

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS



SKRIPSI

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK PERAWAT PELAKSANA DENGAN
PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

Diajukan untuk memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Dalam
Program Studi Ilmu Keperawatan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
(STIK) Stella Maris Makassar

PENELITIAN NON EKSPERIMENTAL

Oleh

YOHANA ALFONSIA B. TUKAN

CX1514201144

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
2017**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yohana Alfonsia B. Tukan

Nim : CX1514201144

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain. Sepengetahuan kami bahwa topik penelitian ini merupakan penelitian pertama yang dilakukan di Rumah sakit stella maris Makassar.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2017

Yang menyatakan,

Yohana Alfonsia B. Tukan

LEMBARAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI**SKRIPSI****HUBUNGAN KARAKTERISTIK PERAWAT PELAKSANA DENGAN
PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Yohana Alfonsia B. Tukan (CX.1514201144)

Telah dibimbing dan disetujui Oleh:

**(LORANTINA A, Ns.M.Kep)****NIDN: 0909108301**Telah Diuji dan Dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji Pada
Tanggal Dan Dinyatakan
Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I

**(Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes)****NIDN: 0925027603**

Penguji II

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

Penguji III

**Fr. Blasius Perang CMM., SS., Ma. Psy****NIDN : 0923068102**Makassar, April 2017
Program Studi S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar
(Siprianus A., S. Si., Ns., M.Kes)**NIDN: 0928027101**

**HALAMAN PENGESAHAN
SKRIPSI**

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK PERAWAT PELAKSANA DENGAN
PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Yohana Alfonsia B. Tukan (CX.1514201144)

Susunan Dewan Penguji

Penguji I


(Elmiana Bongga Linggi.,Ns.,M.Kes)
NIDN: 0925027603

Penguji II


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

Penguji III


Fr. Blasius Perang CMM.,SS.,Ma.Psy
NIDN : 0923068102

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


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



PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :Yohana Alfonsia B. Tukan
Nim :CX1514201144

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2017

Yang menyatakan,

Yohana Alfonsia B. Tukan
CX1514201144

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmat dan penyertaannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul “Hubungan Karakteristik Perawat Pelaksana Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.”

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

1. Siprianus A. S. Si.,Ns.,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar dan penguji II yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi SI Keperawatan STIK Stella Maris Makassar
2. Lorantina A,S.Kep.,Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing dalam penyusunan skripsi ini, meskipun berada ditengah kesibukan dan tugasnya yang padat, beliau masih menyempatkan diri untuk memberikan bimbingan, arahan dan perhatian kepada kami untuk menghasilkan yang terbaik mulai dari awal hingga penyelesaian skripsi ini
3. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku wakil ketua I bidang Akademik
4. Rosdewi, Skp.,MSN selaku wakil ketua II bidang administrasi dan keuangan
5. Sr. Anita Sampe, JMJ.Ns.,MAN selaku wakil ketua III bidang kemahasiswaan
6. Fransiska Anita E.R.S,S.Kep,Ns.,M.Kep,Sp,KMB selaku ketua program studi SI Kepeawatan STIK Stella Maris Makassar.

7. Elmiana B.L.S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji I yang telah mengkoreksi dan memberika saran untuk menyempurnakan skripsi kami
8. Bapak dan ibu dosen beserta seluruh staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan bekal pengetahuan dan fasilitas selama menempuh pendidikan
9. Teristimewa kedua orang tuaku Papa Yoseph dan Ema Etha, Bapa dan Ema adalah separuh hidupku dan yang tersayang Ignasius Nope S.Pd yang telah mendukung penulis baik secara materi maupun rohani sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi sampai selesai
10. Semua teman-teman S1 Khusus angkatan 2015, echa, alise dan Sandra, K Rovinus sukardi dan adik Ines yang telah memberikan masukan dan dukungan buat penulis. Terima kasih atas kebersamaannya selama ini, kenangan bersama kalian tidak akan pernah terlupakan, sukses buat kita semua.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini mungkin terdapat kekurangan, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran konstruktif demi tercapainya kesempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat dan menambah wawasan pembaca serta bermanfaat bagi perkembangan ilmu kesehatan.

Makassar, 2017

Penulis

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

(Dibimbing oleh : Lorantina A)

YOHANA ALFONSIA BETO TUKAN

PROGRAM STUDI SI KEPERAWATAN DAN NERS

xv+ 113 Halaman + 26 Pustaka + 2 Tabel + 7 Lampiran

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien untuk menjadi lebih aman yaitu bebas dari bahaya, cedera dan perasaan takut baik secara fisik maupun psikologis. Rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien meliputi ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi, pengurangan resiko infeksi dan resiko jatuh. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan motivasi perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit stella maris Makassar Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif observasional analitik dengan rancangan *cross sectional*. Pengambilan sampel sebanyak 101 responden, dimana diambil dari populasi perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit stella maris Makassar, dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Analisis statistic yang digunakan yaitu analisis bivariat dengan menggunakan uji *che square* dan dilanjutkan dengan *uji alternative kolmogorov* dimana hasil yang di dapat adalah tidak ada hubungan pengetahuan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien, $p= 0.731$ ($\alpha > 0.05$) dan tidak ada hubungan motivasi dengan penerapan sasaran keselamatan pasien $p= 1.000$ ($\alpha > 0.05$). Saran penulis bagi perawat agar tetap mempertahankan ilmu dan pengetahuan yang ada dan mengembangkannya dengan mengikuti pelatihan, seminar dan sebagainya dan juga tetap mempertahankan motivasi yang tinggi demi mencapai tujuan bersama dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Kata Kunci : Pengetahuan, motivasi, keselamatan pasien

Kepustakaan : 30 (2005-2016)

ABSTRACT**THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND MOTIVATION OF NURSES WITH IMPLEMENTATION OF PATIENT SAFETY GOALS AT STELLA MARIS HOSPITAL****(Advised by : Lorantina A)****YOHANA ALFONSIA B. TUKAN****Bachelor Study Program of Nursing****xv+ 78 pages + 30 Libraries + 2 Images + 7 Appendix**

Safety is one of the basic human need which very important because it allows everyone to be free from danger, injury and fear, both and physically and psychologically. Everyone need a feel safe in their activities. Focus on patient safety implementation of patient safety goals driven by the high incidence of unexpected hospital. In an effort to build patient safety by targeted application of salvation is right, requires commitment and motivation is influenced by the knowledge possessed by the nurse. The study aimed to determine the relationship between knowledge and motivation of nurses with the implementation of patient safety goals at Stella Maris Hospital Makassar. This study used a quantitative approach analytic observational with cross sectional design. Data sample was 101 respondents and used random sampling technique. Statistical analyzes were used that bivariate analysis and che square. The result of the bivariate analysis showed that there was no relationship between knowledge and motivation with the implementation of patient safety goals ($p>0.05$). It suggests for nurse in order to retain knowledge and existing knowledge and develop it by attending training, seminar and so on and also keep maintaining high motivation to reach the common goal in giving health service.

Key words : knowledge, motivation, the goals of patient safety**Bibliography : 26 (2005-2015)**

DAFTAR ISI**Halaman**

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	iii
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Tinjauan Keselamatan Pasien	8
1. Pengertian Keselamatan Pasien.....	8

2. Tujuan Keselamatan Pasien	9
3. Standar Keselamatan Pasien	10
4. Sasaran Keselamatan Pasien	10
5. Insiden Keselamatan Pasien	21
6. Langkah Menuju Keselamatan Pasien	23
7. Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien	27
B. Faktor yang Berkontribusi dalam Keselamatan Pasien	29
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN ..	50
A. Kerangka Konseptual Penelitian	50
B. Hipotesis Penelitian	52
C. Definisi Operasional.....	52
BAB IV METODE PENELITIAN	54
A. Jenis Penelitian	54
B. Tempat dan Waktu Penelitian	54
1. Tempat Penelitian	54
2. Waktu Penelitian	54
C. Populasi dan Sampel	54
1. Populasi	54
2. Sampel	54
D. Instrumen Penelitian	54
1. Kuesioner A	57
2. Kuesioner B	57
3. Kuesioner C.....	57

E. Pengumpulan Data	58
1. Informed Consent	58
2. Anonymity	58
3. Confidentiality	58
F. Pengolahan Data	59
1. Pengolahan Data	59
2. Penyajian Data	59
G. Analisa Data	60
1. Analisa Univariat	60
2. Analisa Bivariat.....	60
BAB V PEMBAHASAN	61
A. Hasil Pembahasan.....	61
B. Pembahasan.....	69
BAB VI PENUTUP.....	75
A. Kesimpulan	75
B. Saran	75
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
	Definisi Operasional.....	52
Tabel 5.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Rata-rata Kelompok Umur dan Lama Kerja.....	63
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Rumah di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.....	63
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.....	64
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Pernikahan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.....	64
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.....	65
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Responden Terhadap motivasi dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.....	66

Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Responden Terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar	66
Tabel 5.8	Hubungan pengetahuan perawat dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar	67
Tabel 5.9	Hubungan motivasi perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit	58

DAFTAR GAMBAR

Halaman

1. Kerangka Konseptual 51

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

nBI	: Jumlah sampel ruangan St. Bernadeth I
nBII	: Jumlah sampel ruangan St. Bernadeth II
nBIIa	: Jumlah sampel ruangan St. Bernadeth lia
nJIII	: Jumlah sampel ruangan St. Joseph III
nJV	: Jumlah sampel ruangan St. Joseph V
nJVI	: Jumlah sampel ruangan St. Joseph VI
nJVII	: Jumlah sampel ruangan St. Joseph VII
nT	: Jumlah sampel ruangan St. Theresia
nM	: Jumlah sampel ruangan St. Maria
SPSS	: <i>Statistic Package and Social Sciences</i>
<	: Kurang dari
>	: Lebih dari
%	: Persen
Ho	: Hipotesis Nol (praduga tidak ada)
Ha	: Hipotesis Alternatif
α	: Alpha

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Persetujuan Responden
2. Kuesioner
3. Master Tabel
4. Hasil Tabulasi Data
5. Surat Ijin Penelitian
6. Surat Keterangan Selesai Penelitian
7. Jadwal Penelitian

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mutu merupakan gambaran total dari sifat dasar suatu jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan kebutuhan kepuasan. Menurut virawan (2011) menyatakan bahwa suatu pelayanan yang baik harus sesuai dengan layanan konsumen yang memungkinkan untuk mengurangi tingkat kesalahan, pekerjaan ulang, kegagalan, ketidakpuasan pelanggan, pemakaian alat diagnostic yang tidak semestinya dan meningkatkan hasil kapasitas serta memberikan dampak biaya yang lebih sedikit.

Peningkatan mutu pelayanan dengan memberikan pelayanan yang efisien dan efektif yaitu dengan menyesuaikan standar profesi, standar pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, pemanfaatan teknologi tepat guna dan hasil penelitian untuk mengembangkan pelayanan kesehatan atau keperawatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal (Nursalam, 2012). Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dapat dilakukan dengan mengembangkan akreditasi rumah sakit dimana indicator utamanya adalah *international patient safety goals (IPSG)* atau sasaran keselamatan pasien (SKP), *The Joint commission international (JCI)* (2011).

Keselamatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia dimana menjadi prioritas utama yang harus dilaksanakan dirumah sakit. Kebutuhan keselamatan berada urutan kedua dalam hirarki maslow sebagai kebutuhan fisiologis. Keselamatan pasien rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. System tersebut meliputi penilaian resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis pasien, kemampuan belajar dari analisis insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko (Depkes, 2008). Resiko yang terjadi salah

satu diantaranya adalah kesalahan yang dapat menyebabkan kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC), kejadian potensial cedera (KPC) dan sentinel (Permenkes, 2011). Untuk menghindari terjadinya insiden keselamatan tersebut dalam pelaksanaan program keselamatan pasien dalam pelayanan rumah sakit dipengaruhi oleh berbagai faktor yang terdiri dari organisasi dan manajemen, lingkungan kerja dan beban kerja yang berlebihan, waktu kerja, factor tugas seperti ketersediaan SOP, dan factor individu yang meliputi pengetahuan, keterampilan, sikap, pengalaman, kecerdasan, kemampuan sensorik, pelatihan dan pendidikan serta kelelahan dan motivasi (Cahyono, 2008).

Dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien salah satu faktor yang bisa menyebabkan KTD adalah komunikasi yang tidak efektif antara tim medis. Berdasarkan laporan *Agency for healthcare research and quality (AHRQ, 2003)* yang melakukan analisis terhadap 2,966 KTD, disimpulkan bahwa akar masalah KTD adalah masalah komunikasi 65 %, masalah orientasi/pelatihan 55 %, masalah yang berhubungan dengan tenaga kerja/pola alur kerja 21 %, masalah kompetensi 20 %, masalah ketidaktaatan terhadap prosedur 19 %, masalah yang berhubungan dengan kepemimpinan 12 % dan masalah kurangnya pengetahuan 9 %. Melihat masalah diatas, *the joint commision on accreditation of health care organitation (JCAHO)* menetapkan komunikasi efektif sebagai salah satu strategi untuk mengurangi KTD dalam asuhan medis. Berdasarkan telaah KTD yang dapat dihindari dikarenakan kurang terjalannya komunikasi yang efektif. Dalam proses komunikasi yang efektif adalah pendekatan standarisasi komunikasi *hand over*.

Meskipun komunikasi antar petugas dalam rangka penyerahan tanggung jawab atas pasien yang dirawat merupakan hal yang sudah menjadi kebiasaan dan pekerjaan sehari-hari, namun *awerenes* terhadap

proses komunikasi ini dirasakan masih kurang.

Tanpa standarisasi komunikasi dalam proses transisi perawatan pasien, maka resiko kesalahan dalam pelayanan sangat mungkin terjadi, karena informasi yang diberikan tidak tepat dan tidak lengkap. Masalah yang berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien merupakan keprihatinan internasional, sebagaimana dilaporkan Caber & Huligoss (2009) dalam studinya yaitu 889 kejadian malpraktek ditemukan 32 % akibat kesalahan komunikasi dalam serah terima pasien yang dapat menimbulkan kesalahan dalam pemberian obat, kesalahan pemahaman tentang rencana keperawatan, kehilangan informasi serta kesalahan pada test penunjang.

WHO (2004) menemukan kasus KTD dengan rentang 3,2 -16,6% rumah sakit di berbagai negara, yaitu Amerika, Inggris, Australia, dan Denmark Forster *et al* di Ottawa Hospital Kanada menyatakan bahwa 24 pasien dari 84 pasien diantaranya sakit akibat infeksi namun sebenarnya dapat dicegah dan tiga meninggal karena KTD yang disebabkan oleh terapi obat, komplikasi operasi, dan atau Infeksi nosokomial

Laporan insiden keselamatan pasien (IKP) oleh Komisi Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) di Indonesia pada bulan Januari - April 2011, menemukan bahwa adanya pelaporan kasus KTD (14,41%) dan KNC (18,53%) yang disebabkan karena proses atau prosedur klinik (9,26 %), medikasi (9.26%) dan pasien jatuh (5,15%), sedangkan di RS Unhas (Universitas Hasanuddin) terdapat 18 kasus IKP di sembilan unit yaitu instalasi rawat jalan, rawat inap, IGO (Instalasi Gawat Darurat), ICU (*Intensive Care Unit*), laboratorium, radiologi, bedah sentral, farmasi, dan gizi. Terdapat Sembilan kasus KTD, empat kasus KNC, tiga kasus KTC (Kejadian Tidak Cedera) dan dua kasus KPC (Kejadian Potensial Cedera), Kasus terbanyak berasal dari unit laboratorium yaitu sebanyak lima kasus IKP (Astrianty & Arfan, 2013).

Di rumah sakit Stella maris ditemukan IKP selama tiga tahun terakhir, sejak tahun 2014 -2016 terdapat beberapa unit yaitu laboratorium, loket, farmasi, ruang perawatan, kamar operasi dan dokter. Tahun 2014 terdapat 9 kasus KTD, kasus KNC 24, 1 kasus KPC, dan 1 kasus Sentinel. Pada tahun 2015 terdapat 4 kasus KTD, 11 kasus KNC, dan 1 kasus KPC sedangkan pada tahun 2016 terdapat 3 kasus KTD dan 29 kasus KNC. Menurut Cahyono (2008) Untuk menghindari kesalahan-kesalahan tindakan medis setiap petugas medis dalam hal ini perawat dalam menjalankan proses alih informasi, tidak sekedar penyampaian informasi semata-mata, melainkan terkandung unsur-unsur penyerahan tanggung jawab ini dilakukan melalui komunikasi baik verbal maupun non verbal dengan jelas dan akurat.

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

Berdasarkan Latar belakang diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian sejauh mana hubungan antara Karakteristik Individu dengan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit. Dengan itu peneliti melakukan penelitian dengan judul : **“Hubungan karakteristik Perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”**.

B. Rumusan Masalah

Mutu merupakan gambaran total dari sifat dasar suatu jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan kebutuhan kepuasan. Menurut virawan (2011) menyatakan bahwa suatu pelayanan yang baik harus sesuai dengan layanan konsumen yang memungkinkan untuk mengurangi tingkat kesalahan, pekerjaan ulang, kegagalan, ketidakpuasan pelanggan, pemakaian alat diagnostic yang tidak semestinya dan meningkatkan hasil kapasitas serta memberikan dampak biaya yang lebih sedikit.

Keselamatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia dimana menjadi prioritas utama yang harus dilaksanakan dirumah sakit. Kebutuhan keselamatan berada urutan kedua dalam hirarki maslow sebagai kebutuhan fisiologis. Keselamatan pasien rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. System tersebut meliputi penilaian resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis pasien, kemampuan belajar dari analisis insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko (Depkes, 2008). Resiko yang terjadi salah satu diantaranya adalah kesalahan yang dapat menyebabkan kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC), kejadian potensial cedera (KPC) dan sentinel (Permenkes, 2011).

Menurut beberapa peneliti terdahulu bahwa terdapat beberapa factor-faktor yang berkontribusi dalam pengendalian sasaran keselamatan pasien yaitu salah satunya karakteristi individu yang terdiri dari keterampilan, kecerdasan, pengetahuan, pengalaman, pendidikan dan pelatihan, kemampuan sensorik, sikap, kewaspadaan, kelelahan dan motivasi.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui adanya hubungan karakteristik Individu dengan penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengetahuan dan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Mengidentifikasi motivasi dan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit
- c. Mengidentifikasi penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit
- d. Menganalisis hubungan motivasi perawat dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit
- e. Menganalisis hubungan pengetahuan perawat dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi pengembangan keilmuan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan khususnya bagi perawat pelaksana tentang penerapan sasaran keselamatan pasien yang benar dan aman di rumah sakit Stella Maris Makassar.

2. Manfaat bagi mahasiswa

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan bagi mahasiswa tentang berbagai macam karakteristik khususnya pengetahuan dan motivasi perawat pelaksana dalam penerapan sasaran keselamatan pasien.

3. Manfaat Aplikatif

Penelitian ini dapat memberikan masukan bagi pihak manajemen rumah sakit untuk mengembangkan program yang berkaitan dengan upaya keselamatan pasien (patient safety)

4. Diharapkan dapat menjadi sumber dalam pengembangan keilmuan, penelitian, dan pengabdian masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Keselamatan Pasien

1. Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman yaitu bebas cedera, meminimalkan kemungkinan kesalahan/resiko bahaya dan memaksimalkan kemungkinan mencegah terjadinya kesalahan/ insiden (IOM, 2000; Runciman, 2010; Depkes, 2008). Donalson (2007) mengungkapkan keselamatan pasien merupakan pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien bukan sebuah pilihan tetapi merupakan hak pasien untuk percaya pada pelayanan yang diberikan oleh suatu sistem pelayanan kesehatan. Keselamatan diartikan sebagai bebas dari cedera yang disengaja atau cedera yang dicegah yang dihasilkan oleh petugas media menurut AHRQ (2008) dalam Beginta (2012). Pengertian lain menurut Hughes (2008) dalam Sutanto (2014) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan pencegahan cedera terhadap pasien. Pencegahan cedera didefinisikan sebagai bebas dari budaya yang terjadi dengan tidak disengaja atau dapat dicegah sebagai hasil perawatan medis.

Dalam PERMENKES RI Nomor 1691/Menkes/PER/VIII/2011 keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjut selanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Berdasarkan definisi diatas penulis menyimpulkan bahwa

keselamatan pasien merupakan suatu unsur utama dalam rumah sakit untuk menghindari kesalahan ataupun cedera bagi pasien yang di hasilkan oleh petugas medis dalam hal ini perawat yang dapat memberikan kepuasan dan keuntungan bagi pasien maupun manajemen rumah sakit.

2. Tujuan Keselamatan Pasien

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

- a. Pasien aman yaitu terhindar dari cedera
- b. Pelayanan efektif dengan memberikan pelayanan berdasar bukti ilmiah (*evidence-based*)
- c. Pelayanan berpusat pada pasien dengan memberikan perawatan dan keputusan klinis yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai - nilai pasien
- d. Mengurangi waktu tunggu pasien dalam menerima pelayanan
- e. Efisien dalam menggunakan sumber daya yang ada, dan Adil yaitu memberikan perawatan yang tidak berbeda

Tujuan keselamatan pasien yang ditetapkan oleh Depkes,(2008) adalah:

Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit yaitu:

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

3. Standar Keselamatan Pasien

Menurut Depkes RI, (2008) menyusun standar keselamatan pasien yang digunakan sebagai acuan bagi seluruh rumah sakit di Indonesia dalam melaksanakan kegiatan keselamatan pasien. Standar keselamatan ini mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations USA* pada tahun 2002 dan disesuaikan dengan situasi kondisi rumah sakit di Indonesia. Standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar (Depkes, 2008) meliputi:

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

4. Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat yang diterapkan oleh semua rumah sakit yang di akreditasi oleh komisi rumah sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu pada *nine life saving patient safety*

solution dari *WHO patient safety* (2007) yang digunakan juga oleh komite keselamatan pasien rumah sakit PERSI (KKPRS PERSI) dan dari *joint commision international* (JCI).

Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal - hal sebagai berikut:

1) Sasaran I: Ketepatan Identifikasi Pasien

Standar SKP I

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

Maksud dan Tujuan Sasaran I

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius / *tersedasi*, mengalami *disorientasi*, tidak sadar, bertukar tempat tidur/ kamar/ lokasi di rumah sakit. adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain.

Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Kebijakan dan/ atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien yang *barcode*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi.

WHO (2007) telah berhasil mengemukakan tentang pengurangan insiden pada proses pembedahan. Salah satu faktor terjadinya kesalahan dalam pembedahan adalah kurangnya identifikasi antar petugas medis. Untuk meminimalkan kesalahan yang disebabkan oleh mis identifikasi adalah dengan cara mengembangkan pedoman praktek terbaik untuk memastikan bahwa pasien yang benar menerima perawatan yang tepat. Tim medis harus belajar memahami nilai bagi semua pasien yang dirawat, harus sesuai dengan kebijakan dan protokol, serta pengetahuan tentang pentingnya penggunaan daftar protokol, serta pengetahuan tentang prinsip yang mendasari pendekatan yang akurat dalam mengobati dan merawat pasien.

Elemen Penilaian Sasaran I

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur
5. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi

2) Sasaran II: Peningkatan komunikasi yang efektif

Standar SKP II

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk peningkatan efektifitas komunikasi antar para pemberi pelayanan

Maksud dan Tujuan Sasaran II

Komunikasi efektif, yang menyangkut perawatan medis, melibatkan dua segi kepentingan dalam proses alih informasi, yaitu komunikasi antar petugas pelayanan medis dan komunikasi antara petugas dengan pasien dan keluarganya. Setiap proses komunikasi mengandung komponen pemberi informasi (*speaker*), isi pesan (*message*), saluran komunikasi yang digunakan (*channel/media*), kepada siapa informasi tersebut ditujukan (*listener*), dan efek yang diharapkan dalam komunikasi tersebut.

Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi efektif merupakan salah satu strategi untuk membangun budaya keselamatan pasien. Komunikasi efektif sangat berperan dalam menurunkan KTD dalam sebuah asuhan medis pasien.

Strategi ini ditetapkan oleh *the joint commission on accreditation of healthcare organization (JCAHO)* sebagai tujuan nasional keselamatan pasien. Strategi yang diterapkan oleh JCAHO untuk menciptakan proses komunikasi efektif adalah pendekatan standarisasi komunikasi dalam serah terima pasien (*hand over*). Komunikasi saat transisi perawatan pasien dapat beresiko kesalahan ketika informasi yang diberikan tidak akurat (Cahyono, 2008). Sementara itu AHRQ (2003) mengatakan salah faktor yang menimbulkan insiden keselamatan pasien adalah komunikasi dimana arus informasi yang tidak adekuat, masalah sumber daya manusia (SDM), hal-hal yang berhubungan dengan pasien, transfer pengetahuan di rumah sakit, alur kerja, kegagalan teknis, kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat.

Untuk menghindari proses miskomunikasi dalam proses pelayanan medis, tim medis harus bekerja sama, termasuk bekerja sama dengan pasien dan keluarganya sehingga memerlukan pengetahuan tentang manfaat dari multidisiplin yang efektif dapat meningkatkan pelayanan dan mengurangi kesalahan. Tim medis yang efektif adalah dimana para anggota tim berkomunikasi dengan satu sama lain serta menggabungkan pengamatan, keahlian dan tanggung jawab pengambilan keputusan untuk mengoptimalkan pelayanan terhadap pasien.

Miskomunikasi dapat mengakibatkan keterlambatan dalam diagnosis, pengobatan yang salah serta kegagalan untuk menindaklanjuti hasil pemeriksaan. Ada beberapa bukti bahwa tim multidisiplin dapat meningkatkan kualitas layanan dan menekan biaya menjadi lebih rendah. Hal ini memerlukan pengetahuan dasar untuk menjadi anggota tim yang efektif.

Marquis dan Hutson (2006) mengatakan bahwa program pengembangan staf melalui pelatihan dan pendidikan merupakan program yang efektif untuk meningkatkan produktifitas bagi perawat. Namun pengetahuan sendiri tidak akan membuat seorang menjadi anggota tim yang efektif. Mereka perlu memahami budaya tempat kerja mereka dan bagaimana hal itu berdampak pada dinamika dan fungsi tim.

Dan dengan dukungan yang adekuat dalam bentuk pelatihan profesional dan pengembangan pengetahuan merupakan suatu upaya untuk menciptakan lingkungan kerja yang positif bagi perawat agar asuhan keperawatan yang aman dapat diberikan dengan komunikasi yang efektif (ICN,2007).

Elemen Penilaian Sasaran II

Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau setiap lengkap oleh penerima perintah, yaitu:

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

3) Sasaran III: Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*High-Alert*)

Standar SKP III

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

Maksud dan Tujuan Sasaran III

Reaksi obat yang merugikan pasien telah ditetapkan oleh WHO sebagai isu yang serius. Kondisi tersebut tentu tidak diinginkan dan kerap terjadi pada penggunaan dosis obat untuk profilaksis, diagnosis atau terapi. Kesalahan pengobatan telah disorot dalam penelitian yang dilakukan di banyak negara, yang menunjukkan bahwa sekitar 1 % dari seluruh pasien yang dirawat di rumah sakit, mengalami KTD. Penyebab kesalahan mencakup berbagai faktor termasuk pengenalan pasien dan kondisi klinisnya, kurangnya pengetahuan tentang obat-obatan, kesalahan dosis obat, tulisan yang tidak terbaca pada resep, kebingungan tentang nama obat dan lemahnya anamnesis tentang riwayat pengobatan. Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien.

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat-obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan-kesalahan

serius (*sentinel event*), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat - obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/*NORUM*, atau *Look Alike Sound Alike / LASA*). Obat - obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian *elektrolit konsentrat* secara tidak sengaja (misalnya, *kalium klorida* 2 mEq/m1 atau yang lebih pekat, *kalium fosfat*, *natrium klorida* lebih pekat dari 0,9% dan *magnesium sulfat* sama dengan 50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat.

Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeleminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat - obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan *elektrolit konsentrat* dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat - obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit.

Kebijakan dan atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan *elektrolit konsentrat*, seperti di Instalasi Gawat Darurat atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/ kurang hati-hati.

Elemen Penilaian Sasaran III

1. Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan *elektrolit konsentrat*.

2. Implementasi kebijakan dan prosedur.
3. *Elektrolit konsentrat* tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
4. *Elektrolit konsentrat* yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

4) Sasaran IV : Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi

Standar SKP IV

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

Maksud dan Tujuan Sasaran IV

Salah lokasi, salah prosedur, salah pasien pada operasi adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi.

Di samping itu, *asesmen* pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang cacatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur yang efektif di dalam

mengeleminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*.

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/ orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), *multipel struktur* (jari tangan, jari kaki, *lesi*) atau *multipel level* (tulang belakang).

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk :

1. Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar
2. Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan balk, dan dipampang
3. Verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/ atau implant - implant yang dibutuhkan

Tahap "Sebelum insisi" (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*.

Elemen Penilaian Sasaran IV

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

5) Sasaran V : Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Standar SKP V

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

Maksud dan Tujuan Sasaran

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para professional pelayanan kesehatan infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi salurn kemih, infeksi pada aliran darah (*bloodstram infection*) dan pneumonia (seringkali dihubungkan dengan *ventilasi mekanis*).

Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca kepastakaan WHO dan berbagai organisasi nasional dan internasional.

Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

Elemen Penilaian Sasaran V

1. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang sudah diterima secara umum (antara lain dari WHO (*Patient Safety*)).
2. Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang elektif
3. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan resiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

6) Sasaran VI : Pengurangan resiko pasien jatuh

Standar SKP VI

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

Maksud dan Tetuan Sasaran VI

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya.

Rumah sakit perlu mengevaluasi resiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi resiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telat terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta

alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit.

Elemen Penilaian Sasaran VI

- a) Rumah sakit menerapkan proses *assesmen* awal atas pasien terhadap resiko jatuh dan melakukan *assesmen* ulang bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain - lain.
- b) Langkah - langkah diterapkan untuk mengurangi resiko jatuh bagi mereka yang pada hasil *assesmen* dianggap beresiko jatuh.
- c) Langkah-langkah dimonitor hasilnya baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- d) Kebijakan dan/ atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan resiko cedera akibat jatuh di rumah sakit.

5. Insiden Keselamatan Pasien

Permenkes No. 1691 tahun 2011, insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan yang dapat dicegah pada pasien. Insiden keselamatan pasien juga merupakan akibat dari melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), Depkes (2008). Namun demikian, penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit sangat kompleks, melibatkan semua kegiatan dalam sistem yang berlaku dalam rumah sakit.

Peran perawat sangat dibutuhkan untuk menghindari terjadinya insiden keselamatan pasien dirumah sakit, karena perawat yang

berperan langsung selama 2 kali 24 jam dengan pasien dalam melaksanakan asuhan keperawatannya menurut Nursalam, (2011).

Untuk menghindari terjadinya insiden keperawatan tersebut dibutuhkan komunikasi yang efektif antar perawat dalam melaksanakan asuhan kepada pasien. Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.

Sementara Mangkupwira, (2008) menyatakan bahwa pengetahuan juga merupakan unsur pokok bagi setiap karyawan untuk merubah perilakunya dengan mengerjakan sesuatu. Artinya bahwa untuk menghindari terjadinya insiden keselamatan pasien, seorang perawat juga harus memiliki pengetahuan yang dapat mempengaruhi proses pikirnya dalam penerapan asuhan keperawatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan tingkat pendidikan lebih rendah (Notoatmodjo, 2007)

a) Jenis jenis Insiden Keselamatan Pasien

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

1) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Suatu cedera (*injury*) yang disebabkan oleh manajemen medis (bukan karena penyakit yang diderita pasien) sehingga mengakibatkan perpanjangan masa rawat inap di rumah sakit dan menyebabkan suatu gangguan fisik (*disability*) pada saat keluar rumah sakit atau keduanya, Cahyono (2008). Contohnya tertusuk jarum atau pasien jatuh

2) Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tidak mengakibatkan cedera. Contohnya pasien minum paracetamol dan tidak ada reaksi apapun tetapi dokter tidak meresepkan paracetamol

3) Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Kejadian nyaris kerja adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Misalkan salah identitas pasien namun diketahui sebelum dilakukan tindakan

4) Potensial Cedera (KPC)

Kejadian potensial cedera adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Misalnya obat-obatan LASA (*Look Alike Sound Alike*) disimpan berdekatan contohnya obat uresix ampul 2 ml, yang memiliki fisik ampul sama persis dengan santagesik ampul 2 ml.

5) Kejadian Sentinel

Adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima, contohnya seorang pasien yang direncanakan untuk di amputasi kaki kiri namun karena kesalahan dalam identifikasi oleh pihak medis sehingga kaki kanan yang di amputasi.

6. Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Kesalahan yang terjadi pada pasien dapat menimbulkan dampak yang luas tidak hanya bagi pasien dan keluarga namun juga bagi petugas kesehatan yang melakukan dan institusi rumah sakit. Pasien dapat mengalami kerugian fisik maupun efek emosional.

Petugas kesehatan mengalami stress terhadap kesalahan yang dilakukan, dan menurunkan kepuasan, sementara rumah sakit dapat

menghadapi tuntutan hukum, (*National Patient Safety Agency*), NAPSA (2004). Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan harus mampu melaksanakan tindakan yang menjamin keselamatan pasien. Tindakan dilaksanakan dengan cara merancang/memperbaiki proses, memonitor, mengevaluasi dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja dalam mencapai keselamatan pasien (Depkes, 2008). Menurut IOM (2000) diperlukan adanya penekanan dalam sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit yang meliputi :

- 1) Mencegah tindakan yang membahayakan pasien
- 2) Belajar dari kesalahan yang terjadi,
- 3) Membangun budaya keselamatan yang melibatkan para professional perawatan kesehatan, organisasi, dan pasien

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

- a) Membangun budaya keselamatan pasien

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

- 1) Melaporkan dan membahas kesalahan tanpa bersikap
- 2) Menyalahkan
- 3) Bekerja secara tim
- 4) Melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan

5) Memandang suatu kesalahan dalam kerangka sistem, dan Berani mengungkapkan kesalahan yang terjadi

6) Pimpinan dan dukungan terhadap staf

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

b) Integrasi aktivitas manajemen resiko

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

c) Membangun sistem pelaporan

Sistem pelaporan merupakan bagian yang penting dalam upaya membangun keselamatan pasien.

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

d) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien

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

e) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

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

Staff di rumah sakit didorong untuk melakukan analisis akar masalah terhadap kejadian kesalahan dan selalu belajar serta berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.

Analisis akar masalah ini merupakan investigasi terstruktur yang bertujuan untuk melakukan identifikasi penyebab masalah dasar dan menentukan tindakan agar kejadian yang sama tidak terulang kembali.

f) Implementasi solusi untuk mencegah kerugian

Langkah yang dapat ditempuh agar program keselamatan pasien dapat optimal adalah mengembangkan sistem untuk mencegah dan mengurangi kerugian.

Tiga prinsip dalam merancang dan mengembangkan sistem meliputi:

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

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

7. Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien

Menurut Marquis & Houston (2010) peran perawat merupakan elemen yang penting dalam manajemen keperawatan. Berbagai peran dijalankan oleh perawat saat memberikan asuhan, salah satunya sebagai pembela pasien (client advocate). Perawat diharapkan mampu membantu mempertahankan lingkungan yang aman bagi pasien dan mengambil tindakan, untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan melindungi pasien dari kemungkinan efek yang tidak diinginkan dari suatu tindakan diagnostik atau pengobatan (potter & perry, 2005).

Perawat diharapkan mampu bertanggung jawab dan melindungi hak pasien. Salah satu hak yang harus dipenuhi adalah hak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit (UU No. 44/2009 pasal 32 n tentang rumah

sakit). Senada dengan hal ini Cahyono (2008), menyatakan bahwa dengan peran dengan kontak selama 24 jam terus menerus membuat perawat lebih mengetahui perubahan klinis dan emosi klien serta lebih mengetahui kebutuhan fisik maupun emosional pasien dibandingkan dokter. Disisi lain berdasarkan riset yang dilakukan *agency for healthcare research and quality (AHRQ)* menyatakan bahwa rumah sakit dengan level staff keperawatan yang rendah cenderung untuk menimbulkan *outcome* pasien yang kurang baik seperti pneumonia, syok, gagal jantung dan infeksi saluran kemih (Stanton, 2004).

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

- a. Menginformasikan potensial resiko terhadap pasien dan keluarga
- b. Melaporkan KTD secara tepat dan cepat kepada pengambilan kebijakan
- c. Mengambil peran serta yang aktif dalam mengkaji keselamatan dan mutu perawatan
- d. Mengembangkan komunikasi dengan pasien dan tenaga profesional kesehatan yang lain.
- e. Mendukung langkah-langkah pengembangan keselamatan pasien
- f. Meningkatkan program pengendalian infeksi yang tepat
- g. Melakukan negosiasi terhadap standarisasi kebijakan dan protokol pengobatan untuk meminimalisir kesalahan
- h. Mempertanggungjawabkan profesionalitas dengan melibatkan tenaga farmasi, dokter dan lainnya untuk mengembangkan pengemaasan dan penamaan obat-obatan.
- i. Berkolaborasi dengan sistem pelaporan nasional untuk mencatat, menganalisis dan belajar dari KTD.
- j. Mengembangkan suatu mekanisme, misalnya melalui akreditasi

untuk menilai karakteristik penyedia layanan kesehatan sebagai standar yang digunakan untuk mengukur kesempurnaan dalam keselamatan pasien.

Peran perawat profesional dalam pelayanan yang berintegrasi meliputi pencegahan terhadap kesalahan dan kejadian nyaris cedera melalui identifikasi *Hazard* dan penurunan kondisi pasien sebelum terjadi kesalahan dan kejadian yang tidak diinginkan.

(Considine, 2005; PPM, 2010) juga telah mencantumkan kompetensi dengan penerapan keselamatan pasien bagi perawat di Indonesia. Kompetensi tersebut meliputi:

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

B. Faktor Yang Berkontribusi Dalam Keselamatan Pasien

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

1. Lingkungan Eksternal

Yang termasuk ke dalam faktor ini adalah pengetahuan dasar, terbaru, kebijakan pemerintah, tekanan ekonomi, kebijakan kesehatan, kesadaran masyarakat, iklim politik. Tekanan eksternal dapat memberikan dampak terhadap usaha meningkatkan keselamatan pasien. Tekanan eksternal dapat berupa tuntutan hukum, tuntutan masyarakat terhadap mutu dan keselamatan pasien. Lingkungan eksternal merupakan suatu hal yang sangat dibutuhkan agar organisasi dapat memiliki komitmen yang tinggi dalam menerapkan mutu melalui keselamatan pasien (Henriksen, et al, 2008). Tekanan lingkungan eksternal lainnya berupa regulasi nasional terhadap kompetensi SDM pada pelayanan kesehatan (standarisasi profesi, penilaian kompetensi staf, sertifikasi) dan untuk institusi berupa akreditasi rumah sakit (Cahyono, 2008).

Meski dalam faktor manajemen terkesan yang menjadi sumber permasalahan, namun hal tersebut tidak terlepas dari pengaruh atau lingkungan luar. Pelayanan kesehatan adalah sistem terbuka. akan mempengaruhi sistem yang lebih rendah dan dipengaruhi oleh sistem yang lebih tinggi sebagai timbal baliknya.

2. Faktor Manajemen

Faktor ini terdiri dari budaya keselamatan pasien, akses personal, pengembangan karyawan, kemampuan kepemimpinan, kebijakan pimpinan dalam hal SDM, finansial, peralatan dan teknologi.

Membangun budaya kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil merupakan langkah pertama dalam menetapkan keselamatan pasien rumah sakit (Depkes, 2008).

Kondisi ini yang tidak terencana dengan baik kurang tepatnya keputusan atau tidak mengambil suatu tindakan berkaitan dengan manajer dan siapapun yang berada pada jajaran pengambilan keputusan adalah periode laten karena semua itu terjadi sejak sangat lama, jauh dari tindakan pada "akhir lancip" (dalam Swiss Cheese Model) atau pada tindakan akhir yang dilakukan oleh perawat dan petugas kesehatan lainnya.

Keputusan sering dibuat dengan cara longgar, tidak fokus, agak kacau. Karena konsekuensi pengambilan keputusan bertambah secara terus menerus, berinteraksi dengan variabel lainnya, dan tidak mudah untuk mengisolasi dan menentukan, orang - orang yang membuat kebijakan organisasi, membentuk budaya organisasi, dan melaksanakan keputusan manajerial jarang bertanggung jawab atas tindakan mereka. Sebagai contoh, tidak bertanggung jawab atas tindakan mereka. Sebagai contoh, tidak adanya komitmen yang serius untuk meningkatkan kualitas dan keamanan pelayanan pada level manajemen adalah sebuah kondisi laten atau sulit diubah yang bisa menjadi semu pada waktu dimana konsekuensi insiden hanya ketika "kesalahan penghakiman". Menyelaraskan atau membiasakan diri dengan variabel sistem lain seperti beban dan gangguan kerja yang berlebihan, pemasangan peralatan yang dirancang buruk, dan jadwal cepat dan padat dalam melayani pasien (Henrisken, et al, 2008). Pada akhirnya, faktor manajemen sangat menentukan dan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan termasuk pada terjadinya insiden keselamatan pasien.

3. Faktor Organisasi dan Lingkungan Sosial

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

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

4. Faktor Interaksi Antara Sistem Dan Manusia

Yang termasuk dalam faktor ini meliputi perlengkapan atau peratatan medis, lokasi atau peletakan alat - alat, pengontrolan alat, perangkat lunak, penguasaan kertas kerja, teknologi informasi. Menjadikan disebabkan oleh faktor kesalahan manusia. Rumah sakit yang menyebabkan rantai dalam sistem terputus (Walshe & Boaden, 2006).

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

tampilan perangkat dengan kemampuan serta pengetahuan dari pengguna atau perawat itu sendiri.

5. Faktor Lingkungan Fisik

Yang terkait dengan faktor lingkungan fisik meliputi pencahayaan, suara, temperatur atau suhu ruangan, susunan tata ruang, ventilasi.

Pengelolaan gedung rumah sakit harus benar - benar memikirkan keselamatan baik bagi pasien maupun keselamatan staf didalamnya dengan memperhatikan syarat - syarat kesehatan lingkungan seperti yang sudah diatur di dalam Permenkes nomor 12041/SKX/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.

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

6. Sifat Dasar Pekerjaan

Sifat dasar pekerjaan merujuk pada karakteristik pekerjaan itu sendiri dan meliputi pula sejauh mana prosedur yang digunakan terdefinisi dengan baik, sifat alur kerja, beban pasien pada puncak dan tidak, ada atau tidak adanya kerja sama tim.

Karakteristik pekerjaan yang berkompleksitas perawatan, fungsional alat dan masa penyusutan, interupsi dan pekerjaan yang "bersaing" dan persyaratan fisik kognitif melakukan pekerjaan. Meskipun studi empirik terhadap tampak factor-faktor yang berhubungan dengan pekerjaan tidak sebanyak studi pada factor-faktor manusia.

Dengan memperhatikan literatur mengenai faktor-faktor yang berhubungan manusia, ada banyak penelitian pada dampak dari

pekerjaan yang berhubungan dengan berkaitan dengan kinerja manusia sebagian besar diambil dari pertahanan terkait operasi dan demikian pula pada industri lain yang sangat berbahaya dimana kerja keahlian manusia memainkan peran penting.

7. Karakteristik Individu

Karakteristik merupakan faktor yang berada pada barisan pertama yang memiliki dampak secara langsung pada mutu pelayanan dan meskipun tersebut masih kemungkinan dipertimbangkan untuk dapat diterima atau masih di bawah standar Baku termasuk diantaranya adalah kualitas yang dibawa individu tersebut ke dalam pekerjaan seperti pengetahuan, tingkat keterampilan, pengalaman, kecerdasan, kemampuan mendeteksi, pendidikan, dan pelatihan dan bahkan sikap seperti kewaspadaan, kelelahan dan motivasi.

a. Pengetahuan

i. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (Mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui penginderaan, dan penglihatan (Notoatmodjo, 2011).

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih bertahan lama dari pada yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoadmojo, 2011).

Salah satu faktor karakteristik individu dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit adalah pengetahuan. Pengetahuan seseorang sangat erat kaitannya

dengan perilaku yang di ambilnya atau diputuskannya, karena dengan pengetahuan tersebut memiliki alasan untuk menentukan suatu pilihan.

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

Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

1. Pengalaman yang dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain (Notoatmodjo, 2007).
2. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikan lebih rendah (Notoatmodjo, 2007).
3. Keyakinan bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif (Notoatmodjo, 2007).
4. Fasilitas yang berfungsi sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang misalnya, radio, televisi, majalah, koran dan buku (Notoatmodjo,2007).
5. Bila penghasilan seseorang cukup besar maka mampu untuk menyediakan atau membeli berbagai fasilitas yang berfungsi sebagai sumber informasi (Notoatmodjo, 2007).
6. Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu (Notoatmodjo, 2007).
7. Umur mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah umur akan semakin

berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik (Djaali, 2007).

8. Status perkawinan berpengaruh terhadap perilaku karyawan dalam kehidupan organisasinya, baik secara positif maupun negatif (Siagian, 2006).
9. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu (Notoatmodjo, 2007).
10. Penelitian yang dilakukan Riyadi & Kusnanto (2007) menemukan bahwa tidak ada hubungan antara status kepegawaian dengan motivasi perawat.
11. Tidak ada perbedaan yang jelas antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dalam meningkatkan pengetahuan walaupun kemampuan analisa laki - laki lebih baik dibandingkan perempuan (Robbins, 2001).

ii. Tingkat Pengetahuan

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

a. Tahu (*know*)

Diartikan sebagai mengingat sebuah materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkatan yang paling rendah. Misalnya tentang bedtrail, jika perawat tidak memasang bedtrail dapat menyebabkan resiko jatuh pada

pasien.

b. Memahami (*comprehension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Misalnya orang yang memahami cara bagaimana memahami prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien, bukan hanya sekedar pergi membawa obat dan memberikan injeksi, tetapi harus memahami cara kerja obat dan efek samping yang akan dialami oleh pasien tersebut.

c. Aplikasi (*application*)

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Dan sebagai penggunaan metode/ prinsip. Misalkan perawat telah mengikuti seminar tentang penyakit Diabetes Melitus dan kemudian membuat leaflet untuk dibagikan ke pasien beserta penjelasan yang akurat mengenai penyakit Diabetes Melitus dan cara membaca leaflet.

d. Analisis (*analysis*)

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen - komponen yang berada dalam satu struktur organisasi serta masih ada kaitannya satu sama lain.

Menggambarkan (membuat bagan), membedakan memisahkan dan mengelompokkan merupakan kata kerja

yang dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan pada tingkat analisis. Misalkan seorang perawat yang telah mengikuti pelatihan BCLS dapat membagikan ilmunya kepada perawat baru yang belum mengenal BCLS.

e. *Sintesis (Syntesis)*

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

f. *Evaluasi (Evaluation)*

Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau yang telah ada, dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan pada tingkat evaluasi. Misalnya seseorang dapat menilai hasil dari asuhan keperawatan yang telah di buat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan (Dewi & Wawan, 2010)

a. Faktor Internal

1. Pendidikan

Pendidikan yang diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Menurut YB Mantra dalam Notoatmodjo (2010) pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama

dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan (Nursalam, 2011) pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

2. Pekerjaan

Menurut thomas dalam Nursalam (2011) pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga

3. Umur

Menurut Elisabeth dalam Nursalam (2011) usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Sedangkan menurut Hurlock (2010) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

b. Faktor Eksternal

1) Faktor lingkungan

Menurut Nursalam (2011) lingkungan merupakan suatu kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

2) Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

c. Motivasi

1. Pengertian Motivasi

Maslow dalam Siagian (2003) percaya bahwa tingkah laku manusia dibangkitkan dan diarahkan oleh

kebutuhan-kebutuhan tertentu seperti kebutuhan fisiologis, rasa aman, rasa cinta, penghargaan dan aktualisasi diri, mengetahui dan mengerti dan kebutuhan *estetik*. Kebutuhan-kebutuhan inilah menurut Maslow yang mampu memotivasi tingkah laku individu. Sedangkan menurut Maangkunegara dalam Nursalam (2011) motivasi adalah kondisi yang berpengaruh membangkitkan, mengarahkan dan memelihara perilaku yang berhubungan dengan lingkungan kerja.

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

Jadi apabila motivasi seseorang tinggi, maka kinerja pun akan menjadi baik, sebaliknya jika motivasi rendah maka kinerjanya kurang baik.

Menurut Nursalam (2011) salah satu karakteristik perawat adalah motivasi dimana proses yang menjelaskan intensitas, arah, dan ketekunan seorang individu untuk mencapai tujuannya. Tiga elemen utama dalam motivasi ini adalah intensitas, arah dan ketekunan. Perawat perlu dipupuk motivasi yang tinggi sebagai bentuk pengabdian dan altruisme pada kebutuhan pasien untuk kesembuhan.

2. Macam- macam Motivasi

a. Motivasi primer

Dilatarbelakangi oleh kejadian organ tubuh

manusia (Alex Sobur, 2003;294) Termasuk dalam golongan ini adalah haus, lapar, istirahat, bernafas. Motivasi primer bersifat tidak dipelajari, dan tidak ada pengalaman yang mendahuluinya.

b. Motivasi sekunder

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

c. Motivasi Intrinsik

Motif - motif yang menjadi aktif atau berfungsinya tidak perlu dirangsang dari luar, karena dalam setiap individu sudah ada dorongan untuk melakukan sesuatu (Syarif Bahri; Djamarah, 2002:115). Tujuannya adalah karyawan dalam hal ini perawat termotivasi sendiri untuk bekerja lebih giat

d. Motivasi Ekstrik

Motif - motif yang aktif dan berfungsi karena adanya perangsang dari luar (Bhari & Djumarah, 2002).

3. Unsur Penggerak Motivasi

a. Kinerja (*Performance*)

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

b. Penghargaan (*Recognition*)

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

c. Tantangan (*Challenge*)

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

d. Tanggungjawab (*Responsibility*)

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

e. Pengembangan (*Development*)

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

f. Keterlibatan (*Involvement*)

Rasa ikut terlibat dalam suatu proses pengambilan keputusan atau bentuknya dapat pula "kotak saran" dari tenaga kerja yang dijadikan masukan untuk manajemen perusahaan merupakan perangsang yang cukup kuat untuk tenaga kerja.

g. Kesempatan (*Opportunity*)

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

d. Tingkat Keterampilan

Menurut Wahyudi (2002) keterampilan adalah kecakapan atau keahlian untuk melakukan suatu

pekerjaan hanya diperoleh dalam praktek. Keterampilan kerja ini dapat dikelompokkan tiga kategori, yaitu sebagai berikut:

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

e. Pengalaman

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

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

f. Kecerdasan

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

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

g. Kemampuan Mendeteksi

Menurut ICN (2002) seorang perawat harus menginformasikan potensial resiko terhadap pasien dan

keluarga serta mengambilkan peran aktif dalam mengkaji keselamatan dan mutu perawatan. Artinya seorang perawat mempunyai kemampuan mendeteksi resiko apa saja yang akan terjadi pada pasien apabila mendapatkan asuhan keperawatan yang tidak sesuai dan peran seorang perawat dalam menjaga keselamatan dan mutu perawatan di rumah sakit.

h. Pendidikan/Pelatihan

Pendidikan	Pelatihan
Proses memperoleh pengetahuan atau informasi	Proses mengembangkan keterampilan untuk suatu pekerjaan atau tugas tertentu
Menekankan pada mengetahui	Menekankan pada melakukan
Menekankan pencapaian dengan membandingkan tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh orang lain	Menekankan pencapaian pada tingkat keterampilan tertentu yang dilakukan
Menekankan pada cara pandang sistem terbuka bahwa ada banyak cara yang bisa digunakan untuk mencapai suatu tujuan, berfikir kreatif dan kritis sangat dianjurkan	Menekankan pada cara pandang sistem tertutup bahwa ada cara khusus yang benar atau salah dalam menunjukkan suatu keterampilan
Menekankan pada mengetahui informasi yang tidak harus berhubungan secara langsung dengan pekerjaan atau karir tertentu Menekankan pada pendekatan terbuka dalam mencapai suatu tujuan, setiap tahap dalam prosesnya tidak ditentukan	Menekankan pada tingkat kinerja pada suatu pekerjaan tertentu. Menekankan pada urutan yang komprehensif dalam menampilkan suatu keterampilan yang diperlukan untuk menunjukkan suatu perilaku tertentu dan setiap langkah dalam prosesnya ditentukan.

i. Sikap

Notoatmodjo (2003) sikap merupakan kesiapan atau ketersediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi adalah merupakan "predisposisi" tindakan atau perilaku.

Sikap dikatakan sebagai fungsi dari manusia seperti persepsi, motivasi dan berpikir yang seperti ini menunjukkan hubungan-hubungan, bahwa sampai batas-batas tertentu perilakunya dapat diramalkan (Mar'at, 2006).

Sikap yang baik dapat terwujud jika didasarkan pada tanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko yang merupakan sikap yang paling tinggi (Rumbewas, 2009).

Suatu sikap belum tentu otomatis terwujud dalam suatu tindakan (overt behavior). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas (Noatmodjo, 2003).

Kurangnya kepatuhan dan tanggung jawab setiap perawat pelaksana terhadap keselamatan pasien diperoleh dari sikap yang dipat diubah, ditingkatkan atau diturunkan melalui salah satu atau kombinasi dari empat sumber yang mempengaruhi sikap yaitu pengalaman dan tanggung jawab menyelesaikan masalah, pengalaman orang lain, keadaan fisiologis dan emosional.

Suatu sikap belum tentu otomatis terwujud dalam suatu tindakan tanpa ada motivasi dalam diri seseorang untuk bertindak sesuatu (Notoatmodjo, 2007).

Sikap dikatakan sebagai fungsi dari manusia seperti persepsi, motivasi dan berpikir menunjukkan hubungan-hubungan bahwa sampai batas-batas tertentu perilakunya dapat diamankan (Azwar, 2007).

Sikap yang baik dapat terwujud jika didasarkan pada tanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko yang merupakan sikap yang paling tinggi. Sikap merupakan tanggapan dari reaksi seseorang terhadap objek tertentu yang bersifat positif atau negatif yang biasanya diwujudkan dalam bentuk rasa suka atau tidak suka, setuju atau tidak setuju.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan dimana individu berada, faktor emosi dalam individu (Azwar, 2010).

Beberapa tingkatan sikap, antara lain :

1. Menerima (*Receiving*)

Diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan. Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah-ceramah

2. Merespon (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap

3. Menghargai (*Valuting*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah

4. Bertanggung jawab

Selalu bertanggung jawab atas segala resiko yang di ambil merupakan tingkatan sikap yang paling tinggi

BAB III**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN****A. Kerangka Konseptual**

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman yaitu bebas cedera, meminimalkan kemungkinan kesalahan/resiko bahaya dan memaksimalkan kemungkinan mencegah terjadinya kesalahan/ insiden (Runciman, 2010). Keselamatan diartikan sebagai bebas dari cedera yang disengaja atau cedera yang dicegah yang dihasilkan oleh petugas media menurut AHRQ (2008) dalam (Beginta, 2012).

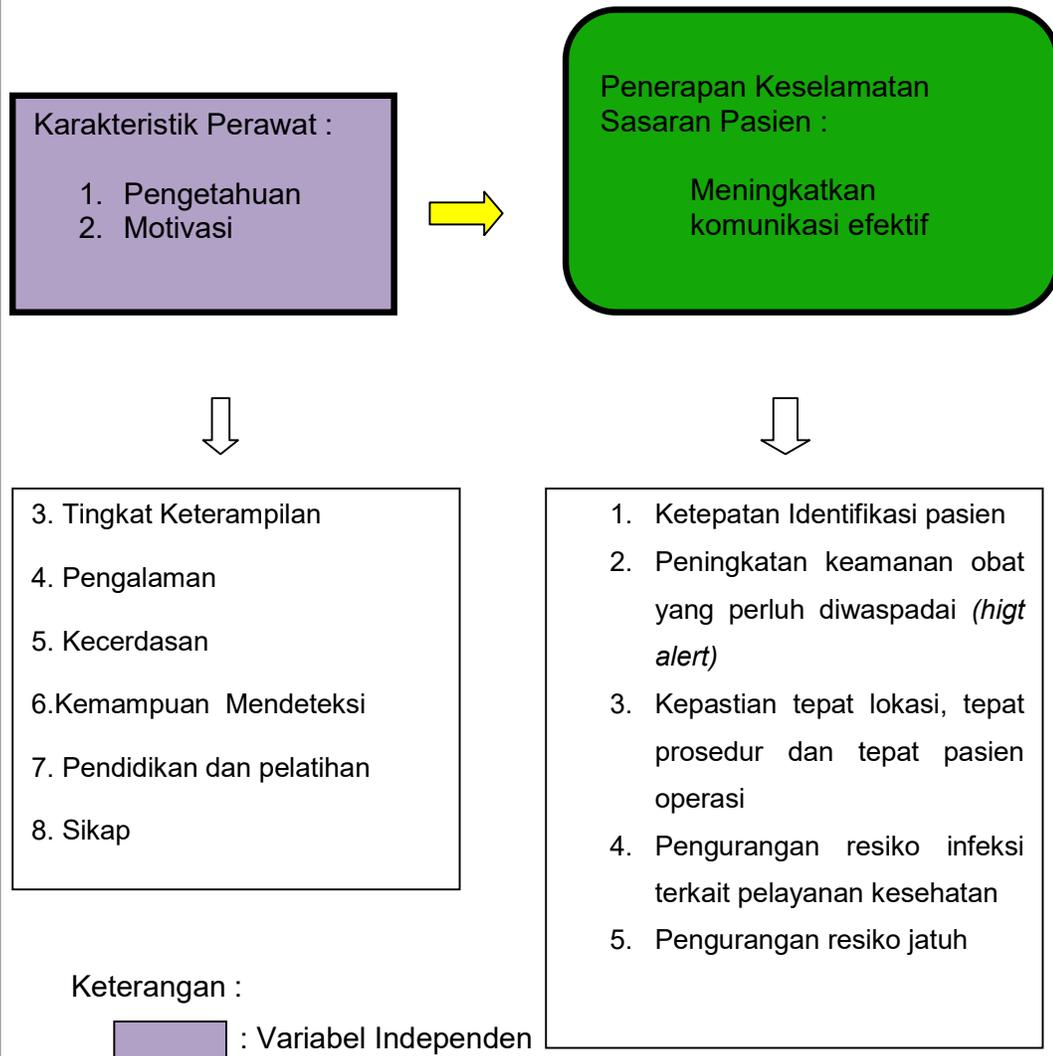
Peran perawat merupakan elemen yang penting dalam manajemen keperawatan. Berbagai peran dijalankan oleh perawat saat memberikan asuhan keperawatan, salah satunya sebagai pembela pasien (client advocate). Perawat diharapkan mampu membantu mempertahankan lingkungan yang aman bagi pasien dan mengambil tindakan, untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan melindungi pasien dari kemungkinan efek yang tidak diinginkan dari suatu tindakan diagnostik atau pengobatan (potter & perry, 2005).

Kerangka konsep dari penelitian ini dimana variabel independen (variabel bebas) adalah karakteristik individu sedangkan variabel dependennya (variabel terikat) adalah penerapan sasaran keselamatan pasien. Dibawah ini merupakan kerangka konsep dari penelitian “Hubungan karakteristik perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien”.

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

Variabel Independen

Variabel Dependen



Keterangan :

: Variabel Independen

: Variabel Dependen

: Penghubung variabel yang diteliti

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

B. Hipotesis Penelitian

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

C. Defenisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Independen Pengetahuan	Pengetahuan Segala sesuatu yang diketahui dan dipahami	Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien	Kuesioner A dengan jumlah 15 pernyataan untuk pengetahuan dengan menggunakan pilihan jawaban Salah, Benar	Ordinal	<p>Kurang : Jika total jawaban responden (15-25)</p> <p>Cukup : Jika total jawaban responden (26-35)</p> <p>Baik : Jika jawaban responden (36-45)</p>
	b. Motivasi	Motivasi : kemampuan yang mendorong diri sendiri dalam menerapkan komunikasi efektif	Motivasi intrinsik	Kuisisioner B dengan jumlah 12 pernyataan untuk motivasi dengan menggunakan pilihan jawaban Sesuai, Sangat Sesuai, Tidak Sesuai, Kurang Sesuai, Sangat Tidak Sesuai		<p>Rendah: Jika total jawaban responden (12-20)</p> <p>Sedang: Jika total jawaban responden (21-29)</p> <p>Tinggi: Jika total jawaban responden (30-37)</p>

2	Dependen: Penerapan Sasaran Keselamatan Pasein	perawat pelaksana menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan tepat dalam ha ini peningkatan komunikasi efektif	Penerapan sasaran keselamatan pasien II yaitu Peningkatan komunikasi yang efektif	Kuisisioner C dengan jumlah pernyataan 30 dengan mengguna kan pilihan jawaban Selalu, Sering, Kadang- kadang, Tidak pernah	Ordinal	Kurang : Jika total jawaban dari responde n skornya (30-50) Cukup : Jika total jawaban dari responde n skornya (51-70) Baik : Jika total jawaban dari responde n skornya (71-90)
---	--	---	--	---	---------	---

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

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

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1) Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap Rumah Sakit Stella Maris dengan pertimbangan masih banyak tempat tidur pasien di ruang rawat inap yang belum difungsikan dengan baik betrialnya sehingga peneliti berkeinginan untuk melakukan penelitian tentang hubungan karakteristik perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien serta populasi yang diambil merupakan perawat yang ada di masing-masing ruang rawat inap Rumah Sakit Stella Maris tersebut dan mudah dijangkau sehingga dapat menghemat biaya dan waktu penelitian.

2) Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan sejak bulan Januari sampai Februari 2017

C. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah populasi terjangkau yaitu populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan mudah dijangkau oleh peneliti.

Adapun populasi pada penelitian ini adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap St. Bernadeth I berjumlah 13 perawat, St. Bernadeth II

berjumlah 17 perawat, St. Bernadeth III a berjumlah 14 perawat, Bernadeth III b berjumlah 17 perawat, St. Joseph III berjumlah 9 perawat, St. Joseph V berjumlah 14 perawat, St. Joseph VI berjumlah 14 perawat, St. Joseph VII berjumlah 11 perawat, St. Theresia berjumlah 10 perawat, St. Maria III berjumlah 16 perawat. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana dan ketua tim di ruang rawat inap rumah sakit stella maris Makassar yang berjumlah 135 perawat.

2. Sampel

Pada penelitian ini, sampel diambil dari populasi perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Stella Maris. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Probability Sampling* dengan pendekatan *Symple Random Sampling* (teknik cara sederhana) yaitu pengambilan sampel secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam posisi. Menurut Nursalam (2008) untuk menentukan jumlah sampel dapat digunakan rumus :

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

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

d = Taraf signifikansi yang dipilih (5% = 0,05)

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

$$n = \frac{135}{1 + 135 (0,05)^2}$$

$$n = 101 \text{ perawat}$$

Berdasarkan perhitungan di atas, maka besar sampel adalah 101 orang perawat. Untuk menentukan jumlah sampel yang akan diteliti dari masing-masing ruang rawat inap rumah sakit Stella Maris Makassar dilakukan dengan cara pengambila

sampel secara *propertional random sampling* yaitu menggunakan rumus alokasi propertional:

$$\frac{N_1 n}{N}$$

Keterangan:

n_i = jumlah anggota sampel

n = jumlah anggota sampel seluruhnya

N_i = jumlah anggota populasi

N = jumlah anggota populasi seluruhnya

$$n_{BI} = \frac{13}{135} 101$$

$$= 10$$

$$n_{BII} = \frac{17}{135} 101$$

$$= 13$$

$$n_{BIIIa} = \frac{14}{135} 101$$

$$= 10$$

$$n_{BIIIb} = \frac{17}{135} 101$$

$$= 12$$

$$n_{JIII} = \frac{9}{135} 101$$

$$= 7$$

$$n_{JV} = \frac{14}{135} 101$$

$$= 10$$

Pada pengambilan sampel ini yang memenuhi kriteria yaitu :

1. Kriteria Inklusi

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

2. Kriteria Eksklusi

Kepala ruangan, perawat magang, perawat katim dan perawat pelaksana yang cuti.

D. Instrumen Penelitian

1. Kuisisioner A yang dibuat oleh peneliti yang terdiri dari 15 pernyataan yang dibuat oleh peneliti dengan pilihan jawaban “Salah”, dan “benar” dengan kategori “Baik” jika total nilai jawaban responden (36-45), “Cukup” jika total nilai jawaban responden (26-35), dan “Kurang” jika total nilai jawaban responden (15-25).
2. Kuisisioner B yang dibuat oleh peneliti yang terdiri dari 12 pernyataan tentang motivasi dengan pilihan jawaban “Sangat Sesuai”, “Sesuai”, “Kurang Sesuai”, “Tidak Sesuai”, “Sangat Tidak Sesuai”, dan dengan kategori “Tinggi” (30-37) kategori “sedang” jika total nilai jawaban responden (21-29), dan “Rendah” jika total jawaban responden (12-20).
3. Kuisisioner C yang diambil dari penelitian yang terdiri dari 30 pernyataan tentang variabel dependen yaitu komunikasi efektif dengan pilihan jawaban “Selalu”, “Sering”, “Kadang-kadang”, “Tidak Pernah”, dengan kategori “Baik” jika total nilai jawaban responden (79-50), “Cukup” jika total nilai jawaban responden (51-70), dan “Kurang” jika total nilai jawaban responden (30-50) dan telah dilakukan uji validitas dimana nilai r tabel untuk jumlah responden 77 ($df=75$) pada tingkat kemaknaan 5% adalah 0.232 sehingga disimpulkan berdasarkan uji validitas tersebut maka kuisisioner tersebut valid dan uji reliabilitas dilakukan dengan membandingkan Alpha Cronbach’s dengan r tabel dan hasil yang didapatkan nilai r alpha sebesar 0,8634 berdasarkan nilai r tersebut maka kuisisioner tersebut reliabel.

E. Pengumpulan Data

Sebelum penelitian dilaksanakan, peneliti meminta surat izin dari pihak institusi Rumah Sakit Stella Maris Makassar untuk mengadakan penelitian di institusi tersebut. Setelah mendapat persetujuan dari institusi barulah dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut:

1. Informed Consent

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

2. Anonymity (tanpa nama)

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

3. Confidentiality

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

b. Teknik pengumpulan data yang dilakukan guna memperoleh data yang sesuai dengan variabel penelitian ini diperoleh dengan cara berupa data primer yaitu data yang diambil secara langsung oleh peneliti dari institusi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

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

1. Pengolahan Data

a. Editing Data

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

b. Coding Data

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

c. Processing Data

Processing data adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau data base komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontingensi (Hidayat, 2009). Tujuan dilakukan processing adalah agar data yang sudah dientry dapat dianalisis secara statistik.

d. Cleaning Data

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

2. Penyajian Data

Penyajian data hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel.

G. Analisa Data

1. Analisa Univariat

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

2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan pengetahuan perawat pelaksana (variabel independen) dengan penerapan sasaran keselamatan pasien (variabel dependen) dan analisis bivariat juga dilakukan untuk melihat hubungan motivasi perawat pelaksana (variabel independen) dengan penerapan sasaran keselamatan pasien (variabel dependen) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan menggunakan uji statistic Chi Square dengan interpretasi sebagai berikut :

- a. Jika $p \geq \alpha$ artinya H_0 ditolak H_a diterima artinya tidak ada hubungan antara karakteristik individu perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap Bernadeth I,II,IIIA,IIIB, St. Maria III, St. Yoseph, dan St. Theresia yang dilaksanakan pada tanggal 11 Januari sampai dengan 11 Februari 2017. Pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *probability sampling* dengan pendekatan *symple random sampling*. Jumlah responden 101 responden dengan menggunakan analisa data uji chi Square. Adapun ketentuan terhadap penerimaan dan penolakan apabila $p < \alpha$ (0,05) maka H_a diterima dan H_o ditolak.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Stella Maris Makassar merupakan salah satu rumah sakit swasta katolik di kota akassar. Rumah sakit ini didirikan pada tanggal 08 Desember 1939, dan diresmikan pada tanggal 22 September 1939 dan kegiatan dimulai pada tanggal 07 Januari 1940. Rumah sakit ini berada di Jl. Somba Opu No. 273, Kelurahan Losari, Kecamatan Ujung Pandang, kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan. Oleh karena itu, sekelompok suster-suster JMJ Komunitas Rajawali mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut kedalam sebuah rencana untuk membangun sebuah rumah sakit khatolik yang berpedoman pada nilai-nilai ini.

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

a. Visi

Menjadi Rumah Sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya dibidang keperawatan dengan semangat Cinta Kasih Kristus kepada sesama.

b. Misi

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

Visi dan misi ini selanjutnya diuraikan untuk menentukan arah strategi rumah sakit stella maris sebagai dasar penyusunan programnya.

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

1) Uraian visi

- a) Menjadi Rumah Sakit dengan keperawatan terbaik di Sulawesi Selatan
- b) Mengutamakan cinta kasih kristus dalam pelayanan kepada sesama

2) Uraian Misi

- a) Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah (*Option for the poor*)
- b) Pelayanan dengan mutu keperawatan prima
- c) Pelayanan yang adil dan merata
- d) Pelayanan kesehatan dengan standar peralatan kedokteran yang muthakhir dan komprehensif
- e) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya

Secara geografis, letak atau batas-batas Rumah Sakit Stella Maris sebagai berikut:

- Utara :Berbatasan dengan jalan Datu Museng
 Selatan :Berbatasan dengan jalan Maipa
 Barat :Berbatasam dengan jalan penghibur
 Timur :Berbatasan dengan kelurahan Malouku

3. Penyajian Karakteristik Responden

Data dalam penelitian ini menggambarkan karakteristik responden. Data karakteristik responden meliputi jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, lama kerja dan status pernikahan.

a. Berdasarkan Kelompok umur

Tabel 5.1
 Karakteristik responden berdasarkan kelompok umur dan lama kerja di Rumah Sakit Stella Maris (n=101)

Umur (tahun)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
19-27	52	51.5
28-35	32	31.7
36-43	11	10.9
44-51	6	5.9
Total	101	100

Sumber: data primer, 2017

Berdasarkan table 5.1 diatas menunjukkan bahwa dari hasil penelitian dilaksanakan terhadap 101 responden perawat pelaksana diperoleh distribusi data umur responden tertinggi berada pada kelompok umur 19-27 tahun yaitu sebanyak 52 (51.5 %) responden dan data umur terendah berada pada kelompok umur 44-51 tahun yaitu sebanyak 6 (5.9 %) responden.

b. Berdasarkan tingkat pendidikan

Tabel 5.2

Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan di Rumah Sakit Stella Maris (n=101)

Tingkat Pendidikan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
SPK	2	2.0
DIII Keperawatan	64	63.4
SI Keperawatan	35	34.6
Total	101	100

Sumber : Data primer 2017

Tabel 5.2 menunjukkan dari hasil penelitian yang dilaksanakan terhadap 101 responden perawat pelaksana diperoleh tingkat pendidikan perawat pelaksana terbanyak di Rumah Sakit Stella Maris yaitu dengan tingkat pendidikan DIII Keperawatan sebanyak 64 (63,4 %) responden, dan yang berpendidikan SI keperawatan dengan jumlah 35 (34,7%) dan SPK hanya berjumlah 2 (2,0 %).

c. Berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.3

Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di Rumah Sakit Stella Maris Makassar (n=101)

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki-laki	11	10.9
Perempuan	90	89.1
Total	101	100

Sumber : Data Primer 2017

Dari table 5.3 bahwa hasil penelitian yang dilakukan pada 101 perawat pelaksana di rumah Sakit Stella Maris, yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak yaitu 90 (89,1 %) responden dari pada laki-laki yang berjumlah 11 (10,9%) responden.

d. Berdasarkan status pernikahan

Tabel 5.4

Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pernikahan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar (n=101)

Status Pernikahan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Menikah	56	55.4
Belum Menikah	45	44.6
Total	101	100

Berdasarkan table 5.4 menunjukkan bahwa dari hasil penelitian yang dilaksanakan pada 101 perawat pelaksana di Rumah Sakit Stella Maris sebagian besar sudah menikah yaitu sebanyak 56 (55.4 %) perawat dan yang belum menikah sebanyak 45 (9.9 %) perawat

4. Penyajian Hasil Yang Diukur

a. Analisis Univariat

1) Analisis univariat Pengetahuan perawat dalam penerapan sasaran keselamatan pasien

Tabel 5.5

Distribusi frekuensi responden berdasarkan pengetahuan tentang keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar (n=101)

Pengetahuan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	92	91.0
Cukup	5	5.0
Kurang	4	4.0
Total	101	100

Sumber: Data primer 2017

Tabel 5.5 diatas menyajikan data tentang pengetahuan yang dimiliki oleh perawat pelaksana tentang penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar bahwa dari 101 responden sebagian besar memiliki pengetahuan yang baik yaitu 92 (90.0%) responden, 5 (5.0 %)

responden menunjukkan kategori pengetahuan yang cukup dan masih ada 4 (4.0%) responden yang memiliki pengetahuan yang kurang

- 2) Analisa univariat Motivasi perawat dalam penerapan sasaran keselamatan pasien

Tabel 5.6

Distribusi frekuensi responden terhadap motivasi dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar (n=101)

Motivasi	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tinggi	69	68.3
Sedang	31	30.7
Rendah	1	1.0
Total	101	100

Sumber Data : Data Primer 2017

Berdasarkan tabel 5.6 diatas menggambarkan bahwa distribusi responden mengenai motivasi perawat dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar menunjukkan bahwa dari 101 responden, terdapat 69 (68.3 %) yang memiliki motivasi tinggi, 31 (30.7%) memiliki motivasi sedang dan hanya terdapa 1 (1.0%) responden yang memiliki motivasi rendah

3) Analisa univariat penerapan sasaran keselamatan pasien

Tabel 5.7

Distribusi frekuensi responden perawat terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar (n=101)

Komunikasi Efektif	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	34	33.6
Cukup	63	62.4
Kurang	4	4.0
Total	101	100

Sumber : Data Primer 2017

Tabel 5.6 menunjukkan jumlah perawat pelaksana dalam menerapkan komunikasi efektif dengan baik sebanyak 34 (33 %) responden dan cukup sebanyak 63 (62.4%) responden tetapi masih ada perawat pelaksana yang kurang baik melakukan penerapan komunikasi efektif yaitu sebanyak 4 orang (4.0 %).

b. Analisa Bivariat

- 1) Hubungan pengetahuan perawat dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Tabel 5.8

Hubungan pengetahuan perawat dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris

Pengetahuan	Penerapan sasaran keselamatan pasien								p*
	Baik		Cukup		Kurang		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baik	29	28.7	59	58.4	4	4.3	92	91.1	0.731
Cukup	5	5.0	4	4.0	0	0	9	8.9	
Total	34	33.7	63	62.4	4	4.0	101	100	

(Uji Kolmogorov minorv)

Dari hasil analisis hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit stella maris Makassar diperoleh data, dengan jumlah responden 101 perawat pelaksana, dimana hasil uji statistic dengan menggunakan uji chi square yang dilanjutkan dengan menggunakan uji alternative kolmogorov didapatkan nilai p value=0.173 dan $\alpha=0.005$ sehingga $p>\alpha$. Bahwa dari 101 responden ada sebanyak 29 (28.7 %) yang memiliki pengetahuan yang baik dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit, 5 (5.0 %) yang memiliki pengetahuan yang cukup tetapi dapat menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan baik, sedangkan dari 101 responden ini juga terdapat 59 (58.4 %) yang memiliki pengetahuan yang baik tetapi menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan cukup baik, kemudian terdapat 4 (4.0 %) responden yang memiliki pengetahuan yang cukup dapat menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan

cukup baik dan ternyata dari 101 responden masih terdapat 4 (4.3 %) responden memiliki pengetahuan yang baik tetapi kurang baik dalam melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit. Analisis menggunakan uji statistic *chi square* dengan table 3x3 dan terdapat 7 cell (77.8 %). Hal ini menunjukkan bahwa syarat uji chi square tidak terpenuhi dimana nilai *expected count* nya < 5 atau lebih dari 20 % cell maka dilakukan penggabungan cell, dimana pada variabel independen terdapat tiga kategori diubah menjadi dua kategori, sehingga table 3x3 diubah menjadi 2x3 dan di uji kembali menggunakan *che square* dan terdapat 3 cell (50.0 %), kemudian di uji kembali dengan menggunakan uji alternative *kolmogorov-smirnov* sehingga di dapatkan $p=0.731 > \alpha=0.05$ artinya H_0 diterima, H_a di tolak sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit stella maris Makassar.

2) Hubungan Motivasi Perawat Pelaksana Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Tabel 5.9

Hubungan motivasi perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit

Motivasi	Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien								P*
	Baik		Cukup		Kurang		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tinggi	23	22.8	44	43.6	2	2.0	69	68.3	1.000
Sedang	11	10.9	19	18.8	2	2.0	32	31.7	
Total	34	33.7	63	62.4	4	4.0	101	100	

(Uji Kolmogorov sminorv)

Berdasarkan hasil analisis motivasi perawat dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dari 101 responden terdapat 23 (22.8 %) responden yang memiliki

motivasi yang tinggi dapat menerapkan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit dengan baik, 44 (43.6 %) responden dengan motivasi yang tinggi tetapi cukup baik dalam melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien, dan masih terdapat 2 (2.0 %) responden yang memiliki motivasi yang tinggi tetapi kurang baik dalam melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien. Terdapat juga 11 (10.9 %) responden yang memiliki motivasi sedang tetapi dapat menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan baik, dan ada juga 19 (18.8 %) responden yang memiliki motivasi sedang tetapi dapat menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan cukup baik dan ternyata masih terdapat 2 (2.0%) responden yang memiliki motivasi yang rendah, yang kurang baik dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit. Analisis menggunakan uji statistic *chi square* dengan table 3x3 dan terdapat 5 cell (55.6%). Hal ini menunjukkan bahwa syarat uji chi square tidak terpenuhi dimana nilai *expected count* nya < 5 atau lebih dari 20 % cell maka dilakukan penggabungan cell, dimana pada variabel independen terdapat tiga kategori diubah menjadi dua kategori, sehingga table 3x3 diubah menjadi 2x3 dan di uji kembali menggunakan *chi square* dan terdapat 2 cell (33.3 %), kemudian di uji kembali dengan menggunakan uji alternative *kolmogorov-smirnov* sehingga di ssdapatkan $p=1.000 > \alpha=0.05$ artinya H_0 diterima, H_a di tolak sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara motivasi dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Pembahasan

1. Hubungan pengetahuan perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah sakit

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 11 Januari sampai 11 Februari 2017 dengan jumlah responden 101 perawat pelaksana, dimana hasil uji statistic dengan menggunakan uji chi square yang dilanjutkan dengan menggunakan uji alternative kolmogorov didapatkan nilai $p\text{ value}=0.173$ dan $\alpha=0.005$ sehingga $p>\alpha$. Artinya tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien. Hal ini didukung oleh sel yang menyatakan bahwa terdapat 29 (95.9 %) responden dalam hal ini perawat pelaksana dengan pengetahuan yang baik dan dapat menerapkan sasaran keselamatan pasien dengan baik.

Penelitian terdahulu tentang pengetahuan dengan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit sangat banyak. Dari hasil penelitian terdahulu banyak yang menggambarkan bahwa ada hubungan antara kedua variable yaitu ada hubungan antara pengetahuan dengan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit. Dari banyak penelitian yang dibuat oleh peneliti hampir tidak ada yang mengatakan hasil yang sesuai dengan yang telah peneliti jalankan di Rumah Sakit Stella Maris. Bahwa tidak ada data penelitian yang mendukung hasil penelitian ini. Dengan kata lain, penelitian yang menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dan sasaran keselamatan pasien hampir pasti tidak ada. Ada penelitian yang mengaitkan pengetahuan perawatan dengan variable lain yang bukan sasaran keselamatan pasien. Di antaranya adalah Novianti (2009) yang berjudul hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien dengan kepatuhan pelaksanaan pemberian obat injeksi di rumah sakit islam

Surakarta juga mendapatkan kesimpulan bahwa tingkat pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien tidak ada hubungan signifikan dengan kepatuhan pelaksanaan prinsip pemberian obat injeksi. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Yulianti (2015) dengan judul hubungan pengetahuan perawat dengan keselamatan pasien dalam penerapan pemberian obat di ruang Icu RSUD DR.Moewardi. Hasil penelitiannya menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien dengan penerapan pemberian obat dengan hasil p value $(0.018) < (0.05)$.

Menurut asumsi peneliti pengetahuan selalu berpengaruh signifikan terhadap sesuatu yang akan mempengaruhi sikap orang tersebut dalam mengambil suatu keputusan khususnya dalam hal ini penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit. Berdasarkan hasil penelitian bahwa perawat memiliki pengetahuan yang baik tetapi melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien dengan cukup baik, hal ini dikarenakan kurangnya kemauan dan kesadaran dari dalam diri perawat untuk menjalankan penerapan sasaran keselamatan pasien dengan benar dan sesuai standar operasional prosedur Rumah Sakit. Bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi sikap perawat dalam melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien dengan cukup baik yaitu faktor lingkungan, dimana hubungan antara atasan dan rekan kerja, penghasilan atau gaji yang diperoleh dan juga faktor kurangnya pengalaman dan pelatihan. Menurut Notoadmojo (2007) salah satu tingkatan yang mempengaruhi pengetahuan adalah aplikasi dimana sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya dan sebagai penggunaan metode dan prinsip. Menurut Dewi, dkk (2010) bahwa salah satu faktor eksternal pengetahuan yakni sosial budaya dimana

sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi sikap dalam menerima informasi.

2. Hubungan motivasi perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 11 Januari sampai 11 Februari 2017 dengan jumlah responden 101 perawat pelaksana, dimana hasil uji statistic dengan menggunakan uji chi square yang dilanjutkan dengan menggunakan uji alternative kolmogorov didapatkan nilai p value= 1.000 dan $\alpha=0.005$ sehingga $p>\alpha$. Artinya tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien. Hal ini didukung oleh sel yang menyatakan bahwa terdapat 23 (22.8 %) perawat pelaksana memiliki motivasi yang tinggi dengan baik menerapkan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan muthmainah (2014) yang mengatakan bahwa motivasi tidak berkontribusi terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUD Haji Makassar. Penelitian lain yang dilakukan oleh Hadi (2013) bahwa tidak ada hubungan antara motivasi dengan kinerja perawat. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Aryandi (2015) menemukan bahwa sebagian besar atau sebesar 77,8 % perawat memiliki faktor motivasi yang baik, dimana motivasi diklasifikasikan menjadi dua yaitu motivasi internal sebesar 74.5 % yang baik dan eksternal sebesar 72.7 % . hal ini sejalan dengan Bahri & Djamarah (2002) dalam teori manajemen bahwa macam-macam motivasi salah satunya adalah motivasi intrinstik dimana motif-motif yang menjadi aktif atau berfungsinya tidak perlu dipengaruhi dari luar, karena dalam setiap individu sudah ada dorongan untuk melakukan sesuatu. Tujuannya adalah karyawan dalam hal ini perawat

termotivasi sendiri untuk bekerja lebih giat.

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

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh perawat pelaksana yang memiliki motivasi sedang tetapi menerapkan sasaran keselamatan dengan baik, hal ini sejalan dengan penelitian Saptorini (2010) yang menyatakan bahwa motivasi perawat pelaksana terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien di RSO Prof. Dr. R Soeharso Surakarta sebagian besar rendah tapi pelaksanaan sasaran keselamatan pasien tinggi. Hal ini disebabkan Karena tuntutan Rumah Sakit yang mengharuskan semua perawat untuk mensukseskan program penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit, seperti yang dikatakan Siagian (2010) bahwa motivasi merupakan daya dorong bagi seseorang untuk memberikan kontribusi yang sebesar mungkin demi keberhasilan organisasi mencapai tujuan.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai keterbatasan dimana peneliti tidak mengawasi responden pada saat mengisi kuisioner.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada tanggal 11 Januari sampai dengan 11 February 2017 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dapat disimpulkan bahwa:

1. Perawat pelaksana di Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebagian besar memiliki pengetahuan yang baik tentang penerapan sasaran keselamatan pasien
2. Sebagian besar perawat pelaksana di Rumah Sakit Stella Maris Makassar memiliki motivasi yang tinggi
3. Sebagian besar perawat pelaksana di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dapat menerapkan sasaran keselamatan pasien dalam hal ini komunikasi efektif dengan cukup baik
4. Tidak ada hubungan pengetahuan perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Stella Maris Makassar
5. Tidak ada hubungan motivasi perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah Sakit Stella Maris Makassar

B. Saran

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

1. Bagi institusi Rumah sakit
 - Mengadakan pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien serta meningkatkan motivasi perawat dalam penerapan sasaran keselamatan pasien

2. Bagi perawat

Mempertahankan ilmu dan pengetahuan tentang keselamatan pasien yang ada dan terus mengembangkan pengetahuan dengan mengikuti berbagai macam pelatihan, seminar dan sebagainya juga tetap mempertahankan motivasi yang tinggi dalam melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit

3. Bagi Peneliti

Bagi peneliti selanjutnya agar meneliti karakteristik lainnya yang dapat mempengaruhi perawat dalam melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Agung Cahyono. 2015. *Hubungan karakteristik dan tingkat pengetahuan perawat terhadap pengelolaan keselamatan pasien dirumah sakit*. Volume 3 No. 2 September-Desember 2015. Jurnal Ilmiah Widya.
- AHRQ. 2003. Publication No. 07-E005. Rockville, MD: *Agency for Healthcare Research and Quality*. Maret:151. www.ahrq.gov. Diakses pada tanggal 17 Oktober 2016
- Anggriani & Muliady. 2014. *Hubungan Pengetahuan perawat dengan penerapan Identuty Patient Corecly di RSUD Ratatotok Buyat Kabupaten Minahasa Tenggara*. FK. UNSRAT
- Anugrahini C, 2010. *Hubungan factor individu dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman pasien safety di RSAB harapan Kita*, Jakarta: FKI UI
- Ariyani. 2009. *Analisis Pengetahuan dan Motivasi Peraawt yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan Program Patient Safety di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. Tesisa Program, Pasca Sarjana. UNDIP
- Aspden, P, Corrigan, HM, Wolcolt, J. Erickson SM (Ed) Commite on Data Standards for Patient Safety, Board on Healthy Care Service. 2004. *Patient safety di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, FKM UNHAS*.
- Badiah, A. 2008. *Hubungan motivasi perawat dengan kinerja perawat diruang rawat inap rumah sakit daerah panambean senopati bantul*. Jurnal vol. 12
- Ballard. KA, 2003. *Patient Safety: A Shared responbility*. *Onlune Journal of Issue in Nursing*. Vol. 8 No. 3
- Baron, RA & GreenbergJ. 2000. *Behaviour in Organizations(7th ed)*. New Jersey: pretice Hall
- Cahyono. 2008. *Membangun Budaya Keselamatam Pasien dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: penerbit
- Dahlan & Sapiyuddin. 2014. *Statistic untuk kedokteran dan Kesehatan* :Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Mulyana 2013. *Analisa Penyebab Insiden Keselamatan Pasien Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta*. Depok. Universitas Indonesia.

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

- Depkes RI. 2008. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient safety)* : Jakarta: Depkes RI
- Dhinamita. 2013. *Pengaruh Motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada rumah sakit pemerintah di Semarang*, vol. 1 No. 2. Jurnal manajemen Keperawatan.
- Djaali.2007. *Psikologi Pendidikan*. Jakarta: Bumi Alaska.
- Kemenkes RI. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit, Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)*: Jakarta
- Fedz & irchan. 2010. *Biostatistik bidang kesehatan, keperawatan, kebidanan, kedokteran*.Jilid 3. Yogyakarta: Fitramaya.
- Merina W. 2014. *Analisa factor-faktor yang mempengaruhi motivasi kerja perawat pelaksana di rumah sakit premier, Surabaya*.
- Muthmaina. 2014. *Hubungan pengetahuan, motivasi dan supewrviase dengan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan program keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSUD Haji Makassar 2014*. FKM UNHAS
- Nikmatul Fitri, 2007. *Hubungan antara motivasi kerja dengan kinerja perawat di instalasi rawat inap rumah sakit umum daerah (RSUD) Tugurejo Semarang* . FKM UNNES
- Notoadmodjo, S. 2007. *Pengembangan sumber daya manusia*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo.2007. *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Reid J & Bromiley M. 2012. *Clinical Human Factors: The need to Speak up to improve patiewnt safety*.Nursing Standard. vol. 6/No. 35
- Potter, PA & Peery AG.2005. *Fundamentals of Nursing (6th ed) Missouri*. Mosby
- Sari Candra Dewi.2011. *Hubungan fungsi manajemen kepala ruangan dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien dan pearwat IRNA I RSUP Dr. sardjito Yogyakarta*. Depol. FI

JADWAL KEGIATAN

No.	Kegiatan	Oktober'16				November'16				Desember'16				Maret '17				April'17			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Pengajuan Judul				■																
2	ACC Judul				■																
3	Menyusun Proposal					■	■	■	■												
4	Ujian Proposal									■											
5	Perbaikan Proposal										■										
6	Pengurusan Surat Penelitian											■									
7	Pelaksanaan penelitian												■								
8	Pengelolaan dan analisa data													■							
9	Menyusun laporan hasil penelitian														■						
10	Ujian hasil															■					
11	Perbaikan skripsi																■	■	■	■	
12	Pengumpulan																				■

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul Penelitian : HUBUNGAN KARAKTERISTIK INDIVIDU
DENGAN PENERAPAN SASARAN
KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH
SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

Nama Peneliti : YOHANA ALFONSIA B. TUKAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (Inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari siapapun dari penelitian, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul HUBUNGAN KARAKTERISTIK INDIVIDU DENGAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR yang dilaksanakan oleh YOHANA ALFONSIA B. TUKAN, mahasiswi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

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

Makassar, 2016

Responden

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

HUBUNGAN KARAKTERISTIK INDIVIDU DENGAN PENERAPAN
SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR

Kuesioner A

Petunjuk Pengisian

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

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Lama Kerja :
Pendidikan :
Status Perkawinan :

No.	Pernyataan	S	B
1.	Perawat mengenali pasien dengan dua identitas pasien		
2.	Perawat mengenali pasien terlebih dahulu sebelum memberi obat		
3.	Perawat mengenali pasien terlebih dahulu sebelum mengambil sampel darah		
4.	Perawat menulis advis dokter dalam <i>integrated note</i> pasien		
5.	Perawat membaca kembali advis dokter yang diberikan sebelum menulis di <i>integrated note</i> pasien		
6.	Perawat mengenali jenis obat high alert dan menyimpannya dilemari khusus atau kulkas		
7.	Perawat mengetahui penanganan obat high alert		
8.	Perawat mengetahui harus memferifikasi terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan kepada pasien		
9.	Perawat mengetahui tepat dokumen, tepat pasien dan prosedur sebelum melakukan tindakan kepada pasien		
10.	Perawat mengetahui pencegahan penularan penyakit		
11.	Perawat mengetahui 5 (lima) indikasi mencuci tangan dengan benar		
12.	Perawat mengetahui pencegahan pasien jatuh		

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

13.	Perawat mengetahui cara pelaporan bila terjadi insiden		
14.	Perawat melakukan identifikasi sebelum melakukan tindakan pada pasien		
15.	Perawat mengidentifikasi obat yang akan diberikan kepada pasien		

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

Kuesioner B

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

No.	Pertanyaan	SS	S	KS	TS	STS
1.	Saya terdorong untuk melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien karena saya ingin menjadi perawat yang profesional.					
2.	Saya terdorong untuk melaksanakan sasaran keselamatan pasien karena dapat meningkatkan wawasan dan keterampilan sehubungan dengan pekerjaan saya sebagai perawat pelaksana.					
3.	Saya melaksanakan sasaran keselamatan pasien karena keinginan dari dalam diri saya bukan karena tuntutan rumah sakit saja.					
4.	Saya terdorong melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien karena saya ingin melihat pasien merasa aman saat menjalani perawatan di rumah sakit					
5.	Saya termotivasi melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien karena tidak ingin menambah insiden keselamatan pasien di rumah sakit tempat saya bekerja.					
6.	Saya terdorong untuk melaksanakan sasaran keselamatan pasien sesuai prosedur tindakan operasional prosedur rumah sakit					
7.	Hal yang mendorong saya melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien dengan benar adalah agar saya terhindar dari tuntutan hukum.					
8.	Saya tidak terdorong melaksanakan penerapan sasaran pelaksana.					
9.	Saya melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien karena sasaran keselamatan pasien karena ingin dipuji oleh atasan saya					
10.	Saya tidak terdorong melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien karena tidak akan meningkatkan jasa pelayanan yang saya terima.					
11.	Saya terdorong melaksanakan penerapan sasaran keselamatan pasien karena melihat perawat yang lain juga melaksanakannya					

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

12.	Saya terdorong melakukan penerapan sasaran keselamatan pasien karena tidakingin mendapat komplain dari pasien bahkan masyarakat					
-----	---	--	--	--	--	--

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

Kuesioner C

Petunjuk Pengisian :

1. Isilah daftar pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda (√) pada kolom yang tersedia sesuai dengan penerapan keselamatan pasien yang anda lakukan pada saat memberikan asuhan keperawatan.
2. Pilih salah satu jawaban yang menurut anda paling sesuai, yaitu :

SL = Selalu
SR= Sering

KK= Kadang-kadang
TP= Tidak Pernah

No.	Pernyataan	SL	SR	KK	TP
1.	Saya mengecek ulang kesesuaian golongan darah dengan permintaan darah untuk pasien yang akan dilakukan transfusi.				
2.	Saya mengecek ulang kesesuaian golongan darah dengan permintaan darah untuk pasien yang akan dilakukan transfusi.				
3.	Saya mencocokkan identitas pasien dengan kartu kendali darah saat akan melakukan transfusi darah				
4.	Saya menanyakan identitas pasien saat pasien masuk pertama kali ruangan				
5.	Saya melakukan serah terima pasien antar shift secara komprehensif				
6.	Saya melakukan klarifikasi kembali terhadap informasi yang kurang jelas saat melakukan serah terima pasien antar shift.				
7.	Saya memberitahu pasien mengenai bagian tubuh yang akan dilakukan tindakan.				
8.	Saya menanyakan kepada pasien mengenai bagian tubuh yang akan dilakukan tindakan				
9.	Saya memastikan kepada pasien bagian tubuh yang sakit saat akan melakukan tindakan keperawatan cairan elwektrolit pekat sesuai standar operasional prosedur				
10.	Saya mendokumentasikan tindakan pemberian cairan elektrolit pekat (tanggal, jam, pemberian, dosis) dalam catatan keperawatan pasien.				
11.	Saya melakukan klarifikasi pengobatan pasien saat menerima pasien masuk.				
12.	Saya menjelaskan obat pasien secara lengkap pada waktu serah terima pasien.				

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

13.	Mereview medikasi pasien (misal : penggunaan sedative, antidepresan, antipsikotik)				
14.	Memberikan informasi dan edukasi kepada keluarga terkait resiko jatuh.				
15.	Saya menuliskan kembali advis via telepon di integrated note agar dapat di baca oleh shift berikutnya				
16.	Saya mengedukasi pasien dan keluarga tentang penggunaan restraint yang benar.				
17.	Saya mendokumentasikan dengan benar advis baru pada saat menemani dokter visite dan mengoverkan pada perawat yang bertanggung jawab pada pasien yang bersangkutan.				
18.	Saya mendokumentasikan dengan benar tanggal dan jam pemakaian alat-alat medis pada pasien.				
19.	Saya memberikan informasi benar tentang perubahan dosis pada obat yang baru untuk pasien				
20.	Saya memberikan informasi yang benar tentang perubahan dosis pada obat yang baru untuk pasien.				
21.	Saya tidak memperhatikan rupa obat dengan seksama sebelum memberikan obat kepada pasien				
22.	Saya memberikan transfusi darah tanpa terlebih dahulu mencocokkan identitas pasien dengan label darah				
23.	Saya tidak melakukan serah terima pasien dengan perawat shift berikutnya di ruang pasien.				
24.	Saya melakukan serah terima pasien (operan jaga) tanpa melibatkan pasien.				
25.	Saya memberikan penjelasan tentang tujuan tindakan yang akan dikakukan pada pasien				
26.	Saya memberikan asuhan keperawatan tanpa melibatkan pasien dan keluarga				
27.	Saya memberikan infus cairan elektrolit pekat pada pasien tanpa terlebih dahulu mempelajari protocol pemberian cairan elektrolit pekat.				
28.	Saya tidak mengkaji riwayat pengobatan pasien sebelum dirawat dirumah sakit				
29.	Saya tidak menyusun daftar obat-obatan pasien secara lengkap sebelum pasien dipindahkan ke unit perawatan lainnya.				
30.	Saya tidak mendengarjab dengan baik advis dokter via tewlepon dan salah satu menuliskan advis tersebut di integrated note pasien				

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

Master table menyusul

Karakteristik Responden

Umur dan Lama Kerja

Statistics

		UMUR	LAMAKERJA
N	Valid	101	101
	Missing	0	0
Mean		1.71	1.18
Std. Error of Mean		.088	.050
Median		1.00	1.00
Mode		1	1
Std. Deviation		.887	.498
Variance		.787	.248
Range		3	2
Minimum		1	1
Maximum		4	3
Sum		173	119

PENDIDIKAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SPK	2	2.0	2.0	2.0
	DIII	64	63.4	63.4	65.3
	S1	35	34.7	34.7	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS**LAMAKERJA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-10	88	87.1	87.1	87.1
	11-20	8	7.9	7.9	95.0
	21-30	5	5.0	5.0	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

STATUS PERNIKAHAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BELUM MENIKAH	45	44.6	44.6	44.6
	MENIKAH	56	55.4	55.4	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

UMUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19-27	52	51.5	51.5	51.5
	28-35	32	31.7	31.7	83.2
	36-43	11	10.9	10.9	94.1
	44-51	6	5.9	5.9	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

Analisis Univariat

PENGETAHUAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BAIK	92	91.1	91.1	91.1
	CUKUP	5	5.0	5.0	96.0
	KURANG	4	4.0	4.0	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

MOTIVASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TINGGI	69	68.3	68.3	68.3
	SEDANG	31	30.7	30.7	99.0
	RENDAH	1	1.0	1.0	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

KOMUNIKASI EFEKTIF

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BAIK	34	33.7	33.7	33.7
	CUKUP	63	62.4	62.4	96.0
	KURANG	4	4.0	4.0	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

BIVARIAT HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PENGETAHUAN * KOMUNIKASI EFEKTIF	101	100.0%	0	.0%	101	100.0%

PENGETAHUAN * KOMUNIKASI EFEKTIF Crosstabulation

			KOMUNIKASI EFEKTIF			Total
			BAIK	CUKUP	KURANG	
PENGETAHUAN	BAIK	Count	29	59	4	92
		Expected Count	31.0	57.4	3.6	92.0
		% within PENGETAHUAN	31.5%	64.1%	4.3%	100.0%
		% within KOMUNIKASI EFEKTIF	85.3%	93.7%	100.0%	91.1%
		% of Total	28.7%	58.4%	4.0%	91.1%
CUKUP	CUKUP	Count	3	2	0	5
		Expected Count	1.7	3.1	.2	5.0
		% within PENGETAHUAN	60.0%	40.0%	.0%	100.0%
		% within KOMUNIKASI EFEKTIF	8.8%	3.2%	.0%	5.0%
		% of Total	3.0%	2.0%	.0%	5.0%

KURANG	Count	2	2	0	4
	Expected Count	1.3	2.5	.2	4.0
	% within PENGETAHUAN	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
	% within KOMUNIKASI EFEKTIF	5.9%	3.2%	.0%	4.0%
	% of Total	2.0%	2.0%	.0%	4.0%
Total	Count	34	63	4	101
	Expected Count	34.0	63.0	4.0	101.0
	% within PENGETAHUAN	33.7%	62.4%	4.0%	100.0%
	% within KOMUNIKASI EFEKTIF	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	33.7%	62.4%		100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.409 ^a	4	.661
Likelihood Ratio	2.595	4	.628
Linear-by-Linear Association	1.752	1	.186
N of Valid Cases	101		

a. 7 cells (77.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .16.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	.154	.661
Cramer's V	.109	.661
Contingency Coefficient	.153	.661
N of Valid Cases	101	

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PENGETAHUAN 2 * KOMUNIKASI EFEKTIF Crosstabulation

			KOMUNIKASI EFEKTIF			Total
			BAIK	CUKUP	KURANG	
PENGETAHUAN 2	BAIK	Count	29	59	4	92
		Expected Count	31.0	57.4	3.6	92.0
		% within PENGETAHUAN 2	31.5%	64.1%	4.3%	100.0%
	CUKUP+KURANG	Count	5	4	0	9
		Expected Count	3.0	5.6	.4	9.0
		% within PENGETAHUAN 2	55.6%	44.4%	.0%	100.0%
Total	Count	34	63	4	101	
	Expected Count	34.0	63.0	4.0	101.0	
	% within PENGETAHUAN 2	33.7%	62.4%	4.0%	100.0%	
		% within KOMUNIKASI EFEKTIF	85.3%	93.7%	100.0%	91.1%
		% of Total	28.7%	58.4%	4.0%	91.1%
		% within KOMUNIKASI EFEKTIF	14.7%	6.3%	.0%	8.9%
		% of Total	5.0%	4.0%	.0%	8.9%
		% within KOMUNIKASI EFEKTIF	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	33.7%	62.4%	4.0%	100.0%

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.154	.661
	Cramer's V	.109	.661
	Contingency Coefficient	.153	.661
N of Valid Cases		101	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.307 ^a	2	.315
Likelihood Ratio	2.505	2	.286
Linear-by-Linear Association	2.270	1	.132
N of Valid Cases		101	

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .36.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.151	.315
	Cramer's V	.151	.315
	Contingency Coefficient	.149	.315
N of Valid Cases		101	

Frequencies

PENGETAHUAN 2		N
KOMUNIKASI EFEKTIF	BAIK	92
	CUKUP+KURANG	9
	Total	101

Test Statistics^a

		KOMUNIKASI EFEKTIF
Most Extreme Differences	Absolute	.240
	Positive	.000
	Negative	-.240
Kolmogorov-Smirnov Z		.688
Asymp. Sig. (2-tailed)		.731

a. Grouping Variable: PENGETAHUAN 2

BIVARIAT HUBUNGAN MOTIVASI DENGAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
MOTIVASI * KOMUNIKASI EFEKTIF	101	100.0%	0	.0%	101	100.0%

MOTIVASI * KOMUNIKASI EFEKTIF Crosstabulation

			KOMUNIKASI EFEKTIF			Total
			BAIK	CUKUP	KURANG	
MOTIVASI TINGGI	Count		23	44	2	69
	Expected Count		23.2	43.0	2.7	69.0
	% within MOTIVASI		33.3%	63.8%	2.9%	100.0%
	% within KOMUNIKASI EFEKTIF		67.6%	69.8%	50.0%	68.3%
	% of Total		22.8%	43.6%	2.0%	68.3%
SEDANG	Count		10	19	2	31
	Expected Count		10.4	19.3	1.2	31.0
	% within MOTIVASI		32.3%	61.3%	6.5%	100.0%
	% within KOMUNIKASI EFEKTIF		29.4%	30.2%	50.0%	30.7%
	% of Total		9.9%	18.8%	2.0%	30.7%

RENDAH	Count	1	0	0	1
	Expected Count	.3	.6	.0	1.0
	% within MOTIVASI	100.0%	.0%	.0%	100.0%
	% within KOMUNIKASI	2.9%	.0%	.0%	1.0%
	EFEKTIF				
	% of Total	1.0%	.0%	.0%	1.0%
Total	Count	34	63	4	101
	Expected Count	34.0	63.0	4.0	101.0
	% within MOTIVASI	33.7%	62.4%	4.0%	100.0%
	% within KOMUNIKASI	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	EFEKTIF				
	% of Total	33.7%	62.4%	4.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.701 ^a	4	.609
Likelihood Ratio	2.850	4	.583
Linear-by-Linear Association	.006	1	.941
N of Valid Cases	101		

a. 5 cells (55.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal		
Phi	.164	.609
Cramer's V	.116	.609
Contingency Coefficient	.161	.609
N of Valid Cases	101	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
MOTIVASI 2 * KOMUNIKASI EFEKTIF	101	100.0%	0	.0%	101	100.0%

MOTIVASI 2 * KOMUNIKASI EFEKTIF Crosstabulation

			KOMUNIKASI EFEKTIF			Total
			BAIK	CUKUP	KURANG	
MOTIVASI 2	TINGGI	Count	23	44	2	69
		Expected Count	23.2	43.0	2.7	69.0
		% within MOTIVASI 2	33.3%	63.8%	2.9%	100.0%
		% within KOMUNIKASI EFEKTIF	67.6%	69.8%	50.0%	68.3%
		% of Total	22.8%	43.6%	2.0%	68.3%
	SEDANG+RENDAH	Count	11	19	2	32
		Expected Count	10.8	20.0	1.3	32.0
		% within MOTIVASI 2	34.4%	59.4%	6.2%	100.0%
		% within KOMUNIKASI EFEKTIF	32.4%	30.2%	50.0%	31.7%
		% of Total	10.9%	18.8%	2.0%	31.7%

Total	Count	34	63	4	101
	Expected Count	34.0	63.0	4.0	101.0
	% within MOTIVASI 2	33.7%	62.4%	4.0%	100.0%
	% within KOMUNIKASI EFEKTIF	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	33.7%	62.4%		100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.695 ^a	2	.707
Likelihood Ratio	.652	2	.722
Linear-by-Linear Association	.040	1	.841
N of Valid Cases	101		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.27.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	.083	.707
Cramer's V	.083	.707
Contingency Coefficient	.083	.707
N of Valid Cases	101	

Frequencies

MOTIVASI 2		N
KOMUNIKASI EFEKTIF	TINGGI	69
	SEDANG+RENDAH	32
	Total	101

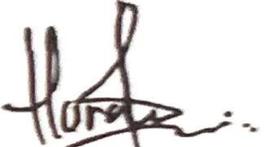
Test Statistics^a

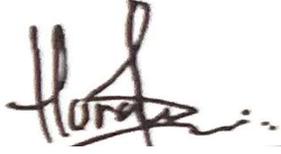
		KOMUNIKASI EFEKTIF
Most Extreme Differences	Absolute	.034
	Positive	.034
	Negative	-.010
Kolmogorov-Smirnov Z		.157
Asymp. Sig. (2-tailed)		1.000

a. Grouping Variable: MOTIVASI 2

LEMBARAN KONSUL

NAMA : Yohana Alfonsia B. Tukan
NIM : CX1514201144
JUDUL SKIPSI : HUBUNGAN KARAKTERISTIK PERAWAT
PELAKSANA DENGAN PENERAPAN
SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI
RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR
NAMA PEMBIMBING : Lorantina A, Ns.M.Kep

No	Hari/ tanggal	Pembahasan	Tanda tangan
1	Sabtu, 09/10/2016	Konsul judul	
2	Senin, 11/10/2016	Ganti judul karena sub variable kurang tepat	
3	Rabu, 13/11/2016	Konsul judul baru ganti lagi karena kurang mendukung	

4	Sabtu, 16/11/2017	Konsul judul baru Acc judul	
5	Senin, 18/11/201	Bab I: Latar Belakang setiap paragraf tidak integritas, perhatikan pengetikan	
6	Rabu, 19/11/2016	Bab I: masih belum integritas antara satu paragraph dengan yang lain, acc rumusan masalah, tambahkan kalimat di Tujuan umum dan khusus	

7	Kamis, 20/11/2016	-Perbaharui refrensi terbaru, -tambahkan latar belakang, -lanjut bab II dan bab III, IV	
8	Sabtu, 22/11/2016	-Bab II: Tambahkan refrensi terbaru, perhatikan pengetikan, hubungkan antara teor dan pendapat peneliti -Bab III: Bedakan variable yang tidak diteliti, ganti kalimat pada definisi operasional dan parameter -Bab IV: perhatikan pengetikan, nilai sample dan rumus	
10	Senin, 24/11/2016	Bab III : Sesuaikan definisi operasional dengan kuisisioner Pisahkan kalimat negative dan positif pada kuisisioner	
11	Sabtu, 29/11/2016	Bab IV: Perbaiki perhitungan rumus dan pengetikan	
12	03/12/2016	Bab II : Tambahkan teori pada variable independen Bab III: Perbaiki definisi operasional Bab IV: Perhitungan rumus dan pengetikan	

13	06/12/2016	Bab II sudah bagus, tetap perhatikan pengetikan	
14	09/12/2016	Masukan Jumlah sample	
15	15/12/2016	Acc proposal	
16	27/03/2017	Bab V: <ul style="list-style-type: none">- Ganti ukuran font yang dalam table dan atur spasi- Ganti hasil SSPS pada data bivariat- Tetap perhatikan pengetikan	
17	01/04/2017	Bab V : <ul style="list-style-type: none">- Perhatikan ukuran font dan spasi- Lihat kembali hasil ssps- Uji yang digunakan di table bivariat- Tambahkan teori- Hubungkan kalimat yang satu dengan yang lain pada penjabaran hasil tabel	

18	03/04/2017	Bab V & VI <ul style="list-style-type: none">- Perhatikan pengetikan- Tambahkan kalimat yang mendukung pada hasil bvariat- Perhatikan pengetikan:- Perhatikan pengetikan- Ringkas hasil penelitian pada abstrak	
----	------------	---	---