

KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG  
PATIENT SAFETY DI RSUD GUNUNGSITOLI  
PEMERINTAH KABUPATEN NIAS**



Disusun Oleh:

**PUTRA IRAWAN ZEBUA**

**NPM. 16.020**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN  
PRODI D-III KEPERAWATAN GUNUNGSITOLI  
TAHUN 2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG  
PATIENT SAFETY DI RSUD GUNUNGSITOLI  
PEMERINTAH KABUPATEN NIAS**

Sebagai Syarat Menyelesaikan Pendidikan Program Studi  
Diploma III Keperawatan



Disusun Oleh:

**PUTRA IRAWAN ZEBUA**

**NPM. 16.020**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN  
JURUSAN KEPERAWATAN  
2019**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala kasih dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety* Di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias”. penelitian ini dibuat untuk memenuhi Sebagai persyaratan guna mencapai gelar Diploma III (D-3) Keperawatan di Poltekes kemenkes Medan Prodi Diploma III (D-3) keperawatan Gunungsitoli-Nias.

Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terimakasih kepada berbagai pihak yang telah membantu baik berupa bantuan moril maupun materi dan telah memberikan pengalaman berarti bagi penulis sehingga penelitian ini dapat terlaksana dan terbentuknya Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini dengan rendah hati penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Ibu Dra. Ida Nurhayati, M.Kes selaku Direktur Poltekes Kemenkes Medan.
2. Ibu Hj. Johani Dewita Nasution, SKM.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan
3. Bapak Ismed Krisman Amazihono SKM, MPH selaku Kaprodi Poltekes kemenkes Medan Prodi Diploma III (D-3) keperawatan Gunungsitoli-Nias.
4. Ibu Cipta Citra Karyani Gulo S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dosen Pembimbing & penguji I yang tulus meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan bimbingan, petunjuk, dan pengarahan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Wahyu Ningsih Lase, S.Kep.,Ners., M.Kep Selaku Penguji II
6. Bapak Yurman Waruwu, S.Kep.,Ns., M.Kep Selaku Penguji III
7. Seluruh staf Poltekes Kemenkes medan Prodi Diploma III (D-3) keperawatan Gunungsitoli. Nias yang telah banyak memberikan banyak dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.
8. Teristimewa penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya buat Ayah dan Ibu, yang penulis sayangi dan cintai yang telah membesarkan, merawat, menyayangi, membimbing, dan memberikan perhatian serta

mengarahkan dan memberikan dukungan atau motivasi dan yang selalu berdoa dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini serta Saudara Laki-laki dan perempuan saya yang saya sayangi yang telah memberikan semangat, perhatian, mengarahkan, mendukung dan kasih sayang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Terimakasih juga buat rekan-rekan Mahasiswa Kamar Putra Tingkat III Angkatan Ke-IX Poltekkes Kemenkes Medan Prodi DII keperawatan Gunungsitoli-Nias. Dan terimakasih juga kepada teman putri tingkat III Angkatan Ke-IX.

9. Dan Semua Pihak yang telah membantu peneliti dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa Pengasih dan penyayang melimpahkan berkat dan anugrahnya dengan semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah saya ini.

Peneliti juga menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini banyak terdapat kekurangan. Oleh karena itu besar harapan peneliti untuk menerima segala saran dan kritik yang sifatnya membangun untuk perbaikan Penelitian ini.

Akhir kata ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah banyak membantu, semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis dan bagi para pembaca.

Gunungsitoli, juni 2019

Penulis

**Putra Irawan Zebua**

**NPM. 16.020**

## DAFTAR ISI

### Halaman

<b>SAMPUL DEPAN</b>	
<b>SAMPUL DALAM</b>	
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>viii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Pengetahuan .....	7
1. Defenisi Pengetahuan.....	7
2. Tingkat Pengetahuan.....	7
3. Fungsi Pengetahuan.....	8
4. Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan .....	8
5. Pengukuran Tingkat Pengetahuan .....	10
B. <i>Definisi Patient safety</i> .....	10
C. Kerangka Konsep .....	26
D. Defenisi Operasional .....	26
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis Dan Desain Penelitian .....	27
B. Lokasi Dan Waktu Penelitian .....	27
C. Populasi Dan Sampel Penelitian.....	27
D. Jenis Dan Cara Pengumpulan Data.....	27

E. Pengolahan Dan Analisa Data.....	29
-------------------------------------	----

#### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil Penelitian.....	30
B. Pembahasan.....	32

#### **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan.....	34
B. Saran.....	34

#### **DAFTAR PUSTAKA**

#### **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Konsep.....	26
------------	----------------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Defenisi Operasional .....	26
Tabel 4.1 Karakteristik responden penelitian.....	31
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Pengetahuan.....	32



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: jadwal penelitian
Lampiran II	: Lembar Permohonan Menjadi Reponden Penelitian
Lampiran III	: Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran IV	: Lembar Kuesioner Penelitian
Lampiran V	: Surat Izin Studi Pendahuluan
Lampiran VI	: Surat Balasan Izin Studi Pendahuluan
Lampiran VII	: Lembar Konsultasi
Lampiran VIII	: Surat Izin Penelitian
Lampiran IX	: Etika Penelitian
Lampiran X	: Surat Permohonan Melakukan Penelitian
Lampiran XI	: Master Tabel
Lampiran XII	: Dokumentasi

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN PRODI  
D-III KEPERAWATN GUNUNGSITOLI TAHUN 2019  
KTI,..... JULI 2019**

**Putra Irawan Zebua**

**Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Patient Safety di RSUD Gunungsitoli  
Pemerintah Kabupaten Nias**

**V bab +35 halaman,3 tabel, 11 lampiran**

### **Abstrak**

*Patient safety* adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem ini sangat penting untuk menjaga pasien dari resiko cedera seperti kejadian nyaris cedere, dan kejadian yang tidak diharapkan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety* di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias. Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Jumlah sampel pada penelitian ini yaitu sebanyak 40 responden, teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *total sampling*. Pada penelitian ini analisis data yang digunakan yaitu analisis univariat dengan variabel yang di univariatkan pada penelitian ini adalah pengetahuan perawat tentang *patient safety*. Hasil penelitian ini menunjukkan pengetahuan perawat tentang *Patient Safety* di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias dari 40 responden mayoritas berpengetahuan cukup sebanyak 22 orang (55%). Dapat disimpulkan bahwa pengetahuan yang baik tentang *patient safety* sangat berhubungan erat terhadap mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

**Kata kunci** : pengetahuan, *patient safety*

**Daftar bacaan** : 35 (2005-2016).

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN PRODI  
D-III KEPERAWATN GUNUNGSITOLI IN 2019  
KTI, ... JULY 2019**

**Putra Irawan Zebua**

***Overview of Nurse Knowledge About Patient Safety at Gunungsitoli General Hospital, Nias Regency Government***

***V chapter +35 pages, 3 tables, 11 attachments***

***Abstract***

*Patient safety is a system where hospitals make patient care safer. This system is very important to protect patients from the risk of injury such as near cedere events, and unexpected events. This study aims to determine the Overview of Nurses' Knowledge About Patient Safety at Gunungsitoli General Hospital, Nias Regency Government. This type of research is descriptive. The number of samples in this study were as many as 40 respondents, the sampling technique in this study used total sampling. In this study, the data analysis used was univariate analysis with the variables quoted in this study is nurses' knowledge about patient safety. The results of this study indicate that nurses' knowledge about Patient Safety in Gunungsitoli District Hospital, Nias Regency Government, from the 40 respondents, the majority of whom were sufficiently knowledgeable, were 22 people (55%). It can be concluded that good knowledge about patient safety is closely related to the quality of health services in hospitals.*

***Keywords:*** *knowledge, patient safety*

***Reading list:*** *35 (2005-2016).*

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*Patient Safety* atau keselamatan Pasien merupakan isu global yang mempengaruhi negara-negara di semua tingkat pembangunan. Meskipun perkiraan ukuran permasalahan masih belum pasti, khususnya di negara berkembang dan negara transisi/konflik, ada kemungkinan bahwa jutaan pasien seluruh dunia menderita cacat, cedera atau meninggal setiap tahun karena pelayanan kesehatan yang tidak aman. Mengurangi kejadian yang membahayakan bagi pasien merupakan masalah dalam pelayanan kesehatan bagi setiap orang, dan terdapat banyak hal yang harus dipelajari dan dibagi antara negara-negara maju dengan negara-negara berkembang dan negara dalam transisi/konflik tentang masalah *patient safety* (*World Health Organization, 2009*).

*Patient Safety* merupakan sesuatu yang jauh lebih penting dari pada sekedar efisiensi pelayanan. Perilaku perawat dengan kemampuan perawat sangat berperan penting dalam pelaksanaan keselamatan pasien. Perilaku yang tidak aman, lupa, kurangnya perhatian/motivasi, kecerobohan, tidak teliti dan kemampuan yang tidak memperdulikan dan menjaga keselamatan pasien berisiko untuk terjadinya kesalahan dan akan mengakibatkan cedera pada pasien, berupa *Near Miss* (Kejadian Nyaris Cedera/KNC) atau *Adverse Event* (Kejadian Tidak Diharapkan/KTD) selanjutnya pengurangan kesalahan dapat dicapai dengan memodifikasi perilaku. Perawat harus melibatkan kognitif, afektif dan tindakan yang mengutamakan keselamatan pasien (Mulia, 2010).

World Health Organization (WHO, 2014) penerapan *Patient Safety* merupakan masalah kesehatan masyarakat global yang serius. Eropa mengalami pasien dengan resiko infeksi 83,5% dan bukti kesalahan medis menunjukkan 50-72,3%. kumpulan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara, ditemukan KTD dengan rentang 3,2 –16,6 %. Data *Patient Safety* tentang Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Tak Diharapkan

(KTD). Insiden pelanggaran *patient safety* 28,3% dilakukan oleh perawat. Penelitian di Australia mengenai kualitas pelayanan kesehatan menyebutkan bahwa dari total sampel 31.000 data tahun 1984, 3,7% dampak kejadian (14% fatal) dan 1:4 dampak dan kejadian kelalaian medis (Lim, 2010).

Penelitian dalam pengukuran terhadap pelaporan *Patient safety* pada beberapa rumah sakit di dunia yang telah terakreditasi JCI. Penelitian (Pham JC et al, 2016) dilakukan di 11 rumah sakit dari 5 negara terdapat 52 insiden *patient safety* yaitu Hongkong 31%, Australia 25%, India 23%, Amerika 12% dan Kanada 10%. Sementara di Brazil kejadian *adverse event* di rumah sakit diperkirakan 7,6% (Duarte, Euzébia, & Santos, 2017). Hasil penelitian ini bahwa insiden keselamatan pasien masih banyak di temukan di berbagai negara termasuk di Indonesia.

Tahun 2011 kementerian kesehatan RI mengeluarkan permenkes 1691 tahun 2011 tentang keselamatan rumah sakit sebagai pedoman bagi penerapan keselamatan pasien dirumah sakit. Permenkes 1691 Tahun 2011 dinyatakan bahwa rumah sakit dan tenaga kesehatan yang bekerja dibidang kesehatan wajib melaksanakan program dengan mengacu pada kebijakan nasional keselamatan pasien rumah sakit (Kemenkes, 2011).

Laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) berdasarkan provinsi pada tahun 2007, menemukan sejumlah kasus jenis KNC sebesar 47,6% dan KTD sebesar 46,2%, sedangkan pada tahun 2010 kasus KTD meningkat menjadi 63%, yang terdiri dari 12 provinsi di Indonesia. Insidensi pelanggaran *patient safety* 28,3% dilakukan oleh perawat. Contohnya koordinasi dan komunikasi yang kurang baik antar perawat, penggunaan alat suntik yang tidak aman, salah pemberian obat (Muthmainah, 2014).

Penelitian terkait penerapan *patient safety* di rumah sakit yang telah terakreditasi versi 2012 di Indonesia, Penelitian pada rumah sakit pemerintah di semarang bahwa sebesar 56,2% mentoring pelaksanaan *Patient safety* masih kurang baik, sementara di rumah sakit swasta panti waluya sawahan malang oleh Harus Bernadeta (2015) dilaporkan data KTD 9 insiden (41%),

KNC 6 insiden (27%), KPC 5 insiden (23%), KTC 2 insiden (9%). Data insiden *Patient safety* masih banyak ditemukan baik di rumah sakit pemerintah maupun swasta meskipun telah lulus akreditasi, sehingga dapat menimbulkan dampak negatif terhadap pelayanan kesehatan (Nurmala & Nivalinda, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Yilmaz dan Goris (2014) pada 316 perawat yang bekerja di *Intensive Care Unit* (ICU) di Praktik Kesehatan dan Pusat Penelitian Universitas Erciyes dan Rumah Sakit Pendidikan Kayseri Turki dengan pendekatan survei deskriptif. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC) yang dikembangkan *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Hasil penelitian menemukan bahwa 13.6% perawat yang bekerja di ICU menghadapi potensi ancaman terhadap insiden keselamatan pasien, dimana 48.8% dari insiden tersebut adalah jatuh dan sebagian besar perawat yaitu 88% tidak pernah mendokumentasikan insiden tersebut. Kesadaran perawat tentang keselamatan pasien harus di tingkatkan dan pengetahuan yang terkait harus terus di Update dengan sering memberikan pelatihan kepada perawat. (Yilmaz & Goris, 2015). Pada penelitian sebelumnya oleh Ginting (2014), tentang hubungan pengetahuan dan kemampuan perawat dengan penerapan standar JCI tentang keselamatan pasien, dari hasil penelitian menunjukkan pengetahuan perawat di IGD RSUP. H. Adam Malik ada pada kategori kurang sebesar 50,8%.

Perawat merupakan salah satu pemberi pelayanan kesehatan yang mempunyai kontribusi dalam meningkatkan status kesehatan bangsa. Pelaksanaan asuhan keperawatan, perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai perawat diantaranya pemberi perawatan, sebagai advokat keluarga, pencegahan penyakit, pendidikan, konseling, kolaborasi, pengambil keputusan etik dan peneliti (Hidayat, 2012).

Peran perawat dalam isu *Patient safety* adalah menciptakan budaya organisasi dengan komunikasi dan alur informasi yang jelas dan tepat. Budaya keselamatan pasien merupakan komponen yang penting dan

mendasar karena membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan. Budaya keselamatan pasien merupakan konsep yang menarik dan umumnya menjadi penting dan mendasar untuk suatu organisasi dalam mengatur operasional *patient safety* (Mahendra, 2013).

Pengetahuan perawat dalam melaksanakan *patient safety* dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal merupakan karakteristik perawat yang bersifat bawaan, yang teridentifikasi berupa tingkat kecerdasan, tingkat emosional dan pengalaman pribadi. Faktor eksternal yang mempengaruhi perilaku perawat adalah lingkungan seperti lingkungan fisik, sosial, budaya. Faktor eksternal ini menjadi faktor dominan yang mewarnai perilaku seseorang (Wawan, 2010).

Perilaku perawat dalam melaksanakan *Patient safety* dipengaruhi oleh berbagai macam faktor yang berkontribusi terhadap insiden *patient safety*. Menurut *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ, 2016) ada 6 domain yang di nilai yaitu; *Team work climate*, kepuasan kerja, persepsi manajemen, budaya keselamatan, lingkungan kerja dan *stress recognition*. Hal ini juga di ungkapkan oleh Anderson & Kodate (2015) yang menyatakan faktor yang berpengaruh *patient safety* melibatkan faktor organisasi, budaya keselamatan dan gaya kepemimpinan/manager. (WHO,2017) mengungkapkan berbagai faktor mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien meliputi; faktor eksternal rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, lingkungan kerja, kerjasama tim, petugas, beban kerja, pasien dan komunikasi.

Faktor lain adalah faktor stress dan komunikasi yang memberikan indikasi seberapa besar keefektifan dalam penerapan *patient safety*. Berdasarkan penelitian (Milunitinovici, 2012), bahwa stress yang dirasakan perawat merupakan masalah kedua setelah masalah kesehatan yang dirasakan oleh perawat yang dapat menurunkan produktivitas kerja. Sedangkan dari sebuah analisis yang dilakukan oleh *Join Commision*

*International* (JCI) menunjukkan bahwa 70% dari kasus *Patient safety* adalah adanya faktor kegagalan komunikasi (Jardadali et al., 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Hikmah (2008) menunjukkan rata-rata penilaian terhadap perawat mengenai pengetahuan akan *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati yaitu 7,24 dalam skala 10. Angka ini menjadi *Cut Of Point* untuk membedakan tinggi dan rendah. Responden memiliki 54,5% persepsi yang rendah terhadap *patient safety*, sementara hanya 45,5% yang memiliki persepsi baik terhadap *patient safety*. Dari hasil analisis dapat disimpulkan bahwa persepsi perawat mengenai *patient safety* di IRD RSUD Fatmawati masih cukup rendah.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 29 Maret 2019 di RSUD Gunungsitoli pemerintah kabupaten Nias, Dari hasil observasi yang dilakukan penulis di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Khususnya Di Ruang Dr. Juliana Zebua penulis mendapatkan beberapa data yaitu banyak tempat tidur pasien yang memiliki posisi yang tinggi, kemudian banyak terdapat pengaman tempat tidur yang tidak terpasang kemudian berdasarkan pengamatan yang saya lakukan terhadap beberapa perawat, perawat tidak menerapkan lagi komunikasi terapeutik terhadap pasien.

Berdasarkan masalah diatas, peneliti tertarik untuk mengetahui dan melakukan penelitian tentang gambaran pengetahuan perawat tentang *Patient Safety* di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran pengetahuan perawat dengan penerapan *patient safety* di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias Tahun 2019 ?.

## **C. Tujuan Penelitian**

Untuk mengetahui gambaran pengetahuan perawat tentang *patient safety* di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias Tahun 2019.



#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Perawat

Sebagai bahan masukan untuk Perawat dalam menambah wawasan tentang pengetahuan sikap dan tindakan yang dilakukan terhadap keselamatan pasien, guna untuk meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien.

2. Bagi manajemen rumah sakit

Sebagai bahan masukan dan pertimbangan kepada pihak rumah sakit untuk mengembangkan program peningkatan patient safety dan sebagai masukan untuk perawat dalam upaya peningkatan mutu pelayanan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya, secara ilmiah hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

4. Bagi institusi pendidikan

Penelitian ini dapat dijadikan sumber referensi dan bahan informasi di perpustakaan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan Jurusan Keperawatan Gunungsitoli

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. PENGETAHUAN

##### 1. Defenisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek dari indra yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2012). Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*). Berdasarkan pengalaman dan penelitian, diperoleh bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan (Wawan, 2011).

##### 2. Tingkat Pengetahuan

Menurut Kholid dan Notoatmodjo (2012) terdapat 6 tingkat pengetahuan, yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Tahu adalah mengingat kembali memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan tentang suatu objek yang diketahui dan diinterpretasikan secara benar.

3) Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi adalah suatu kemampuan untuk mempraktekkan materi yang sudah dipelajari pada kondisi real (sebenarnya).

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan menjabarkan atau menjelaskan suatu objek atau materi tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu dengan yang lainnya.

5) Sintesis(*Synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

7

6) Evaluasi (*Evaluation*,

Evaluasi adalah pengetahuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

### **3. Fungsi Pengetahuan**

Mendorong manusia untuk ingin tahu, mencari penalaran dan mengorganisasikan pengalamannya. Ada unsur-unsur pengalaman yang semula tidak konsisten dengan apa yang diketahui oleh individu yang akan disusun, ditata kembali atau diubah untuk mencapai suatu konsisten (Wawan, 2010).

### **4. Faktor- faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Menurut Budiman dan Riyanto (2013) faktor yang mempengaruhi pengetahuan meliputi:

#### **1) Pendidikan**

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan merupakan usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan (Budiman & Riyanto, 2013). Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin cepat menerima dan memahami suatu informasi sehingga pengetahuan yang dimiliki juga semakin tinggi (Sriningsih, 2011).

#### **2) Informasi/ Media Massa**

Informasi adalah suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Informasi diperoleh dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan. Semakin berkembangnya teknologi menyediakan bermacam-macam media massa sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat.

Informasi mempengaruhi pengetahuan seseorang jika sering mendapatkan informasi tentang suatu pembelajaran maka akan menambah pengetahuan dan wawasannya, sedangkan seseorang yang tidak sering menerima informasi tidak akan menambah pengetahuan dan wawasannya.

### **3) Sosial, Budaya dan Ekonomi**

Tradisi atau budaya seseorang yang dilakukan tanpa penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk akan menambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi juga akan menentukan tersedianya fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan tertentu sehingga status ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

Seseorang yang mempunyai sosial budaya yang baik maka pengetahuannya akan baik tapi jika sosial budayanya kurang baik maka pengetahuannya akan kurang baik. Status ekonomi seseorang mempengaruhi tingkat pengetahuan karena seseorang yang memiliki status ekonomi dibawah rata-rata maka seseorang tersebut akan sulit untuk memenuhi fasilitas yang diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan.

### **4) Lingkungan**

Lingkungan mempengaruhi proses masuknya pengetahuan kedalam individu karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspons sebagai pengetahuan oleh individu. Lingkungan yang baik akan pengetahuan yang didapatkan akan baik tapi jika lingkungan kurang baik maka pengetahuan yang didapat juga akan kurang baik.

### **5) Pengalaman**

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman orang lain maupun diri sendiri sehingga pengalaman yang sudah diperoleh dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Pengalaman seseorang tentang suatu permasalahan akan membuat orang

tersebut mengetahui bagaimana cara menyelesaikan permasalahan dari pengalaman sebelumnya yang telah dialami sehingga pengalaman yang didapat bisa dijadikan sebagai pengetahuan apabila mendapatkan masalah yang sama.

## **6) Usia**

Semakin bertambahnya usia maka akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh juga akan semakin membaik dan bertambah.

## **5. Pengukuran pengetahuan**

Arikunto (2010) membuat kategori tingkat pengetahuan seseorang menjadi tiga tingkatan yang didasarkan pada nilai presentasi yaitu sebagai berikut.

- a. Baik : apabila perolehan responden 76%-100% dari 20 pertanyaan yang diberikan.
- b. Cukup : apabila perolehan responden 56%-75% dari 20 pertanyaan yang diberikan.
- c. Kurang : apabila perolehan responden  $\leq 55\%$ .

## **B. PATIENT SAFETY**

### **1. Defenisi *patient safety***

*Patient safety* adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Ada lima hal penting yang berkaitan dengan keselamatan pasien di rumah sakit, yaitu: keselamatan pasien itu sendiri, keselamatan pekerja atau petugas kesehatan yang bekerja di rumah sakit tersebut, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (green productivity) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan, dan keselamatan bisnis rumah sakit yang berkaitan dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Kelima aspek keselamatan pasien tersebut saling

berkaitan satu dengan yang lain dan bisa berjalan maksimal bila ada pasien. Untuk itu, peningkatan pemberian pelayanan kesehatan terutama keselamatan pasien akan memberikan dampak pada peningkatan mutu dan citra rumah sakit (Depkes RI, 2008).

WHO *collaborating centre for patient safety* (2007) menerbitkan ketetapan keselamatan pasien yaitu 1) etika pemberian obat terhadap pasien, 2) identifikasi pasien, 3) komunikasi secara benar saat serah terima, 4) sembilan solusi keselamatan untuk mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien. Komite keselamatan pasien mendorong puskesmas dan rumah sakit di Indonesia untuk menerapkan sembilan tindakan yang tepat terhadap pasien, 5) kendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*), 6) akurasi pemberian obat pada pasien 7) pemasangan kateter dan NGT yang tepat terhadap pasien, 8) penggunaan alat injeksi sekali pakai terhadap pasien 9) kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial (WHO, 2015).

Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dilakukan dengan berbagai macam kegiatan untuk menjamin kepuasan pelanggan. Peningkatan mutu pada tiga elemen penting sebuah rumah sakit telah dilakukan sejak tahun 1900. Tiga elemen yang dimaksud yaitu: struktur, proses, dan *outcome* dengan berbagai macam konsep dasar, program regulasi (aturan) yang berwenang seperti penerapan *quality assurance*, *total quality management*, *continuous quality improvement*, perijinan, akreditasi, kredensialing, audit medis, indikator klinis, *clinical governance*, ISO, dan lain sebagainya. Mutu pelayanan rumah sakit dapat ditingkatkan melalui pengadaan program tersebut baik dari segi struktur, proses, input maupun output rumah sakitnya (Depkes RI., 2008).

## 2. Tujuan *patient safety*

Tujuan *patient safety* menurut Permenkes RI (2011) adalah untuk menciptakan budaya atau iklim keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatkan kepercayaan (akuntabilitas) pasien dan masyarakat terhadap rumah sakit, mengurangi kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dan terwujudnya pelaksanaan program-program pencegahan sehingga tidak terjadi kembali kejadian yang tidak diharapkan (KTD). Sedangkan menurut *International Commission Joint* (2013), tujuan *patient safety* yaitu :

- 1) Meningkatkan keakuratan identifikasi pasien dengan menggunakan dua identitas pasien untuk mengidentifikasi serta mengeleminasi kesalahan tranfusi
- 2) Meningkatkan komunikasi diantara pemberi pelayanan kesehatan dengan menggunakan prosedur komunikasi, secara teratur melaporkan informasi yang bersifat kritis dan memperbaiki pola serah terima pasien.
- 3) Meningkatkan keselamatan penggunaan pengobatan dengan cara pemberian label pada obat, mengurangi bahaya penggunaan antikoagulan.
- 4) Mengurangi risiko yang berhubungan dengan infeksi dengan mencuci tangan yang benar, mencegah resistensi penggunaan obat infeksi, menjaga central linepenyebaran infeksi melalui darah.
- 5) Menggunakan pengobatan selama perawatan secara akurat dan lengkap, mengkomunikasikan pengobatan kepada petugas selanjutnya, membuat daftar pengobatan pasien, mengupayakan pasien mendapatkan pengobatan seminimal mungkin.
- 6) Mengurangi risiko bahaya akibat jatuh.
- 7) Mencegah terjadinya luka tekan.
- 8) Organisasi mengidentifikasi risiko keselamatan di seluruh populasi pasien.

- 9) Protokol umum untuk mencegah kesalahan tempat, salah prosedur dan orang pada saat tindakan operasi.

### **3. Sasaran *patient safety***

Menurut Permenkes RI (2011), semua rumah sakit yang terakreditasi oleh *Joint Commission International* (JCI) wajib mengimplementasikan *six international safety goals* atau enam sasaran keselamatan pasien. Adapun tujuan sasaran international keselamatan pasien (SIKP) adalah untuk menggunakan tindakan-tindakan perbaikan tertentu mengenai keselamatan pasien. Sasaran utama dari SIKP ada pada bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan dan juga pemberian bukti dan solusi hasil konsensus menurut nasihat para ahli. Dengan demikian solusi yang bisa diterapkan untuk keseluruhan sistem akan diambil dengan pertimbangan bahwa pemberian perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi akan memerlukan desain sistem yang baik (*International Commission Joint, 2013*).

Enam *patient safety* rumah sakit menurut Permenkes No.1691/Menkes/Per/VIII/2011 yaitu ketepatan dalam mengidentifikasi pasien; meningkatkan komunikasi yang efektif; peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai; kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi; pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; dan pengurangan risiko pasien jatuh (Depkes RI, 2011). Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut:

#### **a. Sasaran I: Ketepatan Mengidentifikasi Pasien**

Kegagalan atau kesalahan dalam melakukan identifikasi terhadap pasien bisa terjadi disemua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan, seperti ketika pemberian obat dan darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis serta penyerahan bayi kepada bukan keluarganya. Kesalahan dalam mengidentifikasi pasien dapat juga terjadi saat pasien dalam kondisi



terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain (Depkes RI, 2011).

Tujuan dari sasaran yang pertama ini adalah untuk: 1) melakukan identifikasi terhadap pasien sebagai individu yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan atau pengobatan, dan 2) untuk memastikan kesesuaian pelayanan atau pengobatan yang diberikan terhadap individu atau pasien tersebut. Sasaran ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Maryam, 2010) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara identifikasi pasien dengan tingkat kepuasan pasien. Pengembangan terhadap kebijakan dan/atau prosedur yang dilakukan secara kolaboratif bertujuan untuk memperbaiki dan meningkatkan proses identifikasi, khususnya pada proses identifikasi terhadap pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk kepentingan pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.

Kebijakan dan/atau prosedur yang digunakan minimal harus menerapkan dua cara dalam melakukan identifikasi terhadap pasien, diantaranya: nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-code, dan lain-lain. Menurut Depkes RI (2011) nomor kamar pasien atau lokasi tidak tepat digunakan dalam mengidentifikasi pasien. Proses identifikasi pasien dapat dilakukan perawat dengan bertanya kepada pasien sebelum melakukan tindakan misalnya “nama ibu siapa?”. Jika pasien menggunakan gelang tangan harus tetap dikonfirmasi secara verbal, seandainya pasien tidak dapat menyebutkan nama maka perawat dapat menanyakan pada penunggu atau keluarga. Pasien yang tidak mampu menyebutkan nama, tidak memakai gelang dan tidak ada keluarga atau penunggu maka identitas dipastikan dapat melihat rekam medik oleh dua orang petugas. Kebijakan dan/atau

prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi (Depkes RI, 2011).

Elemen penilaian sasaran ketepatan identifikasi pasien menurut Depkes RI (2011) meliputi: 1) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien (nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-code), 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.

Strategi mengidentifikasi pasien dan mengurangi kesalahan meliputi penciptaan dan pelaksanaan praktik keselamatan yang berkualitas secara rutin, pemantauan indikator yang dapat diandalkan secara terus menerus, analisis akar penyebab, penggunaan bar-code, kegiatan pendidikan keselamatan pasien secara profesional dan bertanggung jawab, kerjasama interdisipliner (perawat dengan dokter, laboratorium dan farmasi), menangani masalah identifikasi pasien pada perawat baru dalam masa orientasi dan pemantauan berkelanjutan (Hassan et al, 2011).

#### **b. Sasaran II: Peningkatan Komunikasi yang Efektif**

Komunikasi mempunyai arti penting bagi keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan. Rumah sakit merencanakan proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi

kebutuhan informasi yang bersifat internal dan eksternal dimana transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat (Depkes RI, 2011).

Komunikasi yang buruk merupakan penyebab yang paling sering menimbulkan efek samping pada semua aspek pelayanan kesehatan, sehingga menimbulkan permasalahan dalam mengidentifikasi pasien, kesalahan pengobatan dan transfusi serta alergi diabaikan, salah prosedur operasi, dan salah sisi bagian yang dioperasi. Semua hal tersebut berpotensi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien dan dapat dicegah dengan meningkatkan komunikasi (White, N., 2012).

Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling dominan mengalami kesalahan adalah komunikasi lisan secara langsung maupun melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan klinis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik cito melalui telepon ke unit pelayanan (Depkes RI, 2011).

Menurut Manojlovich (2007), menyatakan komunikasi dokter dan perawat mempunyai peran penting dalam menentukan derajat kesehatan pasien, dan kualitas pelayanan yang diberikan. Semakin baik komunikasi diantara perawat dan dokter semakin baik hasil perawatan yang mereka berikan.

Komunikasi efektif adalah saling bertukar informasi, ide, kepercayaan, perasaan dan sikap antara dua orang atau kelompok yang hasilnya sesuai dengan harapan. Komunikasi yang efektif di implementasikan dengan menggunakan metode S-BAR yang meliputi S (*Situation*) artinya situasi yang menggambarkan keadaan pasien sehingga perlu dilaporkan, (*Background*) artinya gambaran riwayat atau hal yang mendukung terjadinya kondisi atau situasi pasien saat ini, (*Assessment*) artinya kesimpulan dari hasil analisa

terhadap gambaran situasi dan *background*, dan (*Recomendation*) artinya usulan pelapor kepada dokter tentang alternatif tindakan yang mungkin dilakukan. S-BAR dilaksanakan melalui standar/baku *hand off* (serah terima).

Serah terima dapat dilakukan kapan pun disaat terjadi pengalihan tanggung jawab pasien dari satu orang *care giver* kepada orang lain. Tujuan dari serah terima adalah untuk memberikan dan menyediakan informasi secara akurat, tepat waktu tentang rencana keperawatan, pengobatan, kondisi terkini dan perubahan kondisi pasien yang baru saja terjadi atau pun yang dapat di antisipasi. Serah terima informasi pasien dilakukan antar perawat antar shift, pengalihan tanggung jawab dari dokter ke perawat, dan pengalihan tanggung jawab sementara (saat istirahat makan), antar perawat per ruangan. *Hand off bedside* (serah terima disamping tempat tidur pasien) mempromosikan keselamatan pasien.

*Hand off bedside* memungkinkan perawat untuk bertukar informasi pasien, memberikan kesempatan untuk memvisualisasikan pasien dan mengajukan pertanyaan terhadap hal yang kurang dipahami. Selain itu dapat meningkatkan kesadaran perawat terhadap dampak komunikasi pada keselamatan pasien dan kepuasan serta meningkatkan komunikasi antara perawat, dokter dan pasien/keluarga serta tim kesehatan lain. *Hand off bedside* juga memungkinkan pasien terlibat aktif dalam perawatan dengan mengijinkan pasien untuk mengoreksi kesalahpahaman konsep, memberikan masukan terhadap rencana perawatan, mengklarifikasi dan memperbaiki ketidak akuratan (Maxson et al., 2012).

Elemen penilaian sasaran II menurut Depkes RI (2011), terdiri dari empat hal diantaranya: 1) Penyampaian perintah lengkap secara lisan dan melalui telepon atau penerima perintah menuliskan hasil pemeriksaan secara lengkap; 2) penyampaian perintah

lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau penerima perintah membacakan hasil pemeriksaan secara lengkap; 3) pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan mengkonfirmasi perintah atau hasil pemeriksaan; dan 4) Pelaksanaan verifikasi ketepatan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang berlaku.

### **c. Sasaran III: Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (high alert)**

Kesalahan pengobatan dapat menyebabkan bahaya bagi pasien. Perawat mempunyai peran penting dalam menyiapkan obat maka perawat perlu waspada dalam mencegah kesalahan obat (Potter, P.A., dan Perry, 2010). Hal yang paling sering menjadi penyebab kesalahan obat (*medication error*) adalah nama obat, rupa dan ucapan mirip (NORUM) atau *Look Alike Sound Alike* (LASA) yang membingungkan staf pelaksana. Kesalahan pengobatan adalah peristiwa atau kejadian yang dapat dihindari yang dapat membahayakan pasien yang timbul sebagai akibat dari pemakaian obat yang tidak sesuai (Choo et al., 2010).

Perilaku perawat dalam melakukan keamanan obat yang perlu diwaspadai yaitu melakukan pemberian pengobatan dalam prinsip enam benar yaitu benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu dan benar pasien. Perawat masih banyak membuat kesalahan meskipun telah diverifikasi dengan prinsip lima benar, untuk itu perlu diverifikasi lagi dengan resep harus terbaca, lingkungan yang kondusif tanpa gangguan selama putaran pengobatan dan pola staf yang memadai. Faktor lain yang berkontribusi adalah stres tempat kerja, gangguan interupsi, pelatihan memadai dan informasi terfragmentasi (Choo et al, 2010).

Kesalahan dalam pemberian obat bisa dikurangi bahkan dihilangkan dengan cara meningkatkan pengaturan atau

pengelolaan obat-obatan yang perlu diwaspadai termasuk proses memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi (Depkes RI, 2011). Aplikasi yang dilakukan oleh perawat dalam mengurangi kesalahan pengobatan diantaranya perawat mengecek alergi obat, menjelaskan tujuan dan kemungkinan efek obat, mencatat/dokumen, bekerja sesuai Standar Asuhan Keperawatan (SAK) serta Standar Prosedur Operasional (SPO), mengecek reaksi obat, mengecek integritas kulit untuk injeksi, dan memonitor pasien. Dua orang staf mengecek pemberian obat parenteral, memperbarui catatan obat. Memisahkan obat yang mirip, kemasan obat yang mirip, memberikan pendidikan kepada pasien/keluarga untuk mengenali obat, kegunaan obat, cara pakai obat dan waktu penggunaan obat (KKPRS, 2008).

Perawat harus berkonsentrasi ketika mempersiapkan dan pemberian obat serta tidak diminta untuk melakukan banyak tugas selama putaran pengobatan. Gangguan dan interupsi harus diminimalkan untuk menyediakan lingkungan yang kondusif untuk pemberian pengobatan yang aman. Selain itu, dengan tidak mengalihkan perhatian perawat yang melaksanakan tindakan pemberian obat kepada pasien (Choo et al., 2010)

Elemen penilaian Sasaran III menurut Depkes RI (2011) meliputi: 1) pengembangan dari kebijakan dan atau prosedur hendaknya mencantumkan proses identifikasi, penetapan lokasi, pemberian label dan penyimpanan elektrolit konsentrat; 2) penerapan kebijakan dan prosedur; 3) unit pelayanan pasien tidak menyimpan elektrolit konsentrat kecuali jika dibutuhkan secara klinis. Hal ini dilakukan untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai dengan kebijakan yang berlaku; dan 4) unit pelayanan pasien menyimpan elektrolit konsentrat dengan memberi label yang jelas, dan menyimpannya pada tempat yang dibatasi secara ketat (restricted).

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

Penyimpangan pada verifikasi (tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi) akan dapat mengakibatkan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah. Penyebabnya karena kurangnya komunikasi atau informasi yang diterima tidak benar bahkan tidak ada informasi sama sekali, pasien kurang/tidak dilibatkan secara langsung dalam melakukan penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Selain itu, pengkajian pasien yang tidak tepat, pengecekan ulang rekam medis atau catatan medis yang tidak tepat, iklim atau kondisi yang tidak mendukung adanya komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang timbul karena tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible hand writing*) dan penggunaan singkatan yang tidak sesuai adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi (Depkes RI, 2011).

Tujuan dari proses verifikasi *pre operatif* adalah untuk memverifikasi atau memperjelas lokasi, prosedur, dan pasien dengan benar; Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dipandang; Dan melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant yang dibutuhkan.

Menandai lokasi operasi (*marking*) terutama pada organ yang memiliki dua sisi (kanan dan kiri); *Multiple structures* (jari tangan, jari kaki); *Multiple level* (operasi tulang belakang: *cervical, thorakal, lumbal*); *Multiple lesiyang* pengerjaannya bertahap. Anjuran penandaan lokasi operasi menggunakan tanda yang telah disepakati, dokter yang akan melakukan operasi yang melakukan pemberian tanda pada atau dekat daerah operasi/insisi. Menggunakan tanda yang tidak ambigu (contoh: tanda "X" merupakan tanda yang tidak ambigu).

Daerah yang tidak dioperasi, tidak ditandai kecuali sangat diperlukan. Menggunakan penanda yang tidak mudah terhapus misalnya gentain violet. Sebelum dilakukan operasi menerapkan pengisian checklistkeselamatan operasi untuk memastikan; tepat pasien; tepat prosedur; tepat daerah/lokasi operasi.

Ruang operasi merupakan area pekerjaan yang kompleks dengan lingkungan yang berpotensi tinggi terjadinya kesalahan. Untuk itu proses verifikasi preoperatif semakin direkomendasikan dalam beberapa tahun terakhir. Lima tahapan proses untuk meningkatkan keselamatan di ruang bedah yaitu : *briefing*, *sign in* (sebelum induksi anastesi), *time out* (sebelum insisi), *sign out* (sebelum meninggalkan kamar operasi), dan *debriefing*. *Time out* memberikan kontribusi untuk meningkatkan keselamatan pasien 85% dengan memberikankesempatan untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah, konfirmasi identitas pasien, benar prosedur, benar insisi dan pemeriksaan alergi atau penyakit menular (Nilsson etal., 2010).

Elemen penilaian sasaran IV menurut Depkes RI (2011) meliputi: 1) Dalam mengidentifikasi lokasi operasi, rumah sakit menggunakan tanda yang jelas dan mudah dipahami termasuk juga melibatkan pasien dalam proses penandaan; 2) Rumah sakit menggunakan suatu cheklist atau proses lain untuk memverifikasi saat pre operasi tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional; 3) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur sebelum "*insisi/time out*" tepat sebelum dimulainya suatu prosedur tindakan pembedahan; dan 4) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung suatu proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.



## **e. Sasaran V: Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan**

Tantangan terbesar yang dihadapi dalam memberikan pelayanan kesehatan adalah pencegahan dan pengendalian infeksi. Mahalnya biaya yang diperlukan dalam mengatasi infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan menjadi masalah tersendiri bagi pasien maupun *stakeholder* yang berkecimpung dalam dunia kesehatan. Berbagai macam infeksi seperti infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia yang berkaitan dengan ventilasi mekanis juga sering ditemukan dalam pemberian pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2011).

Sumber dari timbulnya infeksi disebabkan karena kurangnya kesadaran atau pemahaman dalam mencuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Bahkan mengingat pentingnya mencuci tangan maka mencuci tangan memakai sabun sedunia atau global *hand washing day* diploklamirkan pada tanggal 15 Oktober 2008 serentak di 70 negara dan 5 benua (Kemenkes RI, 2014).

Pedoman hand hygiene dilakukan dengan enam langkah yang dijadikan standar oleh (WHO, 2007), yaitu : 1) pada saat sebelum dan setelah menyentuh pasien; 2) sebelum dan setelah melakukan tindakan aseptik. 3) setelah terpapar cairan tubuh pasien. 4) sebelum dan setelah melakukan tindakan invasif. 5) setelah menyentuh area sekitar pasien/lingkungan. dan 6) memakai alat pelindung diri (APD) seperti sarung tangan, masker, tutup kepala, kacamata pelindung, apron/jas dan sepatu pelindung yang digunakan untuk melindungi petugas dari risiko pajanan darah, cairan tubuh ekskreta, dan selaput lendir pasien. WHO (2007) merekomendasikan penggunaan cairan *alcohol-based hand-rubs* dan menyediakannya pada titik-titik pelayanan, menyediakan air bersih pada semua kran air, memberikan pendidikan yang benar tentang teknik kebersihan tangan kepada para staf, mengingatkan

agar tangan selalu dalam kondisi bersih di tempat kerja; dan melakukan pemantauan/observasi dan menerapkan teknik-teknik lain untuk mengukur kepatuhan dalam menerapkan kebersihan tangan.

Elemen penilaian Sasaran V menurut Depkes RI (2011) meliputi: 1) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygieneterbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (misalnya *WHO Guidelines on Patient Safety*; 2) Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif; 3) Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan resiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

#### **f. Sasaran VI: Pengurangan Resiko Pasien Jatuh**

Salah satu penyebab cedera bagi pasien rawat inap adalah kejadian atau kasus jatuh pada pasien. Untuk itu rumah sakit perlu mengadakan evaluasi dalam hal pemberian pelayanan kesehatan dan penyediaan fasilitas kesehatan yang maksimal dan sesegera mungkin mengambil tindakan yang tepat untuk mengurangi bahkan menghilangkan cedera pada pasien rawat inap sebagai akibat dari kasus jatuh tersebut.

Evaluasi yang dilakukan meliputi riwayat jatuh pada pasien, penggunaan atau pemakaian obat-obatan dan alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Semua program tersebut harus diterapkan oleh rumah sakit (Depkes RI, 2011)

.Perawat harus melakukan pengkajian ulang secara berkala mengenai risiko pasien jatuh, termasuk risiko potensial yang berhubungan dengan jadwal pemberian obat serta mengambil tindakan untuk mengurangi semua risiko yang telah diidentifikasi.

Berdasarkan hasil penelitian faktor risiko terjadinya jatuh adalah karena usia, jenis kelamin, efek obat-obatan tertentu, status

mental, penyakit kronis, faktor lingkungan, keseimbangan, kekuatan, mobilitas dan ketinggian tempat tidur (Tzeng & Yin, 2008).

Perawat melakukan pedoman pencegahan pasien risiko jatuh untuk mengurangi insiden jatuh yaitu dengan: 1) memastikan bel mudah dijangkau; 2) roda tempat tidur pada posisi terkunci; 3) memposisikan tempat tidur pada posisi terendah; 4) pagar pengaman dinaikkan; 5) memonitor ketat pasien risiko tinggi (kunjungi dan monitor pasien setiap 1 jam, tempatkan pasien di kamar yang paling dekat dengan *nurse station* jika dimungkinkan. dan 5) melibatkan pasien/keluarga dalam pencegahan jatuh (KKPRS, 2012).

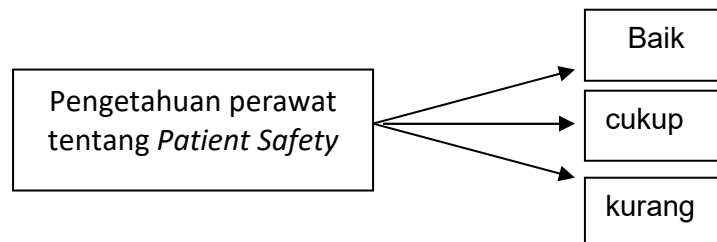
Tindakan yang diambil untuk mengurangi risiko jatuh adalah dengan mengidentifikasi obat yang bisa menjadi penyebab meningkatnya risiko jatuh seperti obat sedatif, analgetik, anti hipertensi, deuretik, lazatif, dan psychotropika. Menggunakan protokol pemindahan pasien secara aman (brankar, kursi roda, tempat tidur), lamanya respon staf terhadap panggilan pasien, dan menggunakan instrumen untuk memprediksi risiko jatuh.

Menurut Potter, P.A. dan Perry (2010) beberapa intervensi yang dapat dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya jatuh pada pasien yaitu mengorientasikan pasien yang baru masuk rumah sakit dan menjelaskan sistem komunikasi yang ada, bersikap hati-hati saat mengkaji pasien yang memiliki keterbatasan gerak, melakukan supervisi ketat terutama di malam hari pada pasien yang baru dirawat, menganjurkan penggunaan bel bila memerlukan bantuan, memberikan alas kaki yang aman dan tidak licin, memberikan penerangan yang cukup, memasang pengaman tempat tidur terutama pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran dan gangguan mobilitas serta menjaga lantai kamar mandi agar tidak licin.

Menurut The Joint Commission (2005) pengkategorian faktor-faktor risiko jatuh pada pasien dapat terjadi secara intrinsik maupun ekstrinsik. Faktor risiko intrinsik terintegrasi dalam sistem pasien dan juga dikaitkan dengan perubahan-perubahan akibat penuaan, mencakup peristiwa jatuh sebelumnya, penurunan penglihatan, keseimbangan yang labil, defisit sistem muskuloskeletal, defisit status mental, penyakit akut, dan penyakit kronis. Faktor-faktor ekstrinsik adalah kondisi eksternal pasien dan terkait dengan lingkungan fisik, mencakup medikasi, kurangnya alat bantu di kamar mandi, desain furniture, kondisi lantai, kurangnya pencahayaan, alas kaki yang tidak tepat, penggunaan alat yang tidak tepat, dan alat bantu yang tidak memadai. Faktor-faktor risiko ekstrinsik pasien jatuh menurut The Joint Commission (2005) pada kejadian antara tahun 1995-2004 dan menemukan penyebab yang paling utama insiden jatuh yang berakibat fatal dihubungkan dengan komunikasi staf yang tidak adekuat, pelatihan dan orientasi yang tidak lengkap, pengkajian awal dan pengkajian ulang pasien yang tidak lengkap, masalah lingkungan, perencanaan asuhan yang tidak lengkap, kepastian tindakan/perawatan yang lambat, dan tidak adekuatnya budaya keselamatan pada organisasi.

Elemen penilaian Sasaran VI menurut Depkes RI (2011), meliputi: 1) Rumah sakit melakukan assesmen awal terhadap pasien yang memiliki risiko jatuh dan melakukan assesmen ulang apabila pasien mengalami perubahan kondisi atau pengobatan dan lain-lain; 2) melakukan upaya pencegahan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien yang pada hasil pemeriksaan dianggap memiliki risiko jatuh; 3) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan, pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian yang tidak diharapkan; dan 4) Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

### C. Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka konseptual

### D. Defenisi Operasional

Tabel 2.1 Defenisi Operasional

Variabe	Defenisi operasional	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Pengetahuan Perawat tentang <i>patient safety</i>	Segala sesuatu yang diketahui oleh perawat tentang <i>patient safety</i>	Kuesioner	Ordinal	-Baik ( $\geq 76\%$ ) -Cukup (56%-75%) -Kurang ( $\leq 55\%$ )

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Jenis Dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan peneliti dalam penelitian ini adalah penelitian yang bersifat *deskriptif*, dimana penelitian ini akan mendeskripsikan bagaimana gambaran pengetahuan perawat tentang *patient safety* di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias Tahun 2019.

#### B. Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan februari - Mei 2019 di Ruangan dr. Juliana zebua RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias Tahun 2019. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengetahuan dan kemampuan perawat dalam penerapan *patient safety*.

#### C. Populasi dan sampel

##### 1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan objek penelitian (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat yang bekerja di Ruang dr. Juliana zebua RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias Tahun 2019 sebanyak 40 orang.

##### 2. Sampel

Menurut Arikunto (2013), sampel adalah bagian dari populasi. Jika peneliti memiliki populasi yang kecil, maka seluruh unit dalam populasi bisa diteliti. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total population* yaitu seluruh populasi menjadi sampel penelitian sebanyak 40 orang.

## **D. Jenis dan cara pengumpulan data**

### **1. Jenis Data**

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini digolongkan menjadi 2 yaitu:

#### **a. Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh dari penelitian secara langsung terhadap jawaban kuesioner yang diberikan oleh peneliti.

#### **b. Data Sekunder**

Untuk mendukung data yang diperoleh langsung dari lapangan maka penulis mengumpulkan data-data yang berhubungan dengan penelitian dari arsip-arsip yang ada di rumah sakit yang diteliti.

### **2. Cara Pengumpulan Data**

Cara pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan membagi kuesioner, peneliti terlebih dahulu mengirim surat Permohonan Izin Penelitian dari Fakultas D III Keperawatan Poltekes Kemenkes Medan ke RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias. Setelah mendapatkan izin dari RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias, maka peneliti kemudian melaksanakan pengumpulan data.

Dalam penelitian ini data yang diperoleh dapat bersumber dari lapangan yang diperoleh dari peneliti langsung dari responden melalui pemberian kuesioner. Kuesioner penelitian ini di adopsi dari Fiky Rofiqoh (2010) tentang Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Patient Safety dan perilaku Pencegahan Medication Error di Instalasi Gawat Darurat RS Krakatau Medika cilegon. Pengukuran variabel penelitian menggunakan instrumen baku yang sudah diuji validitas dan uji reabilitas, dengan nilai uji validitasnya ( 0,365) dan uji reabilitasnya (0,60).

Sebelum pengisian kuesioner oleh responden, terlebih dahulu peneliti memberikan surat pernyataan bersedia menjadi responden, jika

subjek penelitian bersedia menjadi responden, maka surat pernyataan ditanda tangani oleh subjek penelitian dan selanjutnya kuesioner diisi oleh responden. Setelah selesai, kuesioner dikembalikan kepada peneliti, dimana jawaban yang benar dari masing-masing pertanyaan diberi nilai "1" dan yang salah diberi nilai "0".

Arikunto (2010) membuat kategori tingkat pengetahuan seseorang menjadi tiga tingkatan yang didasarkan pada nilai presentasi yaitu sebagai berikut.

- a. Baik : apabila perolehan responden 76%-100% dari 20 pertanyaan yang diberikan.
- b. Cukup : apabila perolehan responden 56%-75% dari 20 pertanyaan yang diberikan.
- c. Kurang : apabila perolehan responden  $\leq 55\%$ .

## **E. Pengolahan dan analisis data**

### **1. Pengolahan Data**

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan data yang bertujuan untuk menghasilkan informasi yang benar sesuai dengan tujuan penelitian. Adapun langkah-langkahnya sebagai berikut :

#### a) *Editing*

Dilakukan pengecekan pada data yang telah terkumpul. Bila terdapat kesalahan dan kekurangan dalam pengumpulan data maka akan diperbaiki dengan pendataan ulang terhadap responden.

#### b) *Skoring*

Proses skoring data dengan cara pemberian skor tertinggi pada jawaban yang benar, skor terendah pada jawaban yang salah. Benar diberikan '1' dan salah diberikan nilai '0' yang berkaitan dengan pengetahuan responden.

#### c) *Coding*

Pemberian pembuatan kode-kode pada tiap-tiap data termasuk dalam kategori yang sama, yang dibuat dalam bentuk angka-angka/ huruf-huruf yang memberikan petunjuk/ identitas pada suatu informasi atau data



yang dianalisis. Pengetahuan baik di code '1', pengetahuan cukup di coder '2' dan pengetahuan kurang di code '3'.

d) *Tabulating*

mengeloh data dalam bentuk tabel distribusi frekuensi untuk mempermudah analisis data, pengolahan data serta pengambilan kesimpulan.

e) Pengelompokan/klasifikasi data

Data yang terkumpul dikelompokkan/diklasifikasikan menurut jenis yang dikehendaki.

f) *Saving*

Data yang terkumpul dilakukan penyimpanan dengan cara manual.

## **2. Teknik Analisa Data**

Pada penelitian ini, analisis data dengan menggunakan analisis univariat dimaksudkan untuk mengetahui distribusi frekuensi responden penelitian dari proporsi dari variabel-variabel yang diamati. Variabel yang di univariatkan pada penelitian ini adalah pengetahuan perawat tentang *patient safety*.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias. Rumah sakit ini berlokasi di Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No.15 kota Gunungsitoli Provinsi Sumatera Utara adalah rumah sakit yang terakreditasi paripurna yang merupakan satu-satunya pusat rujukan kesehatan bagi wilayah kepulauan Nias. Fasilitas yang tersedia di RSUD Gunungsitoli antara lain pelayanan medis, pelayanan non medis, pelayanan penunjang medis dan pelayanan penunjang non medis. Pelayanan medis terdiri dari pelayanan rawat jalan seperti poli saraf, poli mata, poli gigi, dan poli THT, sedangkan pelayanan rawat inap seperti ruangan penyakit dalam, ruangan perawatan bedah, ruangan anak, dan ruangan ICU.

Adapun Batasan-Batasan Wilayah RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias yakni :

Sebelah Utara	: Berbatasan Dengan Tandrawana
Sebelah Selatan	: Berbatasan Dengan Desa Afilaza
Sebelah Timur	: Berbatasan Dengan Desa Honu
Sebelah Barat	:Berbatasan Dengan BANK BRI Jl. Diponegoro Kota Gunungsitoli.

## 2. Karakteristik Responden

Sampel yang digunakan di penelitian ini yaitu perawat yang bekerja di RSUD Gunungsitoli di ruang dr. Juliana zebua, dengan jumlah 40 orang responden. Responden penelitian tersebut memiliki beberapa karakteristik yang dibagi menurut umur, jenis kelamin, pelatihan *patient safety*.

**Tabel 4.1**  
**Karakteristik responden penelitian di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias**

No.	Karakteristik responden	Frekuensi	Persen(%)
1.	umur		
	20-25	15	37,5%
	26-30	18	45%
	> 31	7	17,5%
	Total	40	100%
2.	<b>Jenis kelamin</b>		
	Laki-laki	7	17,5%
	Perempuan	33	82,5%
	Total	40	100%
3.	<b>Pelatihan patient safety</b>		
	Pernah	11	27,5%
	Belum pernah	29	72,5%
	Total	40	100%

Berdasarkan Tabel 4.1. diketahui bahwa sebagian besar responden berusia 26-30 sebanyak 18 orang (45%). Mayoritas dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 33 orang (82,5%) dan mayoritas belum pernah mengikuti pelatihan patient safety 29 orang (72,5%).

## 3. Hasil Penelitian

Dalam bab ini akan diuraikan hasil penelitian mengenai Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety* di RSUD Gunungsitoli

Pemerintah Kabupaten Nias terhadap 40 responden dan yang menjadi responden yaitu Perawat RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias dengan hasil sebagai berikut:

**Tabel 4.2**  
**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety* di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias**

<b>Pengetahuan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persen (%)</b>
Baik	8	20%
Cukup	23	57,5%
Kurang	9	22,5%
Total	40	100%

Berdasarkan Tabel 4.2 tingkat pengetahuan terbanyak yaitu pengetahuan Cukup sebanyak 23 orang (57,5%), berpengetahuan baik sebanyak 8 orang (20%), dan yang berpengetahuan kurang sebanyak 9 orang (22,5%).

## **B. Pembahasan**

Perawat yang berpengetahuan baik tentang *patient safety* sebanyak 8 orang (20%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lyndra syhelita (2013) dengan judul penelitian Hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan pelaksanaan *Patient Safety* Diruangan Rawat Inap RSUD Liun Kendage Tahuna dimana responden menunjukkan pengetahuan baik yakni (90,8%).

Perawat yang berpengetahuan cukup tentang *patient safety* sebanyak 23 orang (57,5%) Hasil penelitian ini sejalan dengan Penelitian yang dilakukan oleh Hikmah (2008) menunjukkan rata-rata penilaian terhadap perawat mengenai pengetahuan akan *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati yaitu Responden memiliki 54,5% persepsi yang cukup terhadap *patient safety*, sementara hanya 45,5% yang memiliki persepsi baik terhadap *patient safety*. Dari hasil analisis

dapat disimpulkan bahwa persepsi perawat mengenai *patient safety* di IRD RSUD Fatmawati masih terbilang cukup.

Perawat yang berpengetahuan kurang sebanyak 9 orang (22,5%) tentang *patient safety*. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Ginting (2014), tentang hubungan pengetahuan dan kemampuan perawat dengan penerapan standar JCI tentang keselamatan pasien, dari hasil penelitian menunjukkan pengetahuan perawat di IGD RSUP. H. Adam Malik ada pada kategori kurang sebesar 50,8%.

Peneliti berasumsi perawat yang berpengetahuan baik, yaitu perawat yang telah mengerti dan telah mengenal *patient safety* sebelumnya. Notoatmodjo (2012) mengatakan bahwa, pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek dari indra yang dimilikinya. Peneliti berasumsi perawat yang berpengetahuan cukup yaitu perawat yang sudah tahu tentang *patient safety* namun tidak memahami secara baik apa itu *patient safety*, ini sesuai dengan teori Kholid dan Notoatmodjo (2012) mengemukakan bahwa ada 6 tingkatan pengetahuan yaitu, Tahu (*Know*), Memahami (*Comprehension*), Aplikasi (*Aplication*), Analisis (*Analisis*), Sintesis (*Synthesis*), Evaluasi (*Evaluation*).

Peneliti berasumsi perawat yang berpengetahuan kurang yaitu, perawat yang belum pernah mengikuti pelatihan *patient safety*. Ini sejalan dengan teori Budiman & Riyanto (2013) pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan merupakan usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Pengetahuan Perawat RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias *patient safety* harus ditingkatkan karena buruknya *patient safety* dapat menyebabkan buruknya kualitas pelayanan di Rumah Sakit dan ke-6 elemen sasaran *patient safety* tidak dapat terlaksana dengan baik. Sebab Pengetahuan merupakan dasar dari tindakan seseorang agar menjadi lebih baik.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang diperoleh dan pengolahan data yang dilakukan oleh peneliti dengan judul Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety* di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias, maka dapat disimpulkan bahwa Pengetahuan *Perawat tentang Patient Safety* di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias Mayoritas berpengetahuan Cukup sebanyak 23 orang (57,5%).

#### B. Saran

Setelah melakukan penelitian terhadap Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety* di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias, Maka peneliti menyarankan hal- hal sebagai berikut :

1. Bagi Perawat

Diharapkan dengan diadakan penelitian ini, dapat di jadikan bahan masukan untuk Perawat dalam menambah wawasan tentang pengetahuan sikap dan tindakan yang dilakukan terhadap *patient safety*, guna untuk meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien.

2. Bagi manajemen rumah sakit

Diharapkan Sebagai bahan masukan dan pertimbangan kepada pihak rumah sakit untuk mengembangkan program peningkatan *patient safety* dan sebagai masukan untuk perawat dalam upaya peningkatan mutu pelayanan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan Untuk peneliti selanjutnya, secara ilmiah hasil penelitian ini dapat menjadi bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

4. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan Penelitian ini dapat dijadikan sumber referensi dan bahan informasi di perpustakaan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan  
Jurusan Keperawatan Gu 34

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka cipta.
- Arikunto, S. 2013. *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Budiman & Riyanto A. 2013. *Kapita Selekta Kuisisioner Pengetahuan Dan Sikap Dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika pp 66-69.
- Duarte, t,euzebia, & santos(2017). *Evaluation procedure in health : perspective of nursing care in patient safety*. *Applied nursing researc*, 18.
- Choo,dkk. (2010). *Nurse's role in medication safety*. *Journal of Nursing Management*, 18 (5).
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Profil kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta : Depkes RI Jakarta .
- Fiky Rofiqoh (2010) *tentang Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Patient Safety dan perilaku Pencegahan Medication Error di Instalasi Gawat Darurat RS Krakatau Medika cilegon*.
- Harus bernadeta (2015). *Pengetahuan perawat tentang patient safety dengan pelaksanaan prosedur keselamatan pasie rumah sakit*. *Jurnal care*, 3 (1), 25-32.
- Hikmah, S. (2008). *Persepsi Staf Mengenai Patient Safety di IRD RSUD Fatmawati*. Jakarta.
- JCI.2017. *JCI Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition*. Joint Commis-sion International. Retrieved 03 January 2019, from <https://www.jointcommissioninternational.org/jci-accredi-tation-standards-for-hospitals-6th-edition/>.
- Joint Commission International (JCI), (2011)*Standar Akreditasi Rumah Sakit : Enam Sasaran Keselamatan Pasien*. Edisi ke-4. Jakarta.
- Kemenkes RI. (2011), *Standar Akreditasi Rumah Sakit, Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)*, Jakarta.
- KKPRS. 2008. *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit*. Jakarta:Rineka.
- Lim, A. 2010. *New course tackles patient safety*. *Australian nursing journal*.

- Lyndra syhelia (2013), Hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan pelaksanaan *Patient Safety* Diruangan Rawat Inap RSUD Liun Kendage Tahuna.
- Mahendra, A. A. Oka, S.H. 2013. *7 Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit* (<http://www.jamsosindonesia.com> /cetak/print out/453, 2014. Diakses Tanggal 05 februari 2019.
- Maryam,. (2010). Asuhan Keperawatan Pada Lansia. Jakarta : Trans Info Medika.
- Manojlovich, M. (2007). Healty work environment, Nurse phyiciion communication and patient outcomes. American journal of critical care.
- Mulia, Sri. 2010. Pengaruh Pelatihan *Patient Safety* Terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana Mengenai Penerapan *Patient Safety* Di Rs Tugu Depok. Jakarta : FIK UI.
- Mulutinovici (2012). Profesional stress and health among critical care nursing in serbia.
- Notoatmodjo. 2012. Promosi kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurmalia, D (2013). pengaruh program mentoring terhadap penerapan buday keselamatanpasien.<http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JMK/article/view/1002/1051>.
- Nursalam (2013), metodologi penelitian ilmu keperawatan: pendekatan praktis. Edisi 3. Jakarta.
- Nurmalinda & Nivalinda (2016). Fungsi manajemen keperawatan dalam aplikasi mentoring budaya keselamatan pasien. Media medika muda, 99-104.
- Permenkes No 1691 THN 2011.Kelematan Pasien di Rumah Sakit. Jakarta: Kementrian Lingkungan Hidup.
- Pham. Jc et all. (2016). Risk assessment and analysis. A tool for the concise of patient safety incident. JCI on quality and patient safety.
- Sriningsih, I., 2011. Faktor Demografi, Pengetahuan Ibu Tentang Air Susu Ibu dan Pemberian ASI Eksklusif, Jurnal Kesehatan Masyarakat , 6(2), Januari 2011, pp. 100-106.



- Swift (2017). Patient safety and the mapractice system tort syastem risk management informed consent patient safety.
- White. N . (2012). Understanding the rol non technical skills in patient safety. Nursing standart. Vol. 26/ No 26.
- Wawan, A. 2011. Teori Dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Manusia. Yogyakarta : Nuha Medik.
- WHO. *Patient safety*. 2015. World health organization (*cited 2016 august 26*). Available from: [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/topics/patient_safety/en/).
- World Health OrganitationCollaborating Centre for Patient Safety Solutions.2007. *Patientsafetyolutionspreamble*.[www.who.int/patientsafety/solution/preamble.pdf](http://www.who.int/patientsafety/solution/preamble.pdf). diunduh 07 februari 2019.
- WHO .2009b. *Human Factors in Patient Safety Review of Topic and Tools :Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety World Health Organization*.
- WHO. 2005.World Alliance for Patient Safety :Forward Programme,Geneva, WHO Library Calatoguing.
- Yilman and goris (2014). Implementing ERP system with accelerated more efficent and quackly. A best prattice. *Journal of system integration*, 28-37.

## **PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Bapak/Ibu yang saya hormati, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Putra Irawan Zebua

NIM : 16.020

Alamat : Desa Orahili Tumori

Saya mahasiswa Poltekes Kemenkes Medan Prodi D-III Keperawatan Gunungsitoli yang sedang melakukan penelitian yang berjudul "Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang *patient safety* RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias Tahun 2019".

Dengan segala kerendahan hati, penulis memohon dengan hormat kepada bapak/ibu untuk berkenan meluangkan waktu untuk mengisi daftar pertanyaan yang penulis ajukan sesuai dengan pengetahuan yang bapak/ibu miliki. Jawaban bapak/ibu sangat diperlukan sebagai data penelitian dan semata-mata untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan tidak ada maksud yang lain. Jawaban yang telah diberikan akan saya jaga kerahasiaannya.

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas perhatian dan partisipasi bapak/ibu dalam kelancaran penelitian saya ucapkan terimakasih

Gunungsitoli, Maret 2019  
Penulis

Putra Irawan Zebua  
NPM. 16.020

**KUESIONER PENELITIAN**  
**GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PATIENT**  
**SAFETY DI RSUD GUNUNGSITOLI PEMERINTAH KABUPATEN**  
**NIAS**  
**TAHUN 2019**

**A. Petunjuk pengisian kuesioner**

1. Isilah data identitas dengan benar.
2. Bacalah pertanyaan dengan baik dan benar untuk dapat menemukan jawaban yang akan dipilih.
3. Pilih salah satu jawaban yang paling tepat dan berikan tanda silang (x) pada jawaban yang paling benar.
4. Bila ada yang kurang mengerti dapat ditanyakan pada penulis
5. Setelah selesai diisi lembar kuesioner ini dikembalikan kepada yang memberikan kuesioner.

**B. Identitas responden**

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. pelatihan tentang patient safety  Pernah  
 Tidak pernah

## **A. Kuesioner pengetahuan perawat tentang *patient safety***

Berilah tanda silang (x) pada jawaban yang sesuai menurut anda

1. Menurut Saya patient safety adalah :
  - a. Penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan kesehatan.
  - b. Kesalahan yang di dalamnya termasuk gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya dalam menangani pasien
  - c. .Kesalahan atau suatu cedera yang dialami oleh pasien itu sendiri.
2. Di bawah ini yang termasuk kategori patient safety :
  - a. Kesalahan (error ) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
  - b. Kesalahan aktif (active errors) dan Kesalahan tersembunyi (laten errors)
  - c. Kesalahan karena berbuat (commission) dan Kesalahan karena tidak berbuat (ommission)
3. Di bawah ini hal yang tidak meliputi sistem patient safety :
  - a. Assesment resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden
  - b. Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko
  - c. .Diagnosis dan pencegahan terhadap timbulnya resiko
4. Di bawah ini tujuan dari sistem keselamatan pasien RS itu, kecuali :
  - a. Meningkatkan komunikasi secara efektif
  - b. Terciptanya budaya keselamatan pasien di RS dan meningkatnya akuntabilitas RS terhadap pasien dan masyarakat
  - c. Menurunnya KTD di RS dan terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD
5. Menurut Saya standar patient safety itu ada :
  - a. 7

- b. 6
  - c. 5
6. Menurut Saya di bawah ini yang tidak termasuk dari standar patient safety:
- a. Hak pasien dan mendidik pasien serta keluarga
  - b. Penggunaan metoda peningkatan kerja dan peran pimpinan keselamatan pasien serta kesinambungan pelayanan
  - c. Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko
7. Menurut Saya langkah menuju keselamatan pasien RS ada :
- a. 5
  - b. 6
  - c. 7
8. Di bawah ini yang tidak termasuk dari langkah menuju keselamatan pasien RS :
- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien dan memimpin staf RS serta mengintegrasikan altivitas pengelolaan resiko
  - b. Mendidik staf tentang keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
  - c. Mengembangkan sistem pelaporan dan implementasi sistem keselamatan pasien
9. Menurut Saya, dari pernyataan di bawah ini yang tidak termasuk tujuan penanganan patient safety :
- a. Meningkatkan komunikasi secara efektif dan meningkatkan keamanan dari hight medications serta mengidentifikasi pasien dengan benar
  - b. Meningkatnya akuntabilitas RS terhadap pasien dan masyarakat dan menurunnya KTD di RS
  - c. Mengurangi resiko terjadinya kesalahan yang lebih buruk pada pasien dan resiko infeksi serta memastikan 3 T
10. Menurut Saya medical error itu :
- a. Penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan kesehatan.

- b. Kesalahan yang di dalamnya termasuk gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya dalam menangani pasien.
  - c. Kesalahan atau suatu cedera yang dialami oleh pasien itu sendiri.
11. Yang tidak termasuk karakteristik medical error :
- a. Kesalahan diagnosis
  - b. Kesalahan yang mengakibatkan jatuh dan fraktur
  - c. Kesalahan pengobatan
12. Menurut Saya kesalahan aktif (active errors) itu :
- a. Kesalahan yang terjadi pada level petugas kesehatan atau staf rumah sakit yang bekerja di depan dan efeknya terjadi hampir secara tiba-tiba
  - b. Kesalahan yang terjadi dalam level manajemen
  - c. Kesalahan seperti design yang kurang baik, instalasi yang tidak tepat, pemeliharaan yang gagal dan keputusan manajemen yang buruk
13. Menurut Saya kesalahan tersembunyi (laten errors) itu :
- a. Kesalahan yang terjadi pada level petugas kesehatan atau staf rumah sakit yang bekerja di depan dan efeknya terjadi hampir secara tiba-tiba
  - b. Kesalahan yang terjadi tapi tidak dilaporkan
  - c. Kesalahan manajemen seperti design yang kurang baik, instalasi yang tidak tepat, pemeliharaan yang gagal dan keputusan manajemen yang buruk
14. Menurut Saya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) :
- a. Penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan kesehatan.
  - b. Kesalahan yang di dalamnya termasuk gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya dalam menangani pasien.
  - c. Kesalahan atau suatu cedera yang dialami oleh pasien itu sendiri.
15. Yang termasuk karakteristik Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) :

- a. *Preventable adverse event* dan yang tidak dapat dicegah
  - b. Kesalahan dalam melaksanakan operasi, prosedur, atau tes
  - c. Kesalahan aktif (*active errors*) dan Kesalahan tersembunyi (*laten errors*)
16. Menurut Saya medication error itu :
- a. Suatu kesalahan dalam proses pengobatan yang masih berada dalam pengawasan dan tanggung jawab profesi kesehatan, pasien atau konsumen, dan seharusnya dapat dicegah
  - b. Kejadian yang tidak diharapkan dalam memberikan obat
  - c. Kesalahan dalam melaksanakan operasi, prosedur, atau tes
17. Menurut Saya upaya pencegahan medication error itu :
- a. Sistem 6 T dan menjalankan sesuai dengan peran perawat dalam memberikan pengobatan serta pendekatan organisasi dalam menurunkan medication error
  - b. Melakukan pengecekan kembali sebelum tindakan/intervensi pengobatan diberikan
  - c. Peningkatan kerja tim dan prosedur-prosedur kerja.
18. Menurut Saya budaya safety yang positif itu :
- a. Adanya komunikasi yang terbuka dan proses informasi yang baik
  - b. Mengenal kesalahan yang tidak dapat dihindarkan
  - c. Pendekatan untuk menghukum dalam pelaporan insiden dan analisis
19. Menurut Saya budaya safety yang negatif itu :
- a. Mengidentifikasi secara aktif kesalahan yang tersembunyi
  - b. Kepercayaan akan pencegahan untuk keselamatan dapat berhasil
  - c. Pendekatan untuk menghukum dalam pelaporan insiden dan analisis
20. Penyebab terjadinya medical error dan KTD di Rumah Sakit yaitu :
- a. Upah gaji yang kurang
  - b. Beban kerja yang tinggi
  - c. Prosedur dan sistem kerja yang tidak jelas

MASTER TABEL

gambaran pengetahuan perawat tentang *patient safety* di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias

---

**Jawaban kuesioner**

1. A
2. A
3. C
4. A
5. B
6. A
7. B
8. C
9. C
10. A
11. B
12. A
13. B
14. B
15. A
16. B
17. B
18. B
19. C
20. B



pengetahuan *patient safety* perawat

stik en	P S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Skor	Kategori	
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	16
2	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	14	70%	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	15	75%	
2	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	11	55%	
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	13	65%	
2	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	12	60%	
2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	13	65%	
2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	12	60%	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	17	85%	
2	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	10	50%	
2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	9	45%	
2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	10	50%	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	17	85%	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	17	85%	
2	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	13	65%	
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	13	65%	
2	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	12	60%	
2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	11	55%	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	18	80%	
2	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	10	50%	
2	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	10	50%	
2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	15	75%	
2	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	15	75%	
2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	13	65%	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	12	60%	
2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	9	45%	
2	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	9	45%
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	14	70%	
2	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	12	60%	
2	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	14	70%	
2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	13	65%	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	16	80%	
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	15	75%	
2	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	12	60%	

1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	16	80%
2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	13	65%
1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	16	80%
2	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	12	60%
1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	15	75%
2	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	12	60%

**pengetahuan perawat:**

- Baik ( $\geq 76\%$ )
- Cukup (56-75%)
- Kurang ( $\leq 55\%$ )

**umur:**

- 1. 20-25 tahun
- 2. 26-30 tahun
- 3.  $\geq 31$  tahun

**jenis kelamin:**

- 1. Laki-laki
- 2. Perempuan

**pelatihan *patient safety* :**

- 1. Pernah
- 2. Belum pernah

## BIODATA

Nama : Putra Irawan Zebua

Tempat/tanggal lahir : Orahili Tumori 20 Desember 1997

Agama : Kristen Pritestan

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat : Desa Orahili Tumori Kecamatan Gunungsitoli Barat Kota  
Gunungsitoli.

Riwayat Pendidikan : 1. SD Negeri 076063 Orahili Tumori (2003 s/d 2009)  
2. SMP Negeri 2 Gunugsitoli Barat (2009 s/d 2012)  
3. SMA Negeri 4 Binjai (2012 s/d 2015)  
4. Poltekes Kemenkes Medan Prodi D-III Keperawatan  
Gunungsitoli Nias (2016 s/d sekarang).