari derajat kesulitan pekerjaan yang dilakukan,

serta sifat penyesuaian mendasar, maka supervisi harus lebih sering dilakukan.

d. Tujuan

Tujuan dari supervisi adalah memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung sehingga dengan bantuan tersebut bawahan akan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil yang baik. Pemahaman seperti ini sangat penting, karena tujuan dari supervisi bukan hanya semata-mata untuk mencapai hasil yang baik tetapi bagaimana bawahan bisa memiliki kemampuan atau keahlian secara mandiri dan tidak hanya bergantung pada atasan.

e. Teknik

Teknik pokok supervisi pada dasarnya mencakup empat hal, yaitu:

- 1) Menetapkan masalah dan prioritasnya
- 2) Menetapkan penyebab masalah, prioritas, dan jalan keluarnya
- 3) Melaksanakan jalan keluar
- 4) Menilai hasil yang di capai untuk tindak lanjut.

### **3. Model-model supervisi**

a. Model konvensional

Supervisi dilakukan melalui inspeksi langsung untuk menemukan masalah dan kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan. Supervisi dilakukan untuk mengoreksi kesalahan staf dalam menjalankan tugas. Model ini sering tidak adil karena hanya melihat sisi negatife dari pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan perawat pelaksana sehingga sulit terungkap sisi positif, hal-hal yang baik ataupun keberhasilan yang telah dilakukan.

b. Model ilmiah

Supervisi dilakukan dengan pendekatan yang sudah direncanakan sehingga tidak hanya mencari kesalahan atau masalah saja. Oleh karena itu, supervisi yang dilakukan dengan model ini memiliki karakteristik sebagai berikut :

- 1) Dilakukan secara berkesinambungan
- 2) Dilakukan dengan prosedur, instrument dan standar supervisi yang baku
- 3) Menggunakan data yang objektif sehingga dapat diberikan umpan balik dan bimbingan.

c. Model klinis

Supervisi model klinis bertujuan untuk membantu perawat pelaksana dalam mengembangkan profesionalisme sehingga penampilan dan kinerjanya dalam pemberian asuhan keperawatan meningkat. Supervisi dilakukan secara sistematis melalui pengamatan pelayanan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat selanjutnya dibandingkan dengan standar keperawatan

d. Model artistik

Supervisi model artistik dilakukan dengan pendekatan personal untuk menciptakan rasa aman sehingga supervisi dapat diterima oleh perawat pelaksana yang akan disupervisi. Maka akan tercipta hubungan antara perawat dan supervisor terbuka yang mempermudah proses supervisi. Melalui supervisi yang baik, perawat pelaksana akan mendapat dorongan positif sehingga mau belajar dan meningkatkan kemampuan profesinya. Dan supervisor dapat menampakkan diri sebagai pembimbing yang siap mendengar dan berdiskusi mengatasi masalah asuhan keperawatan yang muncul.

#### 4. Cara supervisi

Secara teknik supervisi dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Dalam penerapannya dapat disesuaikan dengan keadaan dan kondisi serta tujuan supervisi. Bila untuk bimbingan dan arahan serta mencegah dan memperbaiki kesalahan yang terjadi maka supervisi langsung yang mungkin lebih tepat dilakukan, dan apabila hanya ditunjukkan untuk memantau proses tugas pelaksana keperawatan yang telah dijalankan secara global maka supervisi tidak langsung tepat digunakan.

Dengan perbedaan tersebut, untuk dapat melaksanakan supervisi yang baik ada dua hal yang perlu diperhatikan (Bachtiar dan Suarli, 2010):

##### a. Supervisi langsung

Supervisi ini dilakukan terhadap kegiatan yang sedang berlangsung. Pada supervisi modern diharapkan supervisor terlibat dalam kegiatan agar pengarahan dan pemberian petunjuk tidak disarankan sebagai perintah. Adapun pemberian secara efektif adalah sebagai berikut:

- 1) Pengarahan harus lengkap
- 2) Mudah dipahami
- 3) Menggunakan kalimat yang tepat dan baku
- 4) Berbicara benar dan lambat
- 5) Memberikan arahan yang logis
- 6) Hindari memberikan arahan banyak pada satu waktu
- 7) Pastikan bahwa arahan dipahami
- 8) Pastikan bahwa arahan supervisor dilaksanakan dan perlu tindak lanjut.

##### b. Supervisi tidak langsung

Supervisi dilakukan melalui laporan tertulis seperti laporan pasien dan catatan asuhan keperawatan pada setiap shift pagi,

sore dan malam. Dapat juga dilakukan dengan menggunakan laporan lisan seperti saat timbang terima shift, ronde keperawatan maupun rapat dan bilamana memungkinkan memanggil secara khusus para ketua tim dan kepala ruangan. Supervisi tidak melihat secara langsung kejadian dilapangan, sehingga mungkin terjadi kesenjangan fakta. Oleh karena itu klarifikasi dan umpan balik diberikan agar tidak terjadi salah persepsi dan masalah segera diselesaikan (Arwani, Dkk, 2005).

#### **5. Kompetensi supervisi**

Kuntoro, (2010) mengatakan tidak mudah menjadi seorang supervisor yang baik. Oleh karena Seorang supervisi keperawatan dalam menjalankan tugasnya sehari-hari harus memiliki kemampuan dalam :

- a. Memberikan pengarahan dan petunjuk yang jelas, sehingga dapat dimengerti oleh staf dan perawat pelaksana
- b. Memberikan saran, nasehat dan bantuan kepada staf dan perawat pelaksana
- c. Memberikan motivasi dan semangat kerja kepada staf dan tenaga keperawatan
- d. Mampu memahami proses kelompok (dinamika kelompok)
- e. Memberikan latihan yang diperlukan oleh staf dan perawat pelaksana
- f. Melakukan penilaian terhadap kinerja perawat
- g. Mengadakan pengawasan langsung agar asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien lebih baik.

## **BAB III**

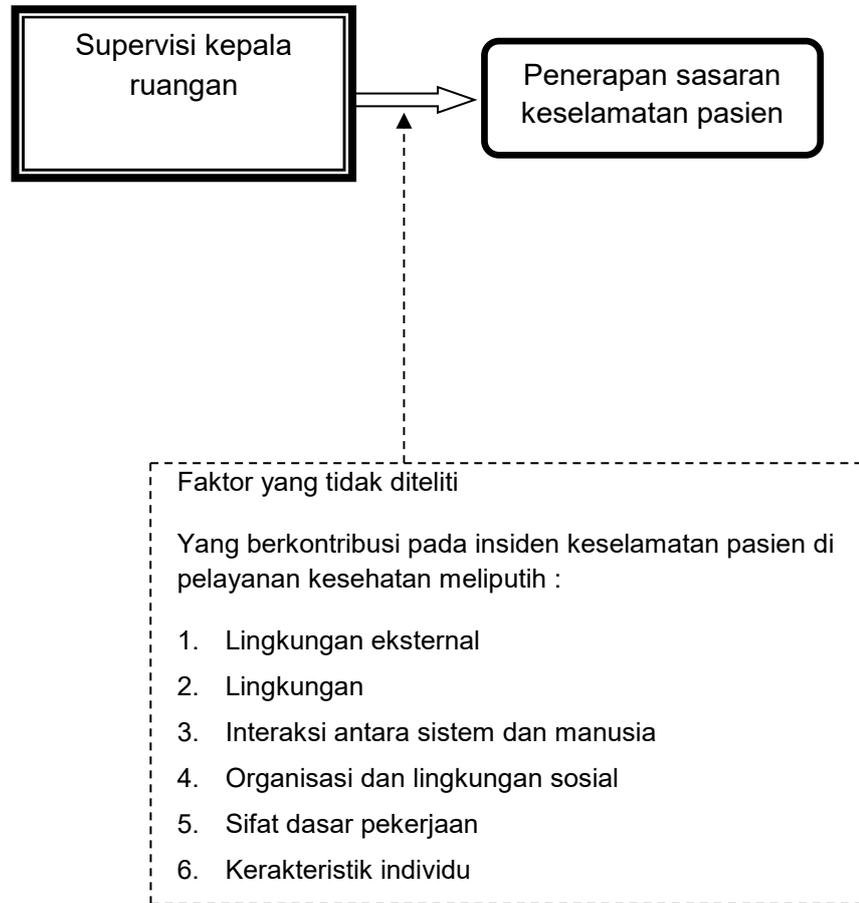
### **KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**

#### **A. Kerangka konseptual**

Kegiatan pelayanan di unit pelayanan keperawatan di rumah sakit merupakan tanggung jawab dan wewenang Kepala ruangan untuk mengelola dan mengontrol pelayanan keperawatan. Kepala ruangan melakukan supervisi untuk mengontrol dan mengelola setiap kegiatan di pelayanan keperawatan oleh perawat pelaksana dan apabila ditemukan masalah kepala ruangan akan memberikan bantuan yang bersifat langsung maupun tidak langsung untuk mengatasi masalah tersebut.

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah, menghindari, dan memperbaiki kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera-cedera dari pelayanan kesehatan.

Jadi, supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan akan berguna dalam pencegahan terhadap semua aspek yang terjadi yang dapat merugikan pasien, dan dari penjelasan diatas maka dapat digambarkan kerangka konsep sebagai berikut :



Skema 3.1 kerangka konseptual peneliti

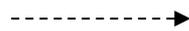
**Keterangan :**



: Variable independen



: Variable dependen



: Penghubung



: Variable perancu

## B. Hipotesis

Apakah ada hubungan supervisi kepala ruangan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

## C. Defenisi oprasional

Tabel 3.1

No	Variabel	Defenisi oprasional	Parameter	Cara ukur	Skala ukur	Skor
1	Independen: supervisi kepala ruangan	persepsi perawat pelaksana terhadap kemampuan kepala ruangan dalam melakukan teknik supervisi yaitu mengelola dan mengontrol kegiatan di unit pelayanan, terkait penerapan sasaran keselamatan pasien	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menetapkan masalah dan prioritasnya</li><li>2. Menetapkan penyebab masalah, prioritas, dan jalan keluarnya</li><li>3. Melaksanaka n jalan keluar</li><li>4. Menilai hasil yang di capai untuk tindak lanjut</li></ol>	Kuesioner A dengan jumlah pernyataan 21 item dengan pilihan : SL : Selalu SR : Sering KK :Kadang-kadang TP : Tidak pernah	Ordinal	Baik : Apabila total skor jawaban responden 64-84  Cukup : Apabila total skor jawaban responden 43-63  Kurang : Apabila total skor jawaban responden 21-42
2	Dependen : Penerapan	Persepsi perawat pelaksana	1.Melakukan ketepatan	Kuesioner B dengan jumlah 26 item	Ordinal	Baik : Apabila

<p>sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana</p>	<p>terhadap kemampuan dalam melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien di pelayanan kesehatan</p>	<p>identifikasi pasien</p> <p>2. Melakukan komunikasi yang efektif baik terhadap pasien maupun rekan kerja di RS</p> <p>3. Menjaga keamanan pasien dari obat yang perlu diwaspadai</p> <p>4. Memastikan benar tempat lokasi, tepat-prosedur dan tempat pasien oprasi</p> <p>5. Mengurangi resiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan</p> <p>6. Mengurangi resiko jatuh</p>	<p>pernyataan dengan pilihan :</p> <p>SL : Selalu</p> <p>SR : Sering</p> <p>KK :Kadang- kadang</p> <p>TP : Tidak pernah</p>	<p>total skor jawaban responden 79-104</p> <p>Cukup : Apabila total skor jawaban responden 53-78</p> <p>Kurang : Apabila total skor jawaban responden 26-52</p>
--	--	---	---	---

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian *non-experimental* yang tergolong dalam jenis penelitian observasional *analitik*. Penelitian ini bersifat *correlational* dimana digunakan untuk menjelaskan hubungan antara kedua variabel yaitu variabel independen (supervisi kepala ruangan) dan variabel dependen (penerapan sasaran keselamatan pasien). Rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen (supervisi kepala ruangan) dan dependen (penerapan sasaran keselamatan pasien) dilakukan sekaligus dan pada waktu bersamaan.

#### **B. Tempat dan waktu penelitian**

Penelitian ini akan dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, khususnya di ruangan rawat inap. Alasan memilih lokasi tersebut karena rumah sakit stella maris bagian dari yayasan Ratna Miriam yang merupakan yayasan sekolah tinggi ilmu kesehatan Stella maris Makassar sehingga mudah dijangkau. Waktu penelitian bulan februari-maret 2016.

#### **C. Populasi dan sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Hidayat, 2009). Populasi dalam

penelitian ini adalah perawat pelaksana di rumah sakit stella maris Makassar

## 2. Sampel

Sampel adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagai jumlah dari karakteristik yang memiliki populasi. (hidayat, 2009). Sampel dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana di Rumah Sakit Stella Maris di ruangan rawat inap bernadeth I berjumlah 16 perawat, dan St.bernadeth II berjumlah 18 perawat, St. bernadeth III.a berjumlah 15 perawat, St.bernadeth III.b berjumlah 17 perawat, dan St. yosep berjumlah 17 perawat.

Sampel diambil dengan *non-probability sampling* dengan pendekatan teknik *purposive sampling* yaitu cara pengambilan sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki oleh peneliti berdasarkan tujuan dan masalah dalam penelitian karena dianggap memiliki informasi dalam penelitian. (Suharsimi, 2005).

Untuk menentukan jumlah sampel yang akan diteliti digunakan rumus berikut :

$$S = \frac{z \times z \times n \times p \times q}{d \times d \times (N-1) + z \times z \times p \times q}$$

keterangan :

n : perkiraan jumlah sampel

z : nilai standar normal untuk  $\alpha$  (1,96)

N : jumlah populasi

P : perkiraan porporasi (0,5)

q : 1-P (0,5)

d : tingkat signifikan yang dipilih 95% (0,05)

$$\begin{aligned}
&= \frac{1,96^2 \cdot 83 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05 \times 0,05 (83-1) + 1,96 \times 1,96 \times 0,5 \times 0,5} \\
&= \frac{3,8416 \times 20,75}{0,0025 (82) + 3,8416 \times 0,25} \\
&= \frac{79,7132}{0,205 + 0,9604} \\
&= \frac{79,7132}{1,1654} \\
&= 68
\end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan diatas, maka besar sampel adalah 68 orang perawat. Untuk menentukan jumlah sampel yang akan diteliti dari masing-masing ruangan RS. Stella maris Makassar digunakan rumus :

$n1 = \frac{N1}{N} \times n$	=	$nB1 = \frac{16 \times 68}{83}$ <p>= 13 jumlah perawat</p>	$nB2 = \frac{18 \times 68}{83}$ <p>= 14 jumlah perawat</p>
		$nB3b = \frac{17 \times 68}{83}$ <p>= 14 jumlah perawat</p>	$nB3a = \frac{15 \times 68}{83}$ <p>= 12 jumlah perawat</p>
			$n. yosep = \frac{17 \times 68}{83}$ <p>= 13 jumlah perawat</p>

Ket :

n1 : perkiraan jumlah sampel

N1: jumlah populasi di tiap unit pelayanan

n : jumlah sampel

N : jumlah semua populasi

Kriteria sampel yaitu sebagai berikut :

Kriteria inklusi :

Perawat diruang perawatan St.yosep, St.bernadeth I, St.bernadeth II dan St.bernadeth yang bersedia menjadi subjek dalam penelitian

Kriteria eksklusi :

- a. Perawat yang pada saat dilakukan penelitian dalam keadaan sakit atau dalam keadaan cuti/berlibur
- b. Kepala ruangan dan kepala tim

### **3. Instrument penelitian**

Istrumen penelitian sebagai alat untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini yang digunakan adalah kuesioner baik itu untuk variabel independen maupun dependen yang berisi :

- a. Instrument A berisikan identitas responden, petunjuk dan keterangan dalam pengisian kuesioner
- b. Instrument B untuk mengukur persepsi perawat pelaksana terhadap kemampuan kepala ruangan dalam melakukan teknik supervisi terkait penerapan sasaran keselamatan pasien. digunakan kuesioner dengan skala likert. Skor (4) jika supervisi kepala ruangan selalu dilakukan, skor (3) jika supervisi kepala ruangan sering dilakukan, skor (2) jika supervisi kepala ruangan kadang-kadang dilakukan, dan skor (1) jika supervisi kepala ruangan tidak pernah dilakukan. Dengan 21 pertanyaan dengan total skor supervisi kepala ruangan Baik apabila skor 64-84, Cukup jika skor 63-43 dan Kurang jika skor 21-42.
- c. Instrument C untuk mengukur Persepsi perawat pelaksana terhadap kemampuan dalam melaksanakan 6 sasaran

keselamatan pasien di pelayanan kesehatan. Digunakan kuesioner dengan skala likert. Skor (4) jika penerapan sasaran keselamatan pasien selalu dilakukan, skor (3) jika penerapan sasaran keselamatan pasien sering dilakukan, skor (2) jika penerapan sasaran keselamatan pasien kadang-kadang dilakukan, dan skor (1) jika penerapan sasaran keselamatan pasien tidak pernah dilakukan. Dengan 26 pertanyaan. dengan total skor penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana baik jika nilai skornya = 79-104, cukup jika nilai skornya = 53-78 dan kurang baik jika total skornya = 26-52.

#### **4. Teknik Pengumpulan data**

Pengumpulan data adalah suatu cara untuk mengumpulkan data melalui subjek dalam penelitian (Setiadi, 2007). Pelaksanaan supervisi kepala ruangan akan menjadi variabel independan yang akan di data dengan menggunakan kuesioner. Pengisian kuesioner dilakukan oleh perawat pelaksana bertujuan untuk mengetahui persepsi perawat tentang pelaksanaan supervisi kepala ruangan secara lebih objektif. Penerapan keselamatan pasien menjadi variabel dependen yang didata juga menggunakan kuesioner. Pengisian kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui penerapan keselamatan pasien oleh perawat selama tindakan asuhan keperawatan. Alur pengambilan data yang dilakukan oleh peneliti antara lain :

##### **a. Tahap persiapan**

- 1) Peneliti melakukan koordinasi dengan program pihak studi ilmu keperawatan Stella maris Makassar
- 2) Peneliti melakukan wawancara terkait penerapan keselamatan pasien dengan tim keselamatan pasien dan

beberapa perawat ruang rawat inap di rumah sakit stella maris Makassar

- 3) Peneliti mencari data jumlah perawat ruang rawat inap di rumah sakit stella maris Makassar
- 4) Peneliti mengurus administrasi dengan pengajuan surat penelitian kepada ketua program studi Stik stella maris makassar

b. Tahap pelaksanaan

- 1) Responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusif akan dijadikan objek penelitian
- 2) Peneliti memberikan kuesioner kepada responden
- 3) Kuesioner yang telah selesai diisi oleh responden, harus dikumpulkan kembali kepeneliti

## 5. Etika penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etik penelitian dengan memperhatikan aspek :

a. *Informed consent*

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

b. *Anonymity*

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

c. *Confidentiality*

Peneliti tetap menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikan, peneliti hanya mengelompokkan data sesuai dengan kebutuhan. Semua catatan tentang

karakteristik responden yang telah diberikan sebagai dokumentasi hasil penelitian.

d. *Justice*

Setiap subjek penelitian diberlakukan sama berdasarkan moral, martabat, dan hak asasi manusia. Tidak mengistimewakan sebagian responden dengan responden yang lain.

e. *Protections from discomfort*

Penelitian ini menghindari ketidaknyamanan fisik ataupun mental dari responden dan lebih mengutamakan asas manfaat. Peneliti juga menjaga kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dan tidak akan mempengaruhi responden dan penelitian kerja dari responden.

f. *Respect for human dignity*

Subjek memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian *autonomy*. Subjek dalam peneliti juga berhak mendapatkan informasi yang terbuka dan lengkap tentang pelaksanaan penelitian meliputi tujuan dan manfaat penelitian, prosedur penelitian, resiko penelitian, keuntungan yang mungkin didapat dan kerahasiaan informasi..

g. *Balancing harm and benefits*

Prinsip penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan *beneficence*. Kemudian meminimalisir resiko atau dampak yang merugikan bagi subjek penelitian *nonmaleficence*.

## 6. **Pengelolaan data dan penyajian data**

Dalam penelitian ini pengelolaan dan penyajian data yang digunakan adalah analisis data statistik. Pada tahap ini

dilakukan kegiatan-kegiatan pendahuluan dari analisis kualitatif yang meliputi:

*a. Editing*

Proses editing dilakukan untuk memeriksa kembali kelengkapan pengisian kuesioner.

*b. Coding*

Dilakukan untuk memudahkan pengelolaan data yaitu memberikan simbol dari setiap kuesioner yang telah diisi oleh responden.

*c. Tabulasi*

Data diolah dalam bentuk master tabel yaitu distribusi hubungan antara variabel independen dan variabel dependen, kemudian disajikan dalam bentuk tabel 3x3.

Data-data yang dikumpulkan berupa :

1) Data primer

Adalah data yang diambil secara langsung dari objek yang akan diteliti

2) Data sekunder

Adalah data yang diambil dengan cara menelusuri dan menelaah literatur serta data yang diperoleh dari RS. Stella maris Makassar.

## **7. Analisis data**

Data dianalisis melalui persentase dan perhitungan jumlah dengan cara berikut :

*a. Analisis univariat*

Dalam penelitian ini, analisis data dilakukan terhadap masing-masing variabel, baik independen (supervisi kepala ruangan), maupun dependen (penerapan *patient safety*)

untuk melihat distribusi frekuensi dari setiap variabel yang diteliti.

b. Analisis bivariat

Untuk menjawab tujuan penelitian dan mengkaji hipotesis penelitian, maka dilakukan analisis data untuk melihat hubungan variabel independen (supervisi kepala ruangan) dan variabel dependen (penerapan *patient safety*) dengan menggunakan uji statistik chi square dengan tingkat kemaknaan ( $\alpha$ ) 0,05.

## BAB V

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Pengantar

Bab ini menguraikan tentang pelaksanaan penelitian, hasil penelitian dan pembahasan tentang Hubungan supervisi kepala ruangan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Penelitian ini dilakukan pada 66 perawat pelaksana diruangan rawat inap. Pengambilan data berlangsung dua minggu, pada tanggal 14 Maret 2016 - 31 Maret 2016 oleh peneliti. Proses penelitian diawali dengan pengambilan surat izin kepihak rumah sakit. Selanjutnya peneliti bertemu dengan kepala ruangan rawat inap untuk permohonan izin dan pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, perawat pelaksana di ruang rawat inap St. bernadeth I, II, IIIa, IIIb dan St. Yosep yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Peneliti memberikan penjelasan terkait manfaat dan tujuan penelitian sebelum perawat pelaksana bersedia menjadi responden. Setelah perawat pelaksana bersedia jadi responden kemudian responden diminta untuk membaca dan menandatangani lembar *informed consent*.

Proses selanjutnya adalah pengumpulan data melalui kuesioner supervisi kepala ruangan dan penerapan keselamatan pasien yang diisi oleh responden dan dilakukan dalam waktu sekali pengisian. Peneliti selanjutnya membagikan kuesioner kepada perawat pelaksana. Kuesioner yang telah terisi selanjutnya dilakukan pengolahan data meliputi editing, coding, entry dan cleaning. Supervisi kepala ruangan dan penerapan keselamatan pasien dikategorikan menjadi tiga yaitu baik, cukup, dan kurang.

## 2. Gambaran 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, 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, Propinsi 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 Katolik yang berpedoman pada nilai-nilai injil.

Rumah Sakit Stella Maris memiliki visi dan misi tersendiri. Dalam penyusunan visi dan misi, pihak Rumah Sakit Stella Maris mengacu pada misi tarekat dan Citra Ratna Nirmala 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.

### a. 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 Saki 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

c) 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) Pelayanan kesehatan dengan standar peralatan kedokteran yang mutakhir dan komprehensif
- (e) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya

3. Hasil penelitian

a. Analisis karakteristik responden

Data dalam penelitian ini menggambarkan Karakteristik Responde. Data karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan.

1) Berdasarkan kelompok umur

Tabel 5.1

Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur Di Ruang PerawatanRS.Stella Maris Makassar 2016 (n=66)

	<b>Mean</b>	<b>median</b>	<b>SD</b>	<b>min-max</b>
<b>Usia (Tahun)</b>	27,95	25,50	5,570	21-42

Sumber data : Primer 2016

Berdasarkan tabel diatas distribusi karakteristik usia menunjukkan rerata usia perawat pelaksana yaitu berada pada 27 tahun dan usia muda 21 tahun dan tertua 42 tahun.

2) Berdasarkan kelompok jenis kelamin dan pendidikan

Tabel 5.2

Distribusi Responden Berdasarkan jenis kelamin dan tingkat pendidikan Di ruangan perawatan RS.Stella Maris Makassar 2016 (n=66)

Karakteristik perawat	Frekuensi	Persentase (%)
<b>Jenis kelamin</b>		
1. Laki-laki	5	7,6
2. Perempuan	61	92,4
<b>Tingkat Pendidikan</b>		
1. SI Ners	14	21,2
2. Diploma	48	72,7
3. SPK	4	6,1

Sumber data : Primer 2016

Hasil tabel diatas menunjukkan distribusi data jumlah responden lebih banyak berjenis kelamin perempuan yaitu 61 (92,4%), sedangkan laki-laki berjumlah 5 (7,6%) perawat. Pendidikan perawat pelaksana masih banyak DIII keperawatan yaitu 48 perawat (72,7%), sedangkan SI dan Ners sebanyak 14 perawat (21,2%) dan masih terdapat perawat dengan pendidikan SPK yaitu 4 perawat (6,1%) yang seharusnya sudah tidak ada menurut peraturan UU saat ini.

b. Analisa Univariat

Analisis univariat adalah untuk melihat distribusi masing-masing variabel di rumah sakit Stella Maris Makassar yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini

1) Frekuensi supervisi kepala ruangan

Tabel 5.3

Distribusi Responden tentang supervisi kepala ruangan  
Di Ruang Perawatan di RS.Stella Maris  
Makassar 2016 (n=66)

Supervisi kepala ruangan	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	37	56,1
Cukup	27	40,9
Kurang	2	3,0

*Sumber data : Primer*

Tabel diatas menunjukkan persepsi perawat pelaksana terhadap supervisi kepala ruangan 37 perawat (56,1%) mempersepsikan baik, namun masih ada 2 perawat (3,0%) yang mempersepsikan kurang.

Tabel 5.4

Gambaran distribusi penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana diruang rawat inap rumah sakit stella maris Makassar 2016 (n=66)

	frekuensi	Persentase (%)
<b>Penerapan keselamatan pasien</b>		
Baik	39	59,1
Cukup	27	40,9
Ketepatan identifikasi pasien		
Baik	38	57,6
Cukup	27	40,9
Kurang	1	1,5
Meningkatkan komunikasi yang efektif		
Baik	16	24,2
Cukup	46	69,7
Kurang	4	6,1
Meningkatkan keamanan dari obat yang perlu diwaspadai ( <i>high alert medication</i> )		
Baik	29	43,9
Cukup	37	56,1
Memastikan benar tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat pasien operasi		
Baik	27	40,9
Cukup	37	56,1
Kurang	2	3,0
Mengurangi resiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan		
Baik	31	47,0
Cukup	34	51,5
Kurang	1	1,5
Mengurangi resiko pasien jatuh		
Baik	36	54,5
Cukup	27	40,9
Kurang	3	4,5

Sumber data : Primer 2016

Tabel diatas memaparkan penerapan sasaran keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat pelaksana sudah baik yaitu 39 perawat (59,1%). Namun, bila dilihat dari setiap sasaran keselamatan pasien tersebut diperoleh pada sasaran no 3 yaitu meningkatkan komunikasi efektif masih kurang baik, ada 4 (6,1%) perawat yang mempersepsikan kurang. Dan pada sasaran keselamatan pasien no 6 yaitu mengurangi resiko pasien jatuh masih ada 3 (4,5%) perawat yang mempersepsikan kurang baik.

c. Analisis bivariat

Table 5.5

Analisa hubungan supervisi kepala ruangan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di rumah sakit stella maris Makassar 2016 (n=66)

Supervisi kepala ruangan	Penerapan sasaran keselamatan pasien						P*
	Baik		cukup		Total		
	N	%	n	%	n	%	
Baik	28	75,7	9	24,3	37	100	0,002
Cukup	11	37,9	18	62,1	29	100	

Analisis *chi-square* =0,04

Dari hasil analisis dengan menggunakan uji *Chi-Square* didapatkan ada 2 (33,3%) cells nilai *expected count* yang kurang dari 5, atau lebih dari 20% dengan tabel 3x2 yang tidak layak, sehingga dilakukan penggabungan sel untuk tabel 2x2 yang akan dibaca pada *Continuity Correction*, dan diperoleh nilai  $p = 0,004$ , hal ini menunjukkan nilai  $p < \alpha (0,05)$  maka hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima dan hipotesis nol ( $H_o$ ) ditolak berarti ada hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruangan perawatan rumah sakit stella maris Makassar.

## B. Pembahasan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti pada perawat pelaksana di ruangan perawatan Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dengan jumlah responden 66 perawat. Di dapatkan hasil berdasarkan analisis pada *pearson chi-square* diperoleh nilai  $p=0,002$  dimana nilai  $\alpha=0,05$ . Dengan demikian bahwa ada hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Penerapan sasaran keselamatan pasien dapat membangun kesadaran perawat pelaksana dan segala pihak untuk mencegah kesalahan dan melaporkan jika ada kesalahan. Selain itu, dapat membantu organisasi dalam membuat kebijakan tentang keselamatan pasien. Hamdani, (2007) dikutip Beginta, (2012).

Untuk mengelola penerapan keselamatan pasien dibutuhkan fungsi manajemen termasuk supervisi dari manajer. Gillies (1994 dalam Wahyudi , 2011) menjelaskan bahwa supervisi yang baik dan tepat akan menghasilkan pemahaman dalam melakukan pekerjaan yang diperintahkan. Perawat harus mampu memahami pekerjaannya, sehingga pekerjaan yang dilakukan tidak tumpang tindih dan dapat terselesaikan sesuai tujuan yang diharapkan. George R. terry (dalam Wiryoputro, 2008), menjelaskan bahwa supervisi hendaknya jelas dan selengkap mungkin sehingga staf dapat mengerti.

Hasil penelitian menunjukkan 28 dari 37 perawat pelaksana yang mempersepsikan supervisi kepala ruangan sudah baik, menurut peneliti hal ini terjadi karena kepala ruang sebagai supervisor mempunyai tanggung jawab untuk dapat memecahkan masalah yang dialami perawat pelaksana sehingga dapat meningkatkan kinerja perawat khususnya dalam menerapkan keselamatan pasien. Bush (2005), menyatakan bahwa supervisor berperan dalam memberikan bimbingan dan evaluasi terhadap perkembangan personel, profesional dan pendidikan staf keperawatan untuk menjamin pelayanan keperawatan yang optimal dan aman untuk pasien. Pelaksana supervisi yang optimal mencegah terjadinya kejadian yang tidak diinginkan pada pasien, memelihara pelaksana kerja sesuai standar dan meningkatkan keselamatan.

Penelitian ini juga memaparkan penilaian perawat terhadap supervisi kepala ruangan cukup baik yaitu 29 perawat, 11 (37,9%) diantaranya mampu menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan baik. menurut peneliti hal ini disebabkan karna adanya dorongan dari

diri sendiri atau motivasi dari dalam setiap individu yang dapat mempengaruhi perilaku dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien. Ariyani (2008) menjelaskan motivasi mempunyai arti mendasar sebagai inisiatif penggerak perilaku seseorang secara optimal, hal ini disebabkan karena motivasi merupakan kondisi internal, kejiwaan dan mental manusia seperti aneka keinginan, harapan kebutuhan, dorongan dan kesukaan yang mendorong individu untuk berperilaku kerja guna mencapai tujuan yang dikehendakinya atau mendapatkan kepuasan atas pekerjaannya. Selain itu dari 29 perawat yang mempersepsikan supervisi kepala ruangan cukup ada 18 (62,1%) yang menerapkan sasaran keselamatan pasien cukup baik pula. (Arwani, 2005) menjelaskan bahwa kegiatan-kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktiifitas bimbingan, pengarahan, motivasi, dan evaluasi pada stanya dalam melaksanakan kegiatan dan tugas sehari-hari dapat mempengaruhi bawahan untuk menerapkan sasaran keselamatan pasien . Jadi bila bimbingan dari seorang manajer kurang maka perawat pelaksana dapat kurang termotivasi untuk menerapkan sasaran keselamatan pasien. Gillies (1994 dalam Wahyudi 2011), menjelaskan bahwa supervisi bersifat fasilitatif karena memberikan pengetahuan terhadap pekerjaan yang diawasi sehingga pelaksanaan mampu memperbaiki kekurangan sebelum terjadinya masalah yang lebih serius.

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam pelayanan kesehatan karena pada dasarnya pelayanan kesehatan untuk menyelamatkan pasien dan keselamatan merupakan hak bagi pasien dalam menerima pelayanan kesehatan. Pernyataan diatas sesuai dengan pendapat hiprocretes yaitu "*frist, do no harm*" dan keselamatan pasien terkait dengan mutu pelayanan rumah sakit (Depkes RI, 2008), keselamatan pasien merupakan kebutuhan yang penting untuk dipenuhi selama pelayanan kesehatan.

Dari hasil penelitian juga didapatkan pada umumnya perawat menerapkan sasaran keselamatan pasien sudah baik. namun, terdapat masih kurang dan cukup baik dilihat dari setiap 6 sasaran keselamatan pasien masih banyak terdapat pada sasaran ke 2 yaitu meningkatkan komunikasi efektif 46 (69,7%), sasaran ke 3 meningkatkan keamanan dari obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) dan sasaran ke 4 memastikan benar tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat pasien operasi ada 37 (56,1%). Dan masih ada perawat yang menerapkan kurang yaitu sasaran ke 2 meningkatkan komunikasi efektif ada 4 (6,1%) perawat yang mempersepsikan kurang, dan mengurangi resiko jatuh juga masih ada 3 (4,5%) perawat yang mempersepsikan kurang.

Kegagalan komunikasi merupakan penyebab utama kejadian yang membahayakan pasien. Permenkes RI No 1691, menyebutkan bahwa komunikasi yang mudah terjadi kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon, serta saat pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan. Depkes RI (2008), menyatakan bahwa kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima pasien antara perawat, dapat mengakibatkan terputusnya kesinambungan pelayanan sehingga pengobatan yang tidak tepat berpotensi mengakibatkan cedera terhadap pasien. oleh karena itu perlu memberi kesempatan kepada semua anggota tim untuk berbicara dan bertukar informasi dengan baik.

Selain itu, Hasil penelitian menunjukkan resiko jatuh ada 3 (4,5%) perawat yang mempersepsikan kurang. Pengurangan resiko jatuh dirumah sakit stella maris Makassar dari data literatur pendidikan yang didapatkan pada tahun sebelumnya pada tahun 2014 KTD untuk pasien jatuh dari tempat tidur ada 5 dan ditahun 2015 ada 1. Menurut peneliti, pasien jatuh merupakan kejadian yang tidak dapat diprediksi, kondisi pasien untuk beraktivitas mempengaruhi keamanan dan keselamatan pasien. Deteksi dini oleh perawat dilakukan sebagai

upaya untuk menghindari terjadinya jatuh pada pasien. Pengurangan resiko jatuh perlu dengan pemberian tanda dikamar pasien sehingga mempermudah perawat mengerti status resiko pasien. pengurangan jatuh selain menggunakan *bed side-rail* dengan baik, dapat mengikutkan keluarga dalam proses monitor status pasien.

Kemenkes RI (2011), menjelaskan bahwa pengurangan resiko pasien jatuh merupakan indikator terakhir pada variabel penerapan keselamatan pasien. pencegahan pasien jatuh dapat dikurangi dengan kolaborasi, pengkajian secara berkala resiko jatuh pada pasien, monitoring secara ketat pasien yang beresiko tinggi dengan memberikan tanda, melibatkan pasien dan keluarga dalam pencegahan pasien jatuh. Pasien dengan resiko tinggi diidentifikasi dan diberikan pelayanan sesuai.

Wijayanti (2012), menyebutkan bahwa pelaksanaan supervisi yang tidak adekuat berakibat pada penurunan efektivitas dan efesiensi kerja perawat pelaksana serta membahayakan keselamatan pasien. Kepala ruangan sebagai pelaksana supervisi di ruang perawatan yang dipimpinya perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk melakukan supervisi.

Supervisi adalah bantuan dari penanggung jawab kepada perawat yang untuk pengembangan para perawat dan staf lainnya dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan. Kegiatan supervisi semacam ini merupakan dorongan, bimbingan, dan kesempatan bagi pertumbuhan dan perkembangan keahlian dan kecakapan para perawat (suyanto, 2009), supervisi memungkinkan manajer keperawatan menemukan berbagai hambatan permasalahan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruangan dengan mengkaji secara menyeluruh faktor-faktor yang mempengaruhinya dan bersama dengan staf keperawatan untuk mencari jalan pemecahannya.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan supervisi kepala ruangan dengan penerapan keselamatan pasien perawat pelaksana Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar dapat disimpulkan : Ada hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit stella maris Makassar.

#### **B. Saran**

Saran yang dapat diberikan terkait dengan hasil dan pembahasan penelitian tersebut adalah:

1. Bagi instituti pelayanan kesehatan rumah sakit
  - a. Kepala ruangan meningkatkan supervisi terhadap perawat pelaksana dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien secara berkala
  - b. Rumah sakit memberikan pelatihan terkait penerapan keselamatan pasien khususnya meningkatkan komunikasi efektif dan pengurangan resiko jatuh
  - c. Perawat menumbuhkan budaya keselamatan pasien dalam setiap pelayanan keperawatan yang diberikan.
2. Bagi peneliti  
Penelitian selanjutnya dalam meneliti terkait supervisi kepala ruang dan keselamatan pasien dapat menggunakan metode penelitian lain seperti observasi dan wawancara mendalam.
3. Bagi institusi pendidikan  
Institusi pendidikan 59 mengembangkan pendidikan keperawatan khusus , tentang penerapan sasaran

keselamatan pasien dengan memperbanyak latihan simulasi dalam memenuhi keselamatan pasien sehingga mahasiswa memiliki kesadaran dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arwani, SKM dkk. (2005). Manajemen bangsal keperawatan. Jakarta : penerbit EGC
- Aryani. (2008). Analisis pengetahuan dan motivasi perawat yang mempengaruhi sikap mendukung penerapan program patient safety di instalasi perawatan intensif RSUD. DR moewardi Surakarta.
- Cahyono. B (2008). Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktik kedokteran. Yogyakarta: penerbit kanisius
- Departemen kesehatan R.I (2006). Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit. Jakarta: Bhakti Husada.
- Depkes RI. (2008). Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (*patient safety*). Jakarta: Depkes RI.
- 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 service.
- Hidayat.A.A. (2009). Metode penelitian keperawatan dan theknik analisis data. Jakarta: salempa medika.
- Kemenkes RI. (2011). Standar akreditasi rumah sakit, kerjasama direktorat jenderal bina upaya kesehatan kementerian kesehatan rebublik Indonesia dengan komisi akreditasi rumah sakit (KARS) : Jakarta
- KKP-RS. (2008). Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien. Jakarta: KKP-RS
- Kuntoro, A.(2010).*Buku Ajar Manajemen Keperawatan*.Yogyakarta: Nuha Medika.
- Marquis L.B, Huston .J.C (2013). Kepemimpinan dan manajemen keperawatan: Teori & aplikasi, ed 4. Jakarta : ECG

- Menteri kesehatan republic indonesia. (2011). Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia no. 1691/menkes/per/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit.
- Mulyana. (2013). Analisis penyebab insiden keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di unit rawat inap di rumah sakit. Jurnal kesehatan.
- Murdyastuti. (2010) pengaruh persepsi tentang profesionalitas, pengetahuan dan motivasi perawat terhadap Pelaksanaan program patients safety RS prof. Dr. R. Soeharso Surakarta [jurnal kesehatan].
- Notoatmodjo. S. 2012. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: Rineka cipta
- Purwanto.(2012). Pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS haji Jakarta.
- Rumampuk maria.V.H. (2013). Peran kepala ruangan melakukan supervisi perawat dengan penerapan patient safety di ruang rawat inap rumah sakit [jurnal kesehatan].
- Suarli, S; & Bahtiar, Y.(2010). Manajemen Keperawatan: Dengan Pendekatan Praktis. Jakarta: Erlangga.
- Suyanto. (2011). Metodologi dan aplikasi penelitian keperawatan. Yogyakarta: medical book.
- Suyanto. (2009). Mengenal kepemimpinan dan manajemen keperawatan di rumah sakit. Jogjakarta: mitra cendikia.
- Tribowo C. (2013). Manajemen pelayanan keperawatan di rumah sakit. Jakarta: trans info media.
- Wahyudi, A. (2011). Hubungan antara komitmen pada organisasi dan supervisi dari kepala ruangan dengan kepuasan kerja perawat di RSUD dokter soedarjopontianak.
- WHO collaborating centre for patient safety solutions. (2007). *Look-alike, sound-alike medications names. Patient safety solution. Volume 1.*
- WHO. (2004). Hospital nurse staffing and quality of care.

Wijayanti, C, D. (2012). Pengaruh penerapan *quality curcle* oleh perawat *clinical care* manajer terhadap kemampuan supervisi klinik di rumah sakit PGI cikini Jakarta.





## LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth  
Bpk./Ibu/Sdra/i Calon Responden  
Di\_  
Tempat.

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Lorensiana PS  
Alamat : Makassar

Adalah mahasiswa program studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Makassar yang akan mengadakan penelitian tentang “Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Kami sangat mengharapkan partisipasi saudara/saudari dalam penelitian ini demi kelancaran pelaksanaan penelitian.

Kami menjamin kerahasiaan dan segala bentuk informasi yang saudara/saudari berikan dan apabila ada hal-hal yang masih ingin ditanyakan, kami memberikan kesempatan yang sebesar-besarnya untuk meminta penjelasan dari peneliti.

Demikian penyampaian dari kami, atas perhatian dan kerja sama kami mengucapkan terima kasih.

Peneliti

Lorensiana PS  
(CX. 1414201139)

## LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul Penelitian : “Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Peneliti : Lorensiana PS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : .....  
Umur : .....  
Jenis kelamin : .....  
Alamat : .....

Bersedia menjadi responden pada penelitian yang berjudul “Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit 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. Tanpa ada paksaan dan tekanan dari pihak manapun.

Makassar... 2016

(.....)

## KUESIONER PENELITIAN

### Hubungan supervisi kepala ruangan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana

#### Identitas responden

Nama (Initial) :

Umur :

Jenis kelamin :

#### Petunjuk

Bacalah dengan teliti pernyataan – pernyataan dibawah ini, kemudian jawablah dengan memberi tanda ceklist (  $\checkmark$  ) pada kotak yang tersedia. Jawaban anda berdasarkan kejadian / perasaan yang dialami saat ini. **Kejujuran jawaban anda sangat penting dan dihargai.** Atas kesediaan dan partisipasi anda dalam mengisi kuesioner ini kami ucapkan terima kasih.

#### **Keterangan** :

variabel Independen mapupun variabel dependen dengan kriteria :

**SL** : Selalu

**SR** : Sering

**KK** : Kadang-kadang

**TP** : Tidak pernah

#### **Lampiran :**

**Selalu** : kebiasaan yang terus-menerus setiap hari dalam 1 minggu

**Sering** : kebiasaan yang terus-menerus tapi tidak setiap hari 5-6 hari

**Kadang-kadang** : kebiasaan yang hanya dilakukan saat mau untuk dilakukan, 3-4 hari

**Tidak pernah** : kebiasaan yang hampir tidak pernah dilakukan

## Instrument A

### Kuesioner supervisi kepala ruangan

No	Pernyataan	Penilaian			
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	Melalui bimbingan saya memahami keselamatan pasien secara benar				
2	Bimbingan dari supervisor membuat saya menemukan kejelasan tentang keselamatan pasien				
3	Bimbingan yang dilakukan supervisor berfokus pada penyelesaian masalah prioritas dan jalan keluarnya				
4	Program bimbingan dijadwalkan bersama kepala ruangan dan staf yang akan dilakukan supervisi				
5	Bimbingan supervisor hanya dilakukan tiap kami menghadapi masalah				
6	Supervisor memberikan arahan kepada saya dalam bekerja				
7	Pekerjaan saya tidak sesuai dengan SOP setelah pengarahan				
8	Kami bekerja sesuai dengan rutinitas tanpa harus diarahkan				
9	Pengarahan yang diberikan , mampu mendorong kami menyelesaikan tugas secara teratur sesuai standar				
10	Supervisor memberikan contoh kepada saya dalam menerapkan keselamatan pasien				
11	Supervisor memberi penguatan terhadap keamanan asuhan keperawatan kepada pasien				
12	Supervisi menambah ketidakpahaman saya dalam keselamatan pasien				
13	Supervisi yang dilakukan membuat saya ingin menerapkan keselamatan pasien dengan baik				
14	Keselamatan pasien yang dilakukan				

	staf dievaluasi oleh supervisor				
15	Hasil evaluasi keselamatan pasien dibicarakan kembali oleh supervisor kepada staf yang dilakukan supervisi				
16	Supervisor memberikan solusi terhadap hasil evaluasi penerapan keselamatan pasien				
17	Evaluasi pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) belum dilakukan dengan teratur				
18	Saya merasa evaluasi belum memudahkan control terhadap IKP				
19	Rapat ruangan digunakan sebagai media untuk membahas hasil evaluasi program dan laporan keselamatan pasien				
20	Hasil evaluasi penerapan keselamatan pasien ditanggapi dengan segera				
21	Evaluasi penerapan keselamatan pasien hanya dilakukan pada waktu tertentu				

### Instrument B

#### Kuesioner *patient safety*

No	pernyataan	Penilaian			
		Selalu	Sering	Kadang-	Tidak

				kadang	pernah
1	Saya melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan pengambilan sampel darah melalui nama dan nomor tempat tidur pasien				
2	Saya hanya menanyakan nama pasien sebelum melakukan tindakan keperawatan				
3	Saya hanya mengecek nomor tempat tidur pasien sebelum pemberian obat				
4	Saya mengecek nama, tanggal lahir dan golongan darah pasien dengan label darah sebelum transfusi darah				
5	Saya menanyakan apakah pesan yang saya terima sudah benar setelah pembacaan kembali				
6	Saya tidak menjelaskan tujuan, dan manfaat tindakan yang akan dilakukan				
7	Saya mengucapkan salam dan langsung melakukan tindakan				
8	Saya menanyakan kepada pasien dan keluarga jika tidak mengerti tentang tindakan				
9	Saya enggan memeriksa kembali obat yang sudah disiapkan				
10	Saya memeriksa obat yang disiapkan dua kali ( <i>2 times re/check</i> )				
11	Elektrolit yang disimpan di unit perawatan dipisah tanpa label				
12	Saya melakukan pemberian obat sesuai dengan SOP				
13	Saya memastikan ketepatan lokasi pemberian obat atau pengambilan spesimen				
14	Saya hanya menanyakan nama pasien dan nomor kamar sebelum pemberian obat				
15	Saya memastikan ketepatan lokasi, dan pasien operasi sesuai dengan SOP				
16	Saya melakukan identifikasi pasien operasi dengan hanya menanyakan nama pasien				
17	Saya menuliskan nama dan umur pasien pada spesimen sebelum dibawa ke laboratorium				

18	Prosedur cuci tangan yang diterapkan sesuai dengan yang di adopsi oleh rumah sakit				
19	Saya tidak perlu melakukan cuci tangan sebelum menyentu pasien				
20	Saya melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan invasive pada pasien				
21	Saya tidak perlu cuci tangan setelah mengganti cairan pasien				
22	Pasien yang baru masuk rawat inap dikaji resiko jatuh				
23	Pasien yang mengalami penurunan kesadaran tidak terpasang side/rail				
24	Sebelum meninggalkan pasien, saya memastikan side/rail terpasang				
25	Saya yakin rem tempat tidur terpasang dengan baik				
26	Observasi tiap 2-3 jam sekali dilakukan pada pasien dengan resiko jatuh tinggi				

**Umur**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21-28	53	80.3	80.3	80.3
	29-35	10	15.2	15.2	95.5
	36-42	3	4.5	4.5	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

**Statistics**

		umur	jeniskelamin	Pendidikanterakhir
N	Valid	66	66	66
	Missing	0	0	0
Mean		1.24	1.92	2.15
Median		1.00	2.00	2.00
Mode		1	2	2
Std. Deviation		.528	.267	.504
Variance		.279	.071	.254
Range		2	1	2
Minimum		1	1	1
Maximum		3	2	3

**Jenis kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	5	7.6	7.6	7.6
	Perempuan	61	92.4	92.4	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

**pendidikanterakhir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	spk	4	6.1	6.1	6.1
	diploma	48	72.7	72.7	78.8
	ners	14	21.2	21.2	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

**Statistics**

		supervisi	keselamatanpasien
N	Valid	66	66
	Missing	0	0
Mean		2.55	2.59
Median		3.00	3.00
Mode		3	3
Std. Deviation		.560	.495
Variance		.313	.245
Range		2	1
Minimum		1	2
Maximum		3	3

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
supervisi * keselamatanpasien	66	100.0%	0	0.0%	66	100.0%

#### supervisi \* keselamatanpasien Crosstabulation

		keselamatanpasien	Total
	cukup	baik	

supervisi	kurang	Count	2	0	2
		Expected Count	.8	1.2	2.0
		% within supervisi	100.0%	0.0%	100.0%
		% within keselamatanpasien	7.4%	0.0%	3.0%
		% of Total	3.0%	0.0%	3.0%
	cukup	Count	16	11	27
		Expected Count	11.0	16.0	27.0
		% within supervisi	59.3%	40.7%	100.0%
		% within keselamatanpasien	59.3%	28.2%	40.9%
		% of Total	24.2%	16.7%	40.9%
	baik	Count	9	28	37
		Expected Count	15.1	21.9	37.0
		% within supervisi	24.3%	75.7%	100.0%
		% within keselamatanpasien	33.3%	71.8%	56.1%
		% of Total	13.6%	42.4%	56.1%
	Total	Count	27	39	66
		Expected Count	27.0	39.0	66.0
		% within supervisi	40.9%	59.1%	100.0%
		% within keselamatanpasien	100.0%	100.0%	100.0%
% of Total		40.9%	59.1%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.860 <sup>a</sup>	2	.004
Likelihood Ratio	11.748	2	.003
Linear-by-Linear Association	10.675	1	.001
N of Valid Cases	66		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .82.

### PENGGABUNGAN SEL

#### Case Processing Summary

Cases					
Valid		Missing		Total	
N	Percent	N	Percent	N	Percent

supervisi02 * keselamatanpasien	66	100.0%	0	0.0%	66	100.0%
------------------------------------	----	--------	---	------	----	--------

**supervisi02 \* keselamatanpasien Crosstabulation**

		keselamatanpasien		Total	
		cukup	baik		
supervisi02	cukup+kurang	Count	18	11	29
		Expected Count	11.9	17.1	29.0
		% within supervisi02	62.1%	37.9%	100.0%
		% within keselamatanpasien	66.7%	28.2%	43.9%
		% of Total	27.3%	16.7%	43.9%
	baik	Count	9	28	37
		Expected Count	15.1	21.9	37.0
		% within supervisi02	24.3%	75.7%	100.0%
		% within keselamatanpasien	33.3%	71.8%	56.1%
		% of Total	13.6%	42.4%	56.1%
Total	Count	27	39	66	
	Expected Count	27.0	39.0	66.0	
	% within supervisi02	40.9%	59.1%	100.0%	
	% within keselamatanpasien	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	40.9%	59.1%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.581 <sup>a</sup>	1	.002	.003	.002
Continuity Correction <sup>b</sup>	8.084	1	.004		
Likelihood Ratio	9.751	1	.002		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9.436	1	.002		
N of Valid Cases	66				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.86.

b. Computed only for a 2x2 table

**Statistics**

		keselamatanpasien	supervisi
N	Valid	66	66
	Missing	0	0
Mean		2.59	2.53

Median		3.00	3.00
Mode		3	3
Std. Deviation		.495	.561
Variance		.245	.314
Range		1	2
Minimum		2	1
Maximum		3	3
	25	2.00	2.00
Percentiles	50	3.00	3.00
	75	3.00	3.00

### Keselamatan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cukup	27	40.9	40.9
	baik	39	59.1	100.0
	Total	66	100.0	100.0

### supervisi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	2	3.0	3.0
	cukup	27	40.9	43.9
	baik	37	56.1	100.0
	Total	66	100.0	100.0

**Statistics**

		identifikasi pasien	Komunikasi efektif	Keamanan obat yang perlu diwaspadai	Benar lokasi tempat dan pasien operasi	Mengurangi resiko infeksi	Mengurangi resiko pasien jatuh
N	Valid	66	66	66	66	66	66
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		2.56	2.18	2.44	2.38	2.45	2.50
Median		3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00
Mode		3	2	2	2	2	3
Std. Deviation		.530	.524	.500	.548	.532	.588
Variance		.281	.274	.250	.300	.283	.346
Range		2	2	1	2	2	2
Minimum		1	1	2	1	1	1
Maximum		3	3	3	3	3	3

**Identifikasi pasien**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	1	1.5	1.5	1.5
	cukup	27	40.9	40.9	42.4
	baik	38	57.6	57.6	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

**Komunikasi efektif**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	4	6.1	6.1	6.1
	cukup	46	69.7	69.7	75.8
	baik	16	24.2	24.2	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

**Keamanan obat yang perlu diwaspadai**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cukup	37	56.1	56.1	56.1
	baik	29	43.9	43.9	100.0

Total	66	100.0	100.0	
-------	----	-------	-------	--

**Benar lokasi tempat dan pasien oprasi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	2	3.0	3.0	3.0
	cukup	37	56.1	56.1	59.1
	baik	27	40.9	40.9	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

**Mengurangi resiko infeksi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	1	1.5	1.5	1.5
	cukup	34	51.5	51.5	53.0
	baik	31	47.0	47.0	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

**Mengurangi resiko pasien jatuh**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	3	4.5	4.5	4.5
	cukup	27	40.9	40.9	45.5
	baik	36	54.5	54.5	100.0
	Total	66	100.0	100.0	