

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Mawan dan Dewi (2011) menjelaskan bahwa pengetahuan adalah gejala-gejala yang ditemui dan diperoleh melalui pengamatan indra yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa pengetahuan adalah hasil dari tahu, terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu obyek, sebagian besar diperoleh melalui mata dan telinga.

2. Tingkatan Pengetahuan

Notoatmodjo (2010) menerangkan bahwa berdasarkan domain kognitif, tingkat pengetahuan dibagi dalam 6 tingkatan, yaitu :

- a. Tahu (*know*), diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) materi yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu menyebutkan,

menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

- b. Memahami (*comprehension*), diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar tentang suatu objek yang diketahui.
- c. Aplikasi (*application*), diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang dipelajari pada situasi dan kondisi *real* (sebenarnya) seperti penggunaan (aplikasi) hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya.
- d. Analisa (*analysis*), diartikan sebagai kemampuan untuk menjabarkan, menggambarkan, memisahkan, membedakan komponen-komponen dalam materi atau obyek yang diketahui.
- e. Sintesis (*synthesis*), diartikan sebagai kemampuan untuk meletakkan, menghubungkan, merencanakan, meringkaskan atau menyusun formulasi dari formulasi-formulasi yang ada.

- f. Evaluasi (*evaluation*), diartikan sebagai kemampuan untuk memberikan penilaian terhadap suatu materi atau obyek yang didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri maupun menggunakan kriteria yang telah ada.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Notoatmodjo (2010) menerangkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan, yaitu :

- a. Pendidikan, merupakan kegiatan atau usaha dalam mengembangkan kepribadian dan kemampuan baik di dalam maupun di luar institusi/ sarana pendidikan yang berlangsung seumur hidup.
- b. Media massa/ sumber informasi sebagai sarana komunikasi dan interaksi. Perubahan maupun peningkatan pengetahuan dapat dipengaruhi oleh media massa seperti internet, televisi, majalah, surat kabar, koran, radio dan lain-lain.
- c. Sosial budaya dan ekonomi, mempengaruhi pengetahuan melalui tradisi atau kebiasaan yang dilakukan. Tersedianya suatu fasilitas untuk kegiatan tertentu seperti pendidikan

juga ditentukan oleh status ekonomi, sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang.

- d. Lingkungan, merupakan sesuatu yang ada di sekitar, lingkungan biologis, lingkungan fisik maupun lingkungan sosial berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang yang berada dalam lingkungan tersebut.
- e. Pengalaman, merupakan cara untuk memperoleh pengetahuan yaitu dengan mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh saat memecahkan masalah yang pernah dihadapi.

4. Kategori Pengetahuan

Mawan dan Dewi (2011) menginterpretasikan skala pengetahuan seseorang, yaitu :

- a) Baik : dengan hasil presentase 76%-100%.
- b) Cukup : dengan hasil presentase 56% - 75%.
- c) Kurang : dengan hasil presentase < 56%

B. Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Dewan Perwakilan Rakyat dan Presiden Republik Indonesia dalam UU nomor 44 tahun 2009 menjelaskan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

2. Tujuan Dan Fungsi Rumah Sakit

Supriyanto dan Ernawati (2010) menjelaskan tujuan rumah sakit adalah menghasilkan jasa, produk atau pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan serta harapan pasien dalam berbagai aspek meliputi jenis pelayanan, aspek medis dan non medis, prosedur pelayanan, informasi maupun harga yang dibutuhkan. Memenuhi tujuan tersebut, rumah sakit mempunyai fungsi yang dijelaskan oleh Dewan Perwakilan Rakyat dan Presiden Republik Indonesia dalam UU nomor 44 tahun 2009 yaitu :

- a. Menyelenggarakan pelayanan pemulihan kesehatan dan pengobatan yang berdasar pada standar pelayanan rumah sakit.
- b. Melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga, memberikan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan sesuai kebutuhan medis.
- c. Menyelenggarakan pelatihan dan pendidikan sumber daya manusia untuk meningkatkan kemampuan memberikan pelayanan kesehatan.
- d. Menyelenggarakan pengembangan dan penelitian serta penapisan teknologi bidang kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

3. Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit

Supriyanto dan Ernawati (2010) memaparkan bahwa rumah sakit merupakan sebuah industri yang padat karya (padat sumber daya), padat modal dan padat teknologi. Komponen utama dalam proses pelayanan rumah sakit merupakan sumber daya manusia. Jenis jasa, produk atau

pelayanan rumah sakit dapat berupa *externality* (imunisasi), *public goods* (*front office*, layanan parkir, *laundry*, *cleaning service*) dan *private goods* (pelayanan keperawatan, gizi, dokter, farmasi). Persyaratan sumber daya manusia yang tercantum dalam Undang-undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 yaitu rumah sakit harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga manajemen rumah sakit, tenaga medis dan penunjang medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan, dan tenaga nonkesehatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia dalam PERMENKES nomor 56 tahun 2014 menetapkan bahwa sumber daya manusia rumah sakit terdiri atas:

a. Tenaga medis yang terdiri atas:

- 1) dokter umum untuk pelayanan medik dasar;
- 2) dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut;
- 3) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar;
- 4) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang;

- 5) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain;
 - 6) dokter subspecialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspecialis; dan
 - 7) dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.
- b. Tenaga kefarmasian

Tenaga kefarmasian terdiri atas:

- 1) apoteker sebagai kepala instalasi farmasi Rumah Sakit;
- 2) apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 10 (sepuluh) tenaga teknis kefarmasian;
- 3) apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 10 (sepuluh) tenaga teknis kefarmasian;
- 4) apoteker di instalasi gawat darurat yang dibantu oleh minimal 2 (dua) tenaga teknis kefarmasian;
- 5) apoteker di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) yang dibantu oleh paling sedikit 2 (dua) tenaga teknis kefarmasian;

- 6) apoteker sebagai koordinator penerimaan maupun distribusi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit;
- 7) apoteker sebagai koordinator produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit.

c. Tenaga keperawatan

Jumlah kebutuhan tenaga keperawatan sama dengan jumlah tempat tidur pada instalasi rawat inap. Kualifikasi dan kompetensi tenaga keperawatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan rumah sakit.

d. Tenaga non kesehatan.

Tenaga non kesehatan meliputi tenaga pelayanan *laundry*/ linen, jasa boga/ dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulan, sistem informasi

serta komunikasi, pemulasaraan jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik dan pengelolaan air bersih. Kualifikasi dan kompetensi tenaga non kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan rumah sakit.

C. Perawat Pelaksana

1. Pengertian

Nursalam (2008) menjelaskan bahwa perawat pelaksana merupakan perawat yang ditugaskan dan diberi wewenang dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan pada klien/ pasien.

2. Tugas Perawat Pelaksana

Nursalam (2008) menguraikan tugas perawat pelaksana sebagai berikut:

- a. Pelayanan keperawatan diberikan secara langsung kepada klien/ pasien berdasarkan proses keperawatan yaitu :
 - 1) Penyusunan rencana perawatan sesuai dengan masalah
 - 2) Pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai rencana yang disusun
 - 3) Evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan

- 4) Pencatatan maupun pelaporan segala tindakan keperawatan dan semua respon klien/ pasien
- b. Pelaksanakan dengan tanggung jawab seluruh program medis yang meliputi:
 - 1) Pemberian obat
 - 2) Pemeriksaan laboratorium
 - 3) Persiapan klien/ pasien yang akan operasi
 - c. Memperhatikan keseimbangan kebutuhan mental, fisik, sosial dan spiritual klien/ pasien yang meliputi:
 - 1) Pemeliharaan kebersihan lingkungan dan klien/ pasien
 - 2) Memberikan rasa aman, nyaman, dan ketenangan untuk mengurangi penderitaan klien/ pasien
 - 3) Pendekatan dan komunikasi terapeutik pada klien/ pasien
 - d. Persiapan klien/ pasien secara mental dan fisik untuk menghadapi diagnosis, pengobatan dan tindakan keperawatan
 - e. Pelatihan klien/ pasien sesuai dengan kemampuan untuk menolong diri sendiri

- f. Pemberian pertolongan segera pada pasien gawat atau sakaratul maut
- g. Membantu kepala ruangan dalam penatalaksanaan ruangan secara administratif meliputi :
 - 1) Penyiapan data pasien baru, pasien pulang dan meninggal
 - 2) Pengisian formulir sensus harian
 - 3) Pengisian formulir rujukan
- h. Menyiapkan serta mengatur seluruh alat di ruangan sesuai fungsinya sehingga dapat digunakan seketika
- i. Memelihara serta menciptakan kenyamanan, keamanan, keindahan dan kebersihan ruangan
- j. Melaksanakan *shift* jaga atau tugas dinas sore, malam, pagi dan hari libur sesuai jadwal
- k. Memberikan edukasi pada klien/ pasien tentang penyakitnya
- l. Memberikan laporan secara lisan maupun tulisan mengenai keadaan klien/ pasien
- m. Menuliskan laporan harian klien/ pasien

3. Peran Dan Fungsi Perawat dalam Keselamatan Pasien

Al-Qahtani dan Messahel (2013) menjelaskan peran perawat dalam keselamatan pasien terdiri dari :

a. Pengkajian pasien (*patient assessment*)

Pengkajian pasien (rawat jalan atau rawat inap) sangat penting dalam mengidentifikasi kebutuhan pasien dan memulai proses perawatan. Pengkajian pasien memberikan informasi untuk memahami perawatan yang diinginkan pasien, memilih perawatan terbaik untuk pasien, menentukan diagnosis awal dan memahami tanggapan pasien terhadap perawatan sebelumnya. Pengkajian pasien harus mengandung hal berikut:

- 1) Kondisi fisik
- 2) Pengkajian psikologis
- 3) Status gizi
- 4) Pengkajian nyeri
- 5) Tingkat pendidikan
- 6) Status sosial
- 7) Pengkajian resiko jatuh

8) Faktor ekonomi

b. Identifikasi pasien dengan benar (*correct patient identification*)

Identifikasi pasien dilakukan pada :

- 1) Sebelum pemberian obat, darah atau produk darah.
- 2) Sebelum pengambilan sample darah atau sample lainnya untuk pemeriksaan laboratorium.
- 3) Sebelum melakukan semua tindakan pada pasien.

Menurut *Joint Commision of United States*, identifikasi pasien meliputi:

- 1) Nama individu
- 2) Nomor rekam medis
- 3) Nomor telepon
- 4) Tanggal lahir
- 5) Nomor KTP
- 6) Alamat
- 7) Foto terbaru
- 8) Identifikasi spesifik dari keluarga atau kerabat pasien

c. Manajemen pengobatan (*medication management*)

Proses pengelolaan obat meliputi unsur-unsur utama yaitu pemilihan, pengadaan, penyimpanan, resep/pemesanan, persiapan, pemberian, administrasi dan pemantauan. Fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengembangkan proses yang dikenal sebagai rekonsiliasi pengobatan (*medication reconciliation*) untuk mendapatkan dan mendokumentasikan daftar lengkap setiap pengobatan pasien. Perawat memainkan peran penting dalam proses rekonsiliasi pengobatan karena terlibat dalam hampir semua aspek pengelolaan obat sehingga perawat harus bermain peran aktif dalam mengembangkan, menerapkan dan memelihara sistem proses rekonsiliasi.

d. Komunikasi yang efektif (*effective communication*)

Komunikasi yang efektif antar tenaga kesehatan, pasien dan keluarga sangat penting untuk memastikan keamanan dan kualitas pelayanan keperawatan. Kepastian komunikasi yang efektif dalam pelayanan kesehatan, perawat harus berpartisipasi dalam inisiatif yang meminimalkan kesalahan komunikasi dengan menggunakan teknik komunikasi

terstruktur, prosedur baca kembali (*read-back*) dan alat dokumentasi yang memastikan komunikasi yang komprehensif. Perawat tidak perlu takut untuk berpendapat ketika melihat sesuatu yang tidak pantas, tidak lengkap atau tidak jelas. Kepala ruang harus menumbuhkan lingkungan komunikasi terbuka dan mendorong perawat untuk melaporkan masalah dan kejadian insiden keselamatan pasien.

e. Pencegahan dan pengendalian infeksi (*infection prevention and control*)

Intervensi umum dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi adalah :

1) Prosedur cuci tangan

Kebersihan tangan yang komprehensif merupakan cara yang paling efektif mencegah penyebaran infeksi. Perawat harus terbiasa untuk mengikuti seluruh kebijakan mengenai kebersihan tangan karena dengan tindakan sederhana mencuci tangan secara teratur dapat membantu mencegah infeksi dan menyelamatkan nyawa.

2) Kebijakan pembersihan peralatan

Memastikan peralatan dan persediaan dibersihkan dengan benar, fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki kebijakan dan prosedur yang menangani peralatan dan perlengkapan yang harus dibersihkan maupun dibuang, kapan harus dibersihkan, bagaimana harus dibersihkan serta siapa yang harus membersihkan peralatan dan perlengkapan tersebut. Perawat, *professional infection control*, tenaga non medis, pelayanan makanan dan staf biomedis harus dilibatkan dalam pengembangan dan tindak lanjut kebijakan ini.

3) Kebijakan penggunaan antibiotik

Antibiotik bisa digunakan untuk mengobati infeksi bakteri dan juga untuk mencegah infeksi prosedur operasi. Jika digunakan secara tidak tepat, kekebalan patogen terhadap antibiotik bisa meningkat. Semakin lama infeksi terjadi pada pasien, semakin besar kemungkinan terjadinya infeksi itu menyebar ke pasien lain atau petugas kesehatan. Memastikan perawatan yang tepat dan pencegahan infeksi bakteri, fasilitas pelayanan kesehatan

harus memiliki kebijakan dan sistem pemantauan yang spesifik untuk penggunaan antibiotik. Tim multi disiplin harus dilibatkan dalam menciptakan kebijakan tersebut termasuk perawat, dokter, ahli bedah dan apoteker.

f. Manajemen gawat darurat (*emergency management*)

Keefektifan manajemen gawat darurat dapat dilakukan dengan latihan komprehensif yang melibatkan masyarakat dan mempertimbangkan peningkatan potensi gawat darurat. Perawat membantu menyusun latihan ini dan berpartisipasi aktif di dalamnya. Melalui latihan inilah staf akan belajar bagaimana secara efektif menanggapi gawat darurat serta menjaga keselamatan pasien dan staf.

g. Manajemen nyeri/ rasa sakit (*pain management*)

Komitmen utama perawat adalah kesehatan, kesejahteraan, kenyamanan dan keamanan pasien. Kesadaran diri, pengetahuan akan rasa sakit, penilaian rasa sakit dan pengetahuan tentang standar perawatan untuk manajemen rasa sakit dapat meningkatkan kemampuan perawat untuk memberikan advokasi dan manajemen rasa sakit yang efektif untuk setiap pasien.

h. Edukasi pasien (*patient education*)

Data menunjukkan bahwa menyediakan pasien dengan basis pengetahuan yang baik dapat memiliki dampak signifikan terhadap hasil pelayanan. Tugas perawat dalam edukasi pasien berupa :

- 1) Pengkajian kebutuhan edukasi pasien
- 2) Merencanakan edukasi pasien dalam asuhan keperawatan
- 3) Memilih metode pengajaran yang tepat
- 4) Mengimplementasikan rencana edukasi
- 5) Evaluasi proses edukasi

i. Pencegahan pasien jatuh (*prevention of falls*)

Pencegahan pasien jatuh adalah upaya yang harus dilakukan tim pelayanan kesehatan. Semua petugas kesehatan yang merawat pasien harus memastikan bahwa pasien aman. Fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan sebuah proses penilaian awal pasien untuk risiko jatuh dan penilaian ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi, pengobatan dan sebagainya. Jika pasien berisiko jatuh, tanda risiko jatuh harus ditempatkan pada pintu kamar pasien atau di tempat tidur. Pasien yang berisiko jatuh dapat

ditempatkan di ruangan yang lebih dekat dengan *nursing station* dan memiliki tombol panggilan (*nurse-call buttons*).

D. Kepala Ruangan

1. Pengertian

Kurniadi (2013) menjelaskan bahwa kepala ruangan adalah seorang tenaga keperawatan yang diberi tanggung jawab dan wewenang dalam mengatur dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat. Kepala ruangan diberikan tanggung jawab untuk mengembangkan, mempekerjakan dan mengevaluasi stafnya serta mengembangkan anggaran tahunan unit di bawah pimpinannya. Kepala ruang diberikan kewenangan untuk memantau kualitas perawatan, mengelola unit pelayanan sesuai tanggung jawab dan tugasnya, memberikan solusi terhadap masalah tenaga kerjanya serta mengelola biaya dengan efektif (Potter & Perry, 2005).

2. Tanggung Jawab Kepala Ruangan

Burgess (2000) menjelaskan tanggung jawab kepala ruang yaitu:

- a. Ketenagaan : memberdayakan tenaga yang sudah ada, mengidentifikasi serta mengusulkan jumlah kebutuhan tenaga keperawatan dan non keperawatan pada atasan.
- b. Manajemen operasional: bertanggung jawab sebagai manajer pemula dalam berhubungan dengan atasan dan bawahan guna mendukung tugas pokoknya.
- c. Manajemen kualitas pelayanan : melaksanakan asuhan keperawatan profesional berdasarkan etika profesi dan kaidah ilmiah sehingga dapat dirasakan langsung oleh pasien, keluarga, masyarakat serta menjamin mutu pelayanan keperawatan yang dapat memuaskan semua pihak.
- d. Manajemen finansial: melakukan perhitungan keuangan dan logistik keperawatan (pemanfaatan serta pengadaan alat kesehatan maupun material kesehatan).

3. Fungsi Kepala Ruangan

Marquis, B. dan Houston (2010) menjelaskan fungsi kepala ruangan terbagi dalam fungsi perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan dan pengawasan, yaitu:

- a. Perencanaan : yaitu menerapkan tujuan, filosofi, sasaran, peraturan-peraturan, kebijaksanaan, menetapkan biaya-biaya untuk setiap kegiatan, menyusun rencana jangka panjang maupun jangka pendek dalam pencapaian tujuan, visi maupun misi organisasi serta menyusun rencana perubahan dan mengelola rencana perubahan.
- b. Pengorganisasian : yaitu menggunakan wewenang dengan tepat, melakukan peran dan fungsi dalam organisasi, mengelompokkan kegiatan untuk mencapai tujuan unit, membentuk struktur pelaksanaan rencana serta menetapkan metode dalam memberikan asuhan dan pelayanan keperawatan yang komprehensif.
- c. Ketenagaan : yaitu mengatur ketenagaan dengan mencari, mewawancarai, merekrut, orientasi terhadap staf baru, pengaturan jadwal, sosialisasi staf dan pengembangan staf.
- d. Pengarahan : yaitu tanggung jawab dalam pengelolaan sumber daya manusia meliputi memfasilitasi kolaborasi, motivasi untuk memberi semangat, manajemen konflik, meningkatkan komunikasi dan pendelegasian.

- e. Pengawasan : yaitu pengawasan umum, pengawasan profesional, penampilan kerja dan pengawasan etika aspek legal.

4. Kepala Ruangan Sebagai Manajer Keperawatan

Tugas kepala ruangan sebagai manajer keperawatan yang dijelaskan oleh Kurniadi (2013) yaitu :

- a. Melaksanakan fungsi perencanaan yang meliputi:
 - 1) Mengkategorikan jumlah tenaga keperawatan dan tenaga lain sesuai kebutuhan.
 - 2) Menyusun rencana jenis dan jumlah peralatan perawatan yang dibutuhkan.
 - 3) Menyusun rencana dan menetapkan jenis tindakan/asuhan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai kebutuhan pasien.
- b. Melaksanakan fungsi pergerakan dan pelaksanaan yang meliputi:
 - 1) Mengkoordinasi dan mengatur dan setiap kegiatan pelayanan di ruang rawat.

- 2) Mengatur dan menyusun jadwal dinas tenaga keperawatan dan tenaga lain sesuai ketentuan/peraturan dan kebutuhan (harian, mingguan, bulanan).
- 3) Memberikan orientasi pada tenaga keperawatan dan tenaga lain yang bertugas di ruang rawat.
- 4) Memberikan motivasi dan pengarahan pada tenaga keperawatan untuk melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar prosedur operasi (SOP).
- 5) Mengkoordinasikan semua kegiatan pelayanan dan bekerja sama dengan tenaga keperawatan dan tenaga lain yang terlibat dalam pelayanan ruang rawat.
- 6) Mengetahui kegunaan dan jenis peralatan serta menyusun pengadaan peralatan sesuai kebutuhan pasien agar pelayanan optimal.
- 7) Menyusun permintaan rutin kebutuhan alat, obat dan bahan lain yang diperlukan di ruang rawat.
- 8) Mengkoordinasikan dan mengatur pemeliharaan peralatan untuk selalu dalam keadaan siap pakai.
- 9) Mempertanggungjawabkan pelaksanaan inventaris peralatan.

- 10) Memberikan orientasi kepada pasien serta keluarganya tentang tata tertib ruangan, peraturan rumah sakit, fasilitas yang ada dan cara penggunaan fasilitas.
- 11) Mencatat program pengobatan dan mendampingi dokter selama visit untuk memeriksa pasien.
- 12) Memudahkan pemberian asuhan keperawatan dengan mengatur dan mengelompokan penempatan pasien di ruang rawat untuk tingkat infeksi dan kegawatan.
- 13) Mengetahui keadaan pasien, menampung keluhan pasien, membantu memecahkan masalah yang dialami pasien dan mengadakan pendekatan kepada setiap pasien yang dirawat.
- 14) Menciptakan rasa aman dan terlindung pada pasien selama pelayanan berlangsung.
- 15) Memberikan edukasi kesehatan pada pasien/ keluarga dalam batas wewenangnya.
- 16) Menciptakan rasa aman dan terlindung pada petugas selama pelayanan kesehatan.
- 17) Mengembangkan serta memelihara serta sistem pencatatan data kegiatan dan data asuhan keperawatan

- 18) Melakukan kerja sama dengan baik terhadap kepala ruang lain, kepala bidang, kepala unit pelayanan farmasi (UPF), seluruh kepala seksi dan kepala instansi di rumah sakit.
- 19) Menciptakan dan memelihara suasana kerja yang baik antara petugas kesehatan, pasien maupun keluarga pasien yang sedang dirawat.
- 20) Memberikan motivasi pada tenaga non keperawatan untuk memelihara dan menjaga kebersihan lingkungan dan ruangan perawatan.
- 21) Melakukan penelitian pada formulir sensus harian pasien di ruangan perawatan.
- 22) Meneliti maupun memelihara pengisian daftar permintaan makanan pasien berdasarkan jenis dan macam makanan kemudian meneliti/ memeriksa ulang saat pengkajiannya.
- 23) Memelihara bekas catatan medis dan buku register.
- 24) Menyusun laporan harian tentang pelaksanaan asuhan keperawatan serta kegiatan-kegiatan lain di ruang rawat.

- c. Melaksanakan fungsi penelitian, pengawasan dan pengendalian yang meliputi:
- 1) Melakukan penilaian dan pengawasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan, memberikan penilaian terhadap upaya peningkatan keterampilan dan pengetahuan di bidang perawatan.
 - 2) Memberikan penilaian serta mencantumkannya ke dalam daftar penilaian pelaksanaan pekerjaan (D.P.3) pegawai terhadap tenaga keperawatan, tenaga non keperawatan, tenaga lain dan pelaksanaan pelayanan keperawatan di ruang yang berada di bawah tanggung jawabnya untuk berbagai kepentingan (melanjutkan sekolah maupun naik pangkat/ golongan).
 - 3) Mengendalikan dan mengawasi pendayagunaan obat-obatan serta peralatan perawatan secara efektif dan efisien.
 - 4) Melakukan pengawasan terhadap pencatatan dan pelaporan pelaksanaan asuhan keperawatan maupun kegiatan lain di ruang rawat.

E. Keselamatan Pasien

1. Pengertian

DepKes RI (2011) dalam pasal 1 ayat 1 Permenkes nomor 1691/ Menkes/per/VIII/2011 menjelaskan bahwa keselamatan pasien rumah sakit adalah sistem rumah sakit untuk membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden dan pencegahan penyakit infeksi, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah timbulnya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tindakan yang seharusnya dilakukan. DepKes RI (2011) dalam pasal 1 ayat 2 sampai 7 Permenkes nomor 1691/Menkes/per/VIII/2011 menetapkan jenis insiden keselamatan pasien menjadi 5 kategori yaitu :

- a. Kejadian tidak diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

- b. Kejadian nyaris cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah insiden yang belum sampai terjadi pada pasien.
- c. Kejadian tidak cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terjadi pada pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- d. Kondisi potensial cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- e. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

2. Standar Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Standar keselamatan pasien di rumah sakit telah ditetapkan oleh DepKes RI (2011) dalam Permenkes nomor 11 tahun 2017 yang terdiri dari tujuh standar yaitu:

a. Hak pasien

Hak pasien dan keluarganya untuk mengetahui rencana pelayanan, pengobatan atau prosedur pelayanan pasien, hasil pelayanan serta kemungkinan timbulnya insiden.

b. Mendidik pasien dan keluarga.

Pasien sebagai *partner* harus terlibat dalam proses pelayanan sehingga keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan. Fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki mekanisme dan sistem edukasi pasien dan keluarganya mengenai tanggung jawab dan kewajiban pasien dalam pelayanan kesehatan.

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Fasilitas pelayanan kesehatan memberikan jaminan keselamatan pasien dalam pelayanan yang berkesinambungan serta melakukan koordinasi antar unit dan antar tenaga pelayanan.

d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Fasilitas pelayanan kesehatan harus membuat desain proses/ program peningkatan kinerja baru atau memperbaiki proses/ program yang sudah ada, secara intensif menganalisa insiden, mengevaluasi dan memonitor

melalui pengumpulan data, melakukan perubahan untuk peningkatan kinerja serta keselamatan pasien.

- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
 - 1) Pimpinan menjamin dan mendorong pelaksanaan secara terintegrasi program keselamatan pasien dengan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien.
 - 2) Pimpinan menjamin berjalannya program menekan atau mengurangi insiden dan program proaktif dalam identifikasi resiko keselamatan pasien.
 - 3) Pimpinan menumbuhkan serta mendorong koordinasi maupun komunikasi antar unit dan individu terkait pengambilan keputusan mengenai keselamatan pasien.
 - 4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengkaji, mengukur dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien
 - 5) Pimpinan mengkaji dan mengukur efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan keselamatan pasien dan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan.

f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki program/ proses pelatihan, pendidikan dan orientasi untuk setiap jabatan termasuk keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas. Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit menyelenggarakan pelatihan dan pendidikan yang berkelanjutan untuk memelihara maupun meningkatkan kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Fasilitas pelayanan kesehatan membuat desain dan rencana proses/ program manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi eksternal maupun internal. Penyampaian informasi dan data harus akurat dan tepat waktu.

3. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

DepKes RI (2011) dalam Permenkes nomor 1691/Menkes/per/VIII/2011 menetapkan tujuh langkah keselamatan pasien sebagai berikut.

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
Dilakukan dengan menciptakan budaya dan kepemimpinan yang adil serta terbuka. Pastikan fasilitas pelayanan kesehatan memiliki kebijakan mengenai apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadinya insiden, tindakan yang harus dilakukan dalam pengumpulan fakta dan memberikan dukungan kepada staf, pasien serta keluarga.
- b. Memimpin dan mendukung staf
Dilakukan dengan membangun fokus serta komitmen yang jelas dan kuat mengenai keselamatan pasien.
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko
Dilakukan dengan mengembangkan proses maupun sistem pengelolaan resiko serta melakukan assesmen dan identifikasi hal-hal yang berpotensi menjadi masalah.

d. Mengembangkan sistem pelaporan

Dilakukan dengan mengatur pelaporan kepada komite keselamatan pasien rumah sakit (KKP-RS) serta memastikan agar staf dapat melaporkan insiden atau kejadian.

e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Dilakukan dengan mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka pada pasien serta memastikan bahwa pasien dan keluarganya mendapatkan informasi yang jelas dan benar.

f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

Dilakukan dengan mendorong staf untuk menganalisis akar masalah agar dapat mempelajari mengapa dan bagaimana terjadinya insiden keselamatan pasien.

g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Dilakukan dengan menggunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

4. Sasaran Keselamatan Pasien

DepKes RI (2011) menjelaskan bahwa tujuan sasaran keselamatan pasien adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu mengenai keselamatan pasien. DepKes RI (2011) dalam Permenkes nomor 11 tahun 2017 menetapkan sasaran keselamatan pasien nasional untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang terdiri dari :

a. Sasaran I: mengidentifikasi pasien dengan benar

Kesalahan dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi pada pasien dalam keadaan tidak sadar, mengalami disorientasi, bertukar kamar/ tempat tidur/ lokasi maupun pasien yang sedang dalam keadaan terbius. Tujuan sasaran ini adalah untuk mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pengobatan atau pelayanan dengan cara yang dapat dipercaya/ *reliable* dan untuk menyesuaikan pengobatan atau pelayanan terhadap individu tersebut.

b. Sasaran II: meningkatkan komunikasi yang efektif

Komunikasi efektif yang dapat dipahami, jelas, akurat, lengkap dan tepat waktu akan mengurangi

kesalahan serta meningkatkan keselamatan pasien. Fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan secara kolaboratif suatu prosedur atau kebijakan untuk perintah telepon dan lisan yang termasuk: menuliskan (*input* ke komputer) hasil pemeriksaan, perintah atau informasi dengan lengkap, penerima informasi kemudian membaca kembali (*read back*) hasil pemeriksaan, perintah atau informasi dan mengkonfirmasi keakuratan informasi yang dituliskan. prosedur atau kebijakan alternatif diperbolehkan bila *read back* tidak memungkinkan seperti di kamar operasi maupun situasi gawat darurat di instalasi gawat darurat (IGD) atau *Intensive Care Unit* (ICU).

- c. Sasaran III: meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai

High alert medications (obat-obat yang harus diwaspadai) adalah obat dengan presentasi tinggi sebagai penyebab terjadinya *error* (kesalahan) dan *sentinel event* (kejadian sentinel), obat dengan risiko tinggi sebagai penyebab *adverse outcome* (dampak yang tidak diinginkan) serta obat-obat yang tampak mirip maupun

ucapan mirip (*look alike sound alike/* LASA dan nama obat rupa dan ucapan mirip/ NORUM).

Cara yang paling efektif untuk meningkatkan keamanan obat-obatan tersebut adalah dengan mengembangkan suatu prosedur atau kebijakan dalam membuat daftar obat-obatan yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada serta meningkatkan proses pengelolaan obat-obatan yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar dan pembedahan pada pasien yang benar

- d. Sasaran IV: memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar dan pembedahan pada pasien yang benar

Kesalahan lokasi, prosedur dan pasien operasi merupakan kejadian yang mengkhawatirkan dan sering terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Faktor-faktor yang penyebab kesalahan ini yaitu *assesmen* pasien yang tidak adekuat, komunikasi yang tidak efektif antara anggota tim

bedah, permasalahan yang berhubungan dengan *illegible handwriting* (tulisan tangan yang tidak terbaca), kurang/ tidak melibatkan pasien dalam *site marking* (penandaan lokasi) serta tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi.

Pengembangan suatu prosedur atau kebijakan secara kolaboratif perlu dilakukan untuk mengeliminasi kesalahan ini. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang dapat dikenali dengan segera. Tanda tersebut digunakan secara konsisten di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan, harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar (jika memungkinkan) dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti.

- e. Sasaran V: mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

Infeksi umumnya ditemukan dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk *blood stream infections* (infeksi pada aliran darah), infeksi saluran kemih, *pneumonia* (infeksi saluran pernapasan bawah), infeksi

luka operasi serta infeksi nosokomial. Cara penularan infeksi nosokomial bisa ditularkan melalui *airborne* (udara), *droplet* (bicara bersin atau batuk), *blood borne* (darah), *food* (makanan) serta kontak langsung dan tidak langsung (benda terkontaminasi). Tindakan dalam mengurangi risiko infeksi berupa : cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat, penggunaan alat pelindung diri seperti memakai masker, pelindung mata, apron dan sarung tangan bila kontak dengan darah, cairan dan bahan yang terkontaminasi serta menjaga sanitasi lingkungan.

- f. Sasaran VI: mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

Jumlah insiden pasien jatuh menjadi bagian yang bermakna sebagai penyebab cedera pada pasien rawat inap. Fasilitas pelayanan kesehatan perlu melakukan evaluasi terhadap risiko pasien jatuh dan menetapkan implementasi dalam mengurangi risiko cedera akibat terjatuh. Termasuk dalam evaluasi yaitu gaya jalan maupun keseimbangan, obat dan telaah terhadap

konsumsi alkohol, riwayat jatuh serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.

5. Pasien Jatuh

a. Penyebab pasien jatuh

Al-Qahtani dan Messahel (2013) menjelaskan bahwa insiden pasien jatuh dapat terjadi karena beberapa penyebab, diantaranya:

- 1) Usia: pasien yang lebih tua lebih rawan jatuh daripada yang lebih muda.
- 2) Penglihatan yang buruk: pasien mungkin tidak bisa melihat dengan baik, bisa tersandung karena penglihatan yang buruk.
- 3) Kebingungan: pasien yang kebingungan mungkin tidak memperhatikan bahaya, misalnya mencoba berdiri saat otot terlalu lemah atau mencoba berjalan ke kamar mandi yang gelap tanpa meminta bantuan
- 4) Proses pengobatan: banyak pasien jatuh karena mengkonsumsi obat yang membuat ngantuk atau pusing.

- 5) Keseimbangan, koordinasi, gaya berjalan dan jarak gerak yang buruk : seseorang akan jatuh jika tidak mampu menjaga keseimbangan. Banyak pasien yang lebih tua yang terkena stroke memiliki keseimbangan dan koordinasi gerak yang buruk.
- 6) Otot lemah: pasien dengan otot lemah atau saraf yang rusak akan jatuh tanpa adanya bantuan, layanan keselamatan dan perawatan pasien yang baik.
- 7) Kondisi penyakit: kondisi penyakit penyebab pasien jatuh seperti radang sendi, stroke, penyakit parkinson, penyakit jantung dan kejang.
- 8) Faktor lingkungan: kamar yang berantakan, kurang cahaya atau tidak adanya bel panggilan perawat (*nurse call bell*) merupakan kondisi yang tidak aman yang dapat mengakibatkan pasien jatuh.
- 9) Alas kaki pasien: sepatu dan sandal yang licin merupakan bahaya bagi pasien.
- 10) Tidak ada jawaban atas panggilan untuk meminta bantuan: panggilan untuk meminta pertolongan harus direspon secepatnya. Asisten perawat atau perawat

harus pergi ke kamar pasien secepatnya saat pasien meminta bantuan atau menyalakan *nurse call bell*.

11) Perlengkapan rusak: tongkat penyangga yang patah, walker (alat bantu jalan) yang rusak, kursi roda yang rusak dan rem kursi roda yang malfungsi dapat menyebabkan pasien terjatuh.

b. Pencegahan pasien jatuh

Al-Qahtani dan Messahel (2013) menjelaskan *item* perawatan, tindakan dan tindakan pencegahan dalam rencana perawatan untuk pasien berisiko jatuh seperti:

- 1) Tempat tidur rendah
- 2) Kursi toilet yang tinggi
- 3) Alas kaki pasien yang tidak licin
- 4) Mengganti obat pasien, jika memungkinkan untuk meminimalkan risiko pusing, mengantuk dan perubahan tekanan darah.
- 5) Pemantauan dan pengamatan pasien secara rutin
- 6) Menggunakan pelindung, seperti pembatas tempat tidur dan matras di lantai di samping tempat tidur untuk

menurunkan risiko jatuh dan meminimalkan tingkat cedera jika pasien jatuh

- 7) Latihan keseimbangan, gaya berjalan, otot dan latihan rentang gerak pada pasien
- 8) Perangkat bantu, seperti tongkat penyangga, walker (alat bantu jalan), kursi roda dan *merry walkers* (alat bantu jalan dengan roda untuk lansia)

Al-Qahtani dan Messahel (2013) juga menjelaskan syarat ruang perawatan yang aman bagi pasien untuk mencegah pasien jatuh yaitu :

- 1) Terang tetapi tidak menyilaukan
- 2) Kebersihan yang terjaga, kering, tidak licin dan tidak berantakan
- 3) Dilengkapi dengan pegangan tangan dan pegangan, terutama di kamar mandi dan di daerah dimana pasien berjalan
- 4) Dilengkapi dengan kursi yang stabil, kokoh dan tinggi yang cukup serta dengan sandaran tangan untuk membantu pasien berdiri

5) Bebas kabel, tali atau benda lain yang dapat menyebabkan pasien tersandung

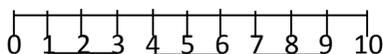
c. Pengkajian pasien resiko jatuh

Pengkajian pada pasien jatuh dapat dilakukan dengan mengisi lembar pengkajian seperti pada tabel 2.1 dan 2.2 berikut.

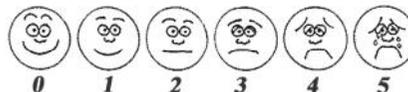
Tabel 2.1 Pemeriksaan Resiko Jatuh Morse

LABEL PASIEN			
Nama Pasien :	_____	Ruang :	_____
Tanggal Lahir :	_____	Tanggal :	_____
No RM :	_____	Jam :	_____
Faktor Resiko	Skala	Poin	Skor
Riwayat jatuh	Ya Tidak	25 0	
2 diagnosa medis	Ya Tidak	15 0	
Alat bantu	Perabot Tongkat/ alat penopang Tidak ada	30 15 0	
Terpasang infus	Ya Tidak	20 0	
Gaya berjalan	Terganggu Lemah Normal/ tirah baring	20 10 0	
Status mental	Sering lupa Orientasi baik	15 0	
Catatan :		Total	

Risiko tinggi : = 45
 Risiko sedang : = 25 - 44
 Risiko rendah : = 0 - 24

Pemeriksaan Nyeri*Numeric rating scale*

- Tidak ada nyeri (0)
 Nyeri ringan (1-3)
 Nyeri sedang (4-6)
 Nyeri berat (7-9)
 Nyeri sangat berat (10)

Wong Baker Pain Scale

- Tidak ada nyeri (0)
 Nyeri sangat ringan (1)
 Nyeri ringan (2)
 Nyeri sedang (3)
 Nyeri berat (4)
 Nyeri sangat berat (5)

Pemicu nyeri : _____
 Lokasi nyeri : _____
 Terjadinya nyeri : _____
 Sifat nyeri : Kejang Konstan Intermitten Lainnya
 Kualitas nyeri : Tumpul Tajam Menusuk Tertekan Lainnya
 Lama nyeri : _____

Obat-obatan di rumah (daftar obat, dosis dan frekuensi, kapan terakhir kali dikonsumsi)

Nama obat	Dosis	Terakhir kali dikonsumsi

Tanggal : _____ Jam : _____ Tanda Tangan : _____
 Nama Petugas : _____

Sumber : data sekunder (arsip RSUD Salatiga 2017)

Pengkajian *Humpty Dumpty Scale* digunakan untuk pasien anak yang berusia <12-18 tahun. Pengkajian *Humpty Dumpty Scale* dapat dilihat pada tabel 2.2 berikut.

Tabel 2.2 Pengkajian *Humpty Dumpty Scale*

Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
Usia	< 3 tahun	4	
	3 – 7 tahun	3	
	7 – 13 tahun	2	
	13 tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki-laki	2	
	Perempuan	1	
Diagnosis	Diagnosis neurologi	4	
	Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb.)	3	
	Gangguan perilaku / psikiatri	2	
	Diagnosis lainnya	1	
Gangguan kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3	
	Lupa akan adanya keterbatasan	2	
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	
Faktor lingkungan	Riwayat jatuh / bayi diletakkan di tempat tidur dewasa	4	
	Pasien menggunakan alat bantu / bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi / perabot rumah	3	
	Pasien diletakkan di tempat tidur	2	
	Area di luar rumah sakit	1	
Pembedahan/ Sedasi/ anestesi	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
	> 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anestesi	1	
Penggunaan medikamentosa	Penggunaan multipel: sedatif, obat hipnosis, barbiturat, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretik, narkose	3	
	Penggunaan salah satu obat di atas	2	
	Penggunaan medikasi lainnya / tidak ada medikasi	1	
Jumlah skor			

Skor asesment risiko jatuh: (skor minimum 7, skor maksimum 23)

1) Skor 7-11: risiko rendah

2) Skor 12: risiko tinggi

d. Standar operasi prosedur pengkajian dan pencegahan pasien jatuh

Tabel 2.3 Standar Operasi Prosedur Pengkajian Resiko Pasien Jatuh

PENGAJIAN RESIKO PASIEN JATUH	
Standar Operasional prosedur	
Pengertian	Pengkajian pasien risiko jatuh adalah sebuah proses untuk menilai dan mengevaluasi pasien yang memiliki risiko jatuh
Tujuan	Untuk meminimalisasi kejadian pasien jatuh
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/Viii/2011 tentang keselamatan pasien di rumah sakit 2. SK Direktur tentang keselamatan pasien
Petugas	Perawat
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat melakukan <i>screening</i> pada setiap pasien dengan risiko jatuh dengan gejala sebagai berikut: penurunan kesadaran, kelemahan anggota gerak, penggunaan alat bantu jalan, kejang, riwayat penggunaan alkohol, riwayat penggunaan obat psikotropika 2. Perawat menggunakan panduan pengkajian risiko jatuh berupa: <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Morse Fall Scale</i> untuk pasien dewasa (>18 tahun) b. <i>Humpty Dumpty Scale</i> untuk pasien anak (<12-18 tahun) 3. Beri tanda resiko jatuh pada rekam medis pasien 4. Pastikan tempat tidur/ <i>brankard</i> dalam posisi rendah dan roda terkunci 5. Pastikan pagar tempat tidur tertutup/ berdiri 6. Pastikan bahwa bel pemanggil perawat berfungsi dengan baik dan dapat dijangkau oleh pasien 7. Lakukan pemasangan fiksasi fisik apabila diperlukan dengan persetujuan keluarga 8. Beri penanda resiko tinggi jatuh berupa gelang identifikasi (gelang warna kuning) 9. Pada pasien anak jelas kan pada orang tua tentang pencegahan jatuh 10. Berikan edukasi pada pasien dan keluarga pasien dengan resiko jatuh untuk tidak mengubah posisi pengamatan pasien tanpa ijin perawat 11. Melakukan pemantauan terhadap pasien dengan resiko jatuh secara berkala sesuai kondisi pasien 12. Dokumentasikan di catatan keperawatan
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rawat Inap 2. Insatalasi Gawat Darurat (IGD) 1. Intensive Care Unit (ICU)

Tabel 2.4 Standar Operasi Prosedur Tindakan Pencegahan Resiko Pasien Jatuh

TINDAKAN PENCEGAHAN RESIKO PASIEN JATUH	
Standar Operasional prosedur	
Pengertian	Tindakan pencegahan resiko jatuh merupakan tindakan pencegahan terjadinya insiden pasien jatuh selama dalam perawatan di rumah sakit.
Tujuan	Mencegah terjadinya insiden pasien jatuh dan melindungi pasien dari cedera selama perawatan
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/Viii/2011 tentang keselamatan pasien di rumah sakit 2. SK Direktur tentang keselamatan pasien
Petugas	Perawat
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan orientasi kamar pasien 2. Posisikan sandaran tempat tidur di rumah sakit di posisi rendah ketika pasien sedang istirahat, dan posisikan sandaran tempat tidur yang nyaman ketika pasien tidak tidur, posisikan roda terkunci dan pegangan tempat tidur terpasang dengan baik 3. Posisikan benda-benda pribadi dalam jangkauan pasien (misalnya : telepon genggam, kacamata). 4. Monitor kebutuhan pasien. Keluarga menemani pasien yang beresiko jatuh, terutama pasien anak-anak. Untuk pasien dewasa, bila tidak ada keluarga, pasien diminta untuk menekan bel bila membutuhkan bantuan. Posisikan bel dalam jangkauan pasien. 5. Pastikan ruang tertata rapi 6. Pastikan pencahayaan yang adekuat 7. Kondisikan permukaan lantai bersih, kering, tidak licin, bebas hambatan, jauhkan kabel-kabel dari jalur berjalan pasien 8. Memantau waktu dan dosis, efek samping dan interaksi obat-obatan 9. Anjurkan ke kamar mandi secara rutin dan bantu pasien ke kamar mandi, jika diperlukan, dan mengedukasi pasien untuk penggunaan pegangan tangan dikamar mandi. 10. Anjurkan menggunakan alas kaki ataupun kaos kaki yang nyaman, tidak licin, dan tepat pada pasien 11. Penggunaan alat bantu (kursi roda, alat penompang) jika diperlukan 12. Berikan edukasi mengenai pencegahan jatuh kepada pasien dan keluarganya 13. Dokumentasikan di catatan keperawatan
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 3. Rawat Inap 4. Insatalasi Gawat Darurat (IGD) 5. Intensive Care Unit (ICU)

e. Penilaian probabilitas/ frekuensi pasien jatuh

Penilaian frekuensi data insiden pasien jatuh dapat dilakukan sesuai dengan tabel 2.5 berikut.

Tabel 2.5 Penilaian Probabilitas/ Frekuensi Pasien Jatuh

No	Tingkat Risiko	Deskripsi
1	Sangat rendah(Biru)	Sangat jarang/ <i>rare</i> (> 5 tahun / 1 kali)
2	Rendah (Hijau)	Jarang/ <i>unlikely</i> (2 – 5 tahun / 1 kali)
3	Sedang (Kuning)	Mungkin/ <i>possible</i> (1 – 2 tahun / 1 kali)
4	Tinggi (Merah muda)	Sering/ <i>likely</i> (beberapa kali / tahun)
5	Sangat tinggi (Merah)	Sangat sering/ <i>almost certain</i> (tiap minggu/ bulan)

F. Penelitian Sebelumnya

Tabel 2.6 Penelitian Sebelumnya yang Berkaitan

Nama peneliti	Judul dan Tahun Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
Darlina, D.	Hubungan pengetahuan perawat dengan upaya penerapan <i>patient safety</i> 2014	Jenis penelitian adalah deskriptif korelatif dengan desain <i>cross sectional study</i> . Pengambilan sampel ditentukan dengan teknik proporsional <i>sampling</i> . Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner dan analisa data menggunakan uji <i>Chi-Square</i> .	Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan pengetahuan perawat dengan upaya penerapan <i>patient safety</i> dengan <i>p-value</i> 0,001.
Manges, K., Scott-cawiezell, J. & Ward, M. M.	Memaksimalkan kinerja tim 2016	Kasus yang disajikan merupakan bagian dari evaluasi longitudinal yang lebih besar yang memeriksa penerapan <i>Team STEPPS (Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety)</i> . Semua rumah sakit yang berpartisipasi memiliki Tim Perubahan yang menerima pelatihan <i>Team STEPPS</i> selama 2 hari. Rumah sakit dikunjungi setiap tiga bulan untuk melakukan wawancara dengan sponsor eksekutif (misalnya, administrator yang	Kepala perawat memiliki peran yang kritis dalam pengembangan kinerja tinggi dalam tim dan secara strategis dapat memaksimalkan kinerja tim.

		<p>mendukung pelaksanaannya) dan tim perubahan (misalnya, anggota tim yang menerima pelatihan <i>master trainer</i>). Panduan wawancara semi terstruktur berdasarkan manual pelaksanaan <i>Team STEPPS</i> (AHRQ, 2014) digunakan untuk mengeksplorasi proses penerapan <i>Team STEPPS</i> melalui perspektif pemangku kepentingan utama.</p> <p>Studi kasus adalah sintesis wawancara selama 2,5 tahun (n = 50).</p>	
Rees, P., Edwards, A., Powell, C., Hibbert, P., Williams, H., Makeham, M., Carter, B., Luff, D., Parry, G., Avery, A., Sheikh, A., Donaldson, L., Carson- Stevens, A.	Insiden keselamatan pasien melibatkan anak-anak yang sakit di perawatan primer	<p>Penelitian menggunakan metode campuran terhadap laporan insiden keamanan pasien perawatan primer yang melibatkan anak-anak yang sakit dari sistem pelaporan dan pembelajaran nasional Inggris dan Wales antara tanggal 1 Januari 2005 dan 1 Desember 2013.</p> <p>Analisis tematik mendalam terhadap sampel laporan purposif untuk memahami alasan-alasan yang mendasari insiden.</p>	<p>dari 2.191 insiden keselamatan yang diidentifikasi dari 2.178 laporan, 30% (n = 658) berbahaya, termasuk 12 kematian dan 41 kasus yang sangat membahayakan.</p> <p>Anak-anak yang terlibat dalam insiden ini yaitu gangguan pernapasan (n = 387; 18%), luka (n = 289; 13%), tanda dan gejala nonspesifik, misalnya demam (n = 281; 13%), dan kondisi gastrointestinal atau genitourinari (n = 268; 12%) dan lainnya.</p>
Sumariant o, A., Maidin, M. A., Sidin, A. I.	Hubungan pengetahuan dan motivasi terhadap kinerja perawat dalam penerapan program <i>patient safety</i>	<p>Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional dengan rancangan <i>cross sectional study</i>. Pengambilan sampel ditentukan dengan teknik <i>stratified random sampling</i> dengan jumlah sampel 64 orang.</p> <p>Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji <i>chi square</i>, uji <i>phi</i> serta uji <i>Cramer's V</i>.</p>	<p>Variabel pengetahuan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan program <i>patient safety</i> dengan keeratan hubungan sedang ($p=0,000$; $\kappa=0,482$). Penelitian juga menunjukkan bahwa motivasi berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan program <i>patient safety</i> dengan keeratan hubungan dalam kategori kuat ($p=0,000$; $\kappa=0,564$).</p>
Anwar, Rochadi,	Hubungan fungsi	Penelitian berbentuk kuantitatif dengan desain <i>cross-sectional</i>	Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan bermakna antara

K. R., Daulay, W., Yuswardi.	manajemen kepala ruang dengan penerapan <i>patient safety</i> <i>culture</i> 2016	terhadap 75 orang perawat pelaksana (<i>simple random</i> <i>sampling</i>). Metode pengumpulan data menggunakan kuesioner <i>checklist</i> dengan menyebarkan angket, analisis menggunakan uji chi square	fungsi manajemen kepala ruang pada perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, dan pengendalian dengan penerapan <i>patient safety</i> <i>culture</i> . Tidak ada hubungan yang signifikan antara fungsi pengarahan kepala ruang dengan penerapan <i>patient safety</i> <i>culture</i> . Kepala ruang perlu untuk selalu meningkatkan fungsi pengarahan dan pengendalian dalam upaya membudayakan <i>patient safety</i> sehingga akan terciptanya kualitas keselamatan pasien.
Rumampu k, M. V.H., Buduh, Nontji, W.	Peran kepala ruangan melakukan supervisi Perawat dengan penerapan <i>patient safety</i> Di ruang rawat inap rumah sakit 2014	Jenis penelitian yang digunakan adalah <i>observational</i> dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Sampel penelitian adalah perawat pelaksana diruang rawat inap sebanyak 42 orang, pengambilan sampel menggunakan metode <i>purposive sampling</i> . Pengumpulan data melalui kuesioner dan observasi. Uji statistik menggunakan korelasi Pearson.	Berdasarkan hasil uji statistik dengan korelasi pearson diperoleh nilai $p=0,04$ ($p<0,05$), $r = 0,43$ berarti ada hubungan peran kepala ruangan melakukan supervisi dengan penerapan <i>patient safety</i> di ruang rawat Inap
Alfarizi, S., dan Asmuji	Hubungan peran kepala ruangan sebagai motivator dengan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan 2014	Penelitian menggunakan desain korelasi. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana di 4 ruangan di rsud balung jember dengan sampel 40 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan total <i>sampling</i> . Proses pengumpulan data menggunakan kuesioner dengan skala ordinal.	Berdasarkan analisis menggunakan uji spearman rank (ρ), didapatkan $p \text{ value} =$ 0.007 . Nilai tersebut < 0.05 sehingga H_1 diterima. Kesimpulan penelitian berarti ada hubungan yang bermakna antara peran kepala ruangan sebagai motivator dengan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Rekomendasi dari penelitian ini bahwa kepala ruangan harus mempertahankan peran sebagai motivatornya agar kinerja perawat bisa lebih baik lagi.
Toode, K.	Kondisi kerja perawat rumah sakit dalam kaitannya dengan motivasi dan keselamatan	Artikel ini melaporkan hasil dari survei <i>cross-sectional</i> perawat rumah sakit di Estonia yang bertujuan untuk menentukan persepsi mereka terhadap karakteristik tempat kerja, kondisi kerja, motivasi kerja dan keselamatan pasien, dan untuk	Hasil menunjukkan bahwa persepsi kontrol pribadi terhadap pekerjaan dapat mempengaruhi motivasi perawat, dan bahwa persepsi kepuasan kerja relevan dengan peningkatan pelaksanaan keselamatan pasien.

	pasien 2014	mengeksplorasi hubungan di antara hal tersebut.	
Nantsupawat, A., Nantsupawat, R. & Kunaviktikul, W.	Kelelahan perawat, laporan Kualitas Perawatan, dan Pasien <i>outcome</i> di Rumah Sakit Thailand 2015	Analisis data <i>cross-sectional</i> dari 2.084 perawat terdaftar yang bekerja Di 94 rumah sakit masyarakat di seluruh Thailand. Data dikumpulkan melalui Kuesioner survei, termasuk <i>Inventory Burnout Maslach</i> (MBI), yang mengukur kualitas perawatan dan pasien <i>outcome</i> . <i>Multiple logistic regression modeling</i> dilakukan untuk mengeksplorasi hubungan antara kelelahan perawat terhadap kualitas hasil perawatan dan pasien.	Ketiga sub bagian MBI dikaitkan dengan peningkatan pelaporan kualitas perawatan yang baik atau buruk, pasien jatuh, kesalahan pengobatan, dan infeksi. Setiap unit dengan peningkatan nilai kelelahan emosional dikaitkan dengan kenaikan 2,63 kali dalam melaporkan kualitas layanan yang baik atau buruk, 30% peningkatan pada pasien terjatuh, 47% peningkatan kesalahan pengobatan dan 32% peningkatan infeksi. Hasil jelas menunjukkan bahwa kelelahan perawat dikaitkan dengan peningkatan kemungkinan pasien <i>outcome</i> yang negatif. Pelaksanaan intervensi dalam mengurangi kelelahan perawat sangat penting untuk memperbaiki perawatan pasien.
Nivalinda, D., Hartini, M. C. I. & Santoso, A.	Pengaruh motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana 2013	Jenis penelitian kuantitatif non eksperimental dengan pendekatan <i>cross sectional</i> pada 105 responden menggunakan kuesioner. Analisis data dengan <i>product moment</i> , regresi sederhana, regresi linier berganda.	Hasil penelitian : Terdapat pengaruh motivasi perawat terhadap penerapan budaya keselamatan pasien Terdapat pengaruh gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien Terdapat pengaruh secara bersama-sama antara motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien Terdapat pengaruh antara motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana
Rizal, A. A. F.	Hubungan pelaksanaan fungsi manajemen kepala ruang dengan motivasi perawat	Penelitian ini menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Jumlah sampel penelitian ini adalah 149 perawat pelaksana melalui <i>proportional random sampling</i> Proses analisa data menggunakan uji chi square untuk menguji	Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan fungsi manajemen kepala ruang baik, motivasi perawat pelaksana baik. Terdapat hubungan yang bermakna antara fungsi manajemen perencanaan dengan motivasi perawat

	pelaksana dalam memberikan layanan keperawatan	hubungan pelaksanaan fungsi manajemen kepala ruang dengan motivasi.	pelaksana (p value 0,001), terdapat hubungan yang bermakna antara fungsi manajemen pengorganisasian dengan motivasi perawat pelaksana (p value 0,001), terdapat hubungan yang bermakna antara fungsi manajemen pengarah dengan motivasi perawat pelaksana (p value 0,001), terdapat hubungan yang bermakna antara fungsi manajemen pengawasan dengan motivasi perawat pelaksana (p value 0,001). Kesimpulannya terdapat hubungan antara fungsi manajemen kepala ruang dengan motivasi perawat dalam memberikan layanan keperawatan.
	2015		
Kim, L., Lyder, C. H., Mcneese-smith, D., Leach, L. S. & Needleman, J.	Menguraikan atribut keselamatan pasien melalui analisis konsep	Desain penelitian yaitu analisis konsep, metode Walker dan Avant menjadi panduan dalam analisis ini.	Atribut yang menentukan keselamatan pasien yaitu pencegahan medication error dan efek samping yang dapat dihindari, perlindungan pasien dari bahaya atau cedera, upaya kolaboratif oleh penyedia layanan kesehatan individu dan sistem perawatan kesehatan yang terintegrasi.
	2015		
Cahyono, A.	Hubungan karakteristik dan tingkat pengetahuan perawat terhadap pengelolaan keselamatan pasien	Metode penelitian menggunakan desain survey deskriptif potong lintang untuk melihat distribusi dan frekuensi 2 variabel yang sejenis. Desain survei deskriptif dipilih untuk melihat distribusi dan frekuensi dari karakteristik perawat, tingkat pengetahuan tentang keselamatan pasien dan praktek keselamatan pasien dalam asuhan keperawatan.	Hasil penelitian menyatakan bahwa: (1) ada hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dan praktek keselamatan pasien, diketahui pula bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien maka praktek keselamatan pasien dalam asuhan keperawatan semakin baik adalah benar, (2) hasil analisis hubungan antara tingkat pengetahuan dan praktek keselamatan pasien memiliki hubungan positif.
	2015		
Brasaite, I., Kaunonen, M., Martinkenas, A., Mockiene,	Pengetahuan petugas Kesehatan Profesional Mengenai Keselamatan Pasien	Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan pengetahuan petugas kesehatan profesional mengenai keselamatan pasien. Sebuah studi kuantitatif dengan menggunakan kuesioner dilakukan di tiga rumah sakit multi-disiplin di	Hasil menunjukkan tingkat pengetahuan keselamatan yang rendah, terutama dalam hal pengetahuan tentang keselamatan pasien secara umum. Faktor latar belakang

V. & Suominen, T.	2016	Lithuania Barat. Data dikumpulkan pada tahun 2014 dari dokter, perawat dan asisten perawat.	profesional perawatan kesehatan seperti profesi, pendidikan, informasi tentang keselamatan pasien diberikan selama pendidikan kejuruan dan kelanjutan mereka, serta pengalaman mereka dalam spesialisasi utama tampaknya terkait dengan beberapa area pengetahuan keselamatan pasien.
Alomari, A., Wilson, V., Solman, A., Bajorek B., Tinsley.	Persepsi Perawat Pediatrik tentang <i>Medication Safety</i> dan <i>Medication Error</i> 2017	Metode yang digunakan dalam penelitian ini terbatas pada desain survei yang mungkin menyebabkan informasi yang tidak lengkap atau tidak memadai disediakan. Pengumpulan data termasuk pengamatan langsung terhadap perawat selama persiapan dan administrasi obat, audit berdasarkan kebijakan pengobatan dan pedoman dan kelompok fokus dengan staf perawat. Analisis tematik dilakukan oleh masing-masing penulis secara independen untuk menganalisis catatan observasi dan transkrip kelompok sasaran. Statistik deskriptif sederhana digunakan untuk menganalisis data audit. Penelitian dilakukan di sebuah bangsal medis anak-anak yang khusus.	Empat tema kunci diidentifikasi dari data kuantitatif dan kualitatif gabungan: (1) memahami <i>Medication error</i> , (2) kesibukan perawat, (3) lingkungan fisik dan (4) kepatuhan terhadap pedoman kebijakan pengobatan dan praktik. Beban kerja, desain lingkungan fisik yang buruk, kurangnya ruang persiapan, dan kebijakan pengobatan yang tidak praktis diidentifikasi sebagai penghambat praktik <i>medication safety</i> . Mengatasi hambatan ini, organisasi diharuskan untuk meninjau ulang kebijakan proses pengobatan dan melibatkan perawat lebih banyak dalam penelitian keselamatan pengobatan dan dalam merancang pedoman klinis untuk praktik mereka sendiri.
Simorang kir, D. S., Saragih, S. G., Saptiningsih, M.	Hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan kinerja perawat dalam penerapan sasaran keselamatan pasien 2015	Penelitian menggunakan metode kuantitatif dan desain deskriptif korelasional dengan pendekatan secara <i>cross sectional</i> . Teknik sampling menggunakan cluster sampling. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner untuk mengukur pengetahuan dan sikap serta lembar <i>checklist</i> untuk mengukur kinerja. Analisis univariat menggunakan distribusi frekuensi dan analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik ganda.	Hasil penelitian dengan uji statistik menggunakan uji regresi logistik ganda untuk sikap dengan kinerja perawat diperoleh $p\text{-value } 0,017 < 0,05$ ($p\text{-value} < \alpha$) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap perawat dengan kinerja perawat dalam penerapan sasaran keselamatan pasien.

Nurlaili, A. P.	Hubungan komitmen organisasi dengan pencegahan kejadian tidak diharapkan (ktd) dalam keselamatan pasien	Penelitian ini menggunakan desain <i>cross sectional</i> dan dilakukan terhadap 143 perawat pelaksana dalam 14 ruang perawatan. Instrumen penelitian adalah kuesioner dan lembar observasi. <i>Proporsionate stratified random sampling</i> digunakan dalam pengambilan sampel untuk memberikan peluang yang sama bagi anggota populasi.	Hasil analisis dengan uji <i>pearson</i> menunjukkan ada hubungan yang kuat antara komitmen organisasi dengan pencegahan ktd dengan <i>p value</i> 0,000 ($p < 0,05$) dan nilai korelasi $r = 0,823$. Komitmen berkesinambungan paling dominan berhubungan dengan pencegahan ktd dengan nilai beta sebesar 0,596. Sebesar 68,3% perilaku pencegahan ktd disumbangkan oleh komitmen organisasi. Penelitian ini merekomendasikan perlunya perhatian pihak manajerial untuk dapat memelihara dan meningkatkan komitmen organisasi ke arah komitmen afektif sehingga meningkatkan perilaku pencegahan ktd.
2017			
Bawelle, S. C., Sinolung n, J. S. V., Hamel, R.	Hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan pelaksanaan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD Liun Kendage Tahuna.	Desain Penelitian adalah survey analitik dengan rancangan <i>cross sectional</i> . Pemilihan sampel dengan <i>purposive sampling</i> sebanyak 65 responden. Data yang diperoleh dianalisis dengan program komputerisasi dengan menggunakan uji <i>chi-square</i> pada tingkat kemaknaan 95% ($0,05$).	Analisis statistik menunjukan hasil bahwa ada hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan keselamatan pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Liun Kendage Tahuna, $p=0,014$ ($<0,05$). Ada hubungan sikap perawat dengan pelaksanaan keselamatan pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Liun Kendage Tahuna, $p=0,000$ ($<0,05$).
2013.			
Budiono, S., Sarwiyata, T. W., Alamsyah, A.	Pelaksanaan program manajemen pasien dengan risiko jatuh di rumah sakit.	Penelitian ini merupakan bentuk kaji tindak manajemen risiko pasien jatuh di Rumah Sakit Islam Unisma Malang. Kajian diawali dengan analisis akar masalah, penetapan solusi terpilih dan uji program. Uji program dilakukan terhadap penerapan screening pasien dengan risiko jatuh. Instrumen menggunakan observasi dan form screening pasien jatuh.	Hasil menunjukkan sebagian besar petugas atau perawat telah melaksanakan dengan baik program manajemen pasien jatuh yang meliputi: screening, pemasangan gelang identitas risiko jatuh, edukasi pasien dan keluarga tentang menggunakan leaflet edukasi, pengelolaan pasien risiko jatuh, penanganan pasien jatuh dan pelaporan insiden. Penetapan kebijakan dan impementasi prosedur yang diikuti supervisi dan monitoring lebih menjamin keterlaksanaan program.
2014.			

Setiowati, D., Allenidek ania, Sabri, L.	Kepemimpinan efektif <i>head nurse</i> meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2013.	Desain yang digunakan analisis korelasi secara <i>cross sectional</i> pada 206 perawat pelaksana. Analisis data dengan <i>pearson, spearman, t independent</i> , dan regresi linear.	Hasil analisis menunjukkan hubungan lemah dan positif antara kepemimpinan efektif <i>head nurse</i> dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Penelitian merekomendasikan peningkatan pengetahuan <i>head nurse</i> pada fungsi pengorganisasian dengan pembentukan struktur organisasi, uraian tugas, pelatihan budaya keselamatan pasien, pendidikan keperawatan berlanjut, diskusi keselamatan pasien, sistem penghargaan atas penerapan budaya keselamatan pasien.
Oktaviani, H., Sulisetiawati, S. D., Fitriana, R. N.	Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan standar prosedur operasional pencegahan resiko pasien jatuh di rumah sakit Panti Waluyo Surakarta. 2015	Metode yang digunakan adalah deskriptif korelasional dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Jumlah sampel 65 perawat dengan teknik pengambilan sampel <i>purposive sampling</i> . Alat analisis yang digunakan dengan korelasi <i>rank spearman</i> .	Hasil menunjukkan sebagian besar perawat mempunyai pengetahuan tentang SPO pencegahan resiko jatuh tergolong cukup baik (69,2%), perawat mempunyai kepatuhan dalam melaksanakan SPO pencegahan resiko jatuh tergolong cukup patuh (55,4%), dan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan SPO pencegahan resiko jatuh pasien di RS Panti Waluyo Surakarta ($p\text{-value}=0,001$, $r=0,391$) dan nilai hubungan tergolong sedang.
Ardana, I. G. A. G. O.	Program penyadaran kepatuhan cuci tangan dapat meningkatkan pengetahuan cuci tangan, menurunkan jumlah koloni bakteri dan bakteri <i>staphylococcus aureus</i> pada tangan Co Ass FKG UNMAS Denpasar. 2016.	Rancangan penelitian ini <i>pre-post test control group design</i> , dengan jumlah sampel 28 orang Co Ass FKG UNMAS yang terbagi menjadi 2 kelompok. Kelompok kontrol melakukan cuci tangan sesuai prosedur tetap, kelompok perlakuan melakukan cuci tangan dengan program penyadaran kepatuhan cuci tangan dan rerata perbedaan hasil diuji secara statistik.	Hasil analisis data pengetahuan sebelum perlakuan dengan uji <i>t-independent</i> , $t = 0,141$ dan nilai $p = 0,889$, artinya skor pengetahuan sebelum perlakuan kedua kelompok tidak berbeda ($p>0,05$). Sedangkan sesudah perlakuan, skor pengetahuan dengan uji <i>t-independent</i> , $t = 3,89$ dan nilai $p = 0,001$, artinya skor pengetahuan sesudah perlakuan pada kedua kelompok berbeda secara bermakna ($p<0,05$). Hasil analisis data koloni bakteri sebelum perlakuan dengan uji <i>Mann-Whitney</i> , $p = 0,110$, artinya median koloni bakteri sebelum

			<p>perlakuan pada kedua kelompok tidak berbeda ($p > 0,05$). Sedangkan sesudah perlakuan, $p = 0,139$, artinya median koloni bakteri sesudah perlakuan pada kedua kelompok tidak berbeda secara bermakna ($p > 0,05$).</p> <p>Hasil analisis data koloni bakteri <i>Staphylococcus aureus</i> sebelum perlakuan, dengan uji <i>MannWhitney</i>, $p = 0,180$, artinya median koloni bakteri <i>Staphylococcus aureus</i> sebelum perlakuan pada kedua kelompok tidak berbeda ($p > 0,05$). Sedangkan sesudah perlakuan, $p = 0,100$, artinya median koloni bakteri <i>Staphylococcus aureus</i> sesudah perlakuan pada kedua kelompok tidak berbeda secara bermakna ($p > 0,05$).</p> <p>Simpulan bahwa program penyadaran kepatuhan cuci tangan dapat meningkatkan pengetahuan cuci tangan, tidak dapat menurunkan jumlah koloni bakteri dan bakteri <i>Staphylococcus aureus</i> pada tangan Co Ass FKG UNMAS Denpasar</p>
Rahayu, I.	Hubungan pengetahuan perawat tentang <i>patient safety</i> dengan perilaku perawat dalam pencegahan kejadian plebitis di ruang rawat inap rumah sakit Panti Waluyo Surakarta. 2015.	Penelitian ini dilakukan pada Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta yang berjumlah 33 sampel. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan <i>explanatory research</i> dengan menggunakan teknik analisis data <i>Korelasi Kendall's Tau-b</i> .	Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pengetahuan perawat tentang <i>patients safety</i> sebagian besar dengan kategori sedang sebesar 39,4%, dan perilaku perawat dalam pencegahan kejadian plebitis sebagian besar dikategorikan baik sebesar 57,6%. Ada hubungan yang positif dan signifikan antara pengetahuan tentang <i>patients safety</i> dengan perilaku perawat dalam pencegahan kejadian plebitis, hal ini dibuktikan oleh besarnya nilai $= 0,017 < 0,05$ dengan tingkat kepercayaan 95%.
Wulandari, N., Setyaningrum, R., Musafaah.	Hubungan karakteristik dan pengetahuan perawat	Metode penelitian yaitu observasional analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Populasi sebanyak 124 perawat dan sampel sebanyak 48 perawat.	Hasil: Diketahui ada hubungan tingkat pengetahuan responden dengan sikap mendukung penerapan program $p = 0,000$, ada hubungan umur responden

	dengan sikap mendukung penerapan program keselamatan pasien di RSUD Banjarbaru.		dengan sikap mendukung penerapan program $p = 0,031$, ada hubungan masa kerja responden dengan sikap mendukung penerapan program $p = 0,000$, ada hubungan pelatihan dengan sikap mendukung penerapan program $p = 0,000$. Kesimpulan: Pengetahuan dan karakteristik perawat (umur, masa kerja, dan pelatihan) memiliki hubungan secara bermakna dengan penerapan sikap mendukung yang baik tentang program keselamatan pasien.
	2011.		
Lombogia, A., Rottie, J., Karunden g, M.	Hubungan perilaku dengan kemampuan perawat dalam melaksanakan keselamatan pasien di ruang akut Instalasi Gawat Darurat Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.	desain penelitian ini adalah cross sectional. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di Ruang Akut IGD RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling yang melibatkan 31 perawat sebagai responden. Instrument yang digunakan yaitu kuesioner perilaku perawat dan lembar observasi kemampuan perawat tentang keselamatan pasien.	analisis menggunakan Fisher's Exact Test dan menunjukkan nilai p pada identifikasi pasien yaitu $p = 0,037$, pada resiko infeksi pasien nilai $p = 0,005$, dan pada resiko pasien jatuh nilai $p = 0,001$ menggunakan Chi-square. Semua nilai p lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$. Simpulan yaitu terdapat hubungan antara perilaku dengan kemampuan perawat dalam melaksanakan patiet safety di Ruang Akut IGD RSUP Prof. Dr. D. R. Kandou Manado.
Martyastuti, N. E.	Hubungan Antara Faktor Individu dan Faktor Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana dalam Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Bendan Pekalongan	Jenis penelitian ini adalah korelasi deskriptif dengan menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i> . Sampel semua perawat di ruang rawat inap (98 perawat). Pengumpulan data dengan cara pengisian kuesioner terstruktur. Analisis data dilakukan secara univariat (deskriptif), bivariat (<i>Person Product Moment</i>) dan multivariat (Regresi Logistik).	Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien ($p \text{ value} = 0,008$) dan terdapat hubungan antara status pernikahan dengan kinerja perawat ($p \text{ value} = 0,001$). Selain itu ada hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja perawat ($p \text{ value} = 0,016$). Disarankan agar pihak rumah sakit berupaya memperhatikan kondisi kerja dengan pemberian <i>reward</i> yang diberikan kepada perawat, mengembangkan program pengawasan dan evaluasi terstruktur tentang penerapan keselamatan pasien yang dilakukan perawat.
	2016.		

Arifianto	Kepatuhan perawat dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien pada pengurangan resiko infeksi dengan penggunaan alat pelindung diri di rumah sakit Roemani Muhammadiyah Semarang	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Informan utama adalah 5 perawat pelaksana di RS Roemani Muhammadiyah Semarang. Informan triangulasi sumber adalah kepala ruang dan 2 ketua tim ruang rawat inap Ayub 2. Triangulasi teknik dilakukan melalui observasi pada perawat pelaksana.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan cuci tangan perawat di rumah sakit dikarenakan oleh pentingnya melakukan aseptik, tujuan menggunakan aseptik, jenis cairan, lama waktu, tempat cuci tangan dan masih diperlukannya cuci tangan setelah kontak pasien. Pelaksanaan pemakaian sarung tangan di rumah sakit meliputi penggunaan sarung tangan, jenis, fungsi, prosedur memakai dan melepas sarung tangan, tempat melepas dan frekuensi pemakaian sarung tangan. Pelaksanaan pemakaian masker di rumah sakit meliputi penggunaan masker, tujuan penggunaan, prosedur memakai dan melepas masker. Terkait kepatuhan perawat menggunakan APD, diketahui ada beberapa perawat yang tidak patuh memakai sarung tangan dan masker ketika akan memberikan tindakan ke pasien, perawat memakai sarung tangan tidak sesuai dengan ukuran, dan memakai sarung tangan tidak steril. Perawat beranggapan tidak semua tindakan harus memakai sarung tangan dan masker. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kepatuhan perawat dalam memakai alat pelindung diri termasuk kategori tidak patuh.
2017			
Anggraeni , D., Ahsan, Azzuhri, M.	Pengaruh budaya keselamatan pasien terhadap sikap melaporkan insiden pada perawat di instalasi rawat inap rumah sakit tingkat II dr. Soepraoen.	Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimental dengan tujuan destriptif korelatif menggunakan desain cross sectional.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara simultan budaya keselamatan pasien berpengaruh signifikan terhadap sikap melaporkan insiden. Secara parsial pembelajaran organisasi dan peningkatan berkelanjutan tidak berpengaruh signifikan terhadap sikap melaporkan insiden, Kerjasama tim berpengaruh signifikan terhadap sikap melaporkan insiden, keterbukaan komunikasi berpengaruh signifikan terhadap sikap
2016			

			melaporkan insiden dan respon tidak menghukum atas suatu kesalahan tidak berpengaruh signifikan terhadap sikap melaporkan insiden. Kerjasama tim berpengaruh dominan terhadap sikap melaporkan insiden.
Rikayoni	Hubungan supervisi kepala ruangan dengan penerapan <i>patient safety</i> pengurangan risiko pasien jatuh diruang rawat inap RSI Siti Rahmah Padang 2016	Penelitian ini berjenis kuantitatif dengan desain <i>cross sectional</i> . Sampel berjumlah 55 perawat diruang rawat inap RSI Siti Rahmah Padang, diambil dengan menggunakan teknik <i>total sampling</i> . Teknik pengumpulan data dengan menyebarkan kuesioner dan lembar observasi dokumentasi	Kesimpulan dari penelitian ini adalah lebih dari separuh penerapan <i>patient safety</i> pengurangan risiko pasien jatuh di ruang rawat inap RSI Siti Rahmah Padang pada kategori kurang baik (58%) dan lebih dari separuh supervisi kepala ruangan di ruang rawat inap RSI Siti Rahmah Padang pada kategori kurang baik (64%) dan ada hubungan supervisi kepala ruangan dengan penerapan <i>patient safety</i> pengurangan risiko pasien jatuh di ruang rawat inap RSI Siti Rahmah Padang dengan nilai $p=0,004$.
Nugraheni . M., Widjasena , B., Kurniawan, B., Ekawati	Faktor-faktor yang berhubungan dengan pencegahan jatuh pada pasien risiko jatuh oleh perawat di ruang nusa indah RSUD Tugurejo Semarang 2017	Jenis penelitian ini adalah deskriptif korelasi. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja di ruangan yang memiliki data pemasangan pasien jatuh yang tidak stabil dan terdapat kejadian jatuh pada ruangan tersebut dalam 2 tahun terakhir sebanyak 40 orang. Teknik pengambilan sampel dengan cara <i>total sampling</i> . Data penelitian ini diperoleh melalui angket yang diisikan oleh perawat di ruang nusa indah 2, 3, dan 4 yang berjumlah 40 orang.	Hasil penelitian yang dilakukan pada perawat Ruang Nusa Indah menunjukkan bahwa sebagian besar memiliki pengetahuan baik sehingga terdapat hubungan antara pengetahuan perawat mengenai <i>patient safety</i> dengan pencegahan jatuh pada pasien risiko jatuh di Ruang Nusa Indah karena didalam pencegahan pasien jatuh, sebagian besar perawat telah melakukannya dengan baik juga. Kondisi sarana yang menunjang pencegahan pasien jatuh tidak berpengaruh terhadap pencegahan jatuh pasien risiko jatuh. Beberapa perawat yang memiliki pencegahan pasien jatuh baik menjawab bahwa sering membiarkan pagar penyangga tempat tidur pasien

Turangan, T. W. S., Kumaat, L., Malara, R.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan perawat dalam menghadapi cardiac arrest di RSUP Prof R. D. Kandou Manado	Sampel berjumlah 49 perawat yang didapat dengan teknik purposive sampling. Desain penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan Cross Sectional dan data dikumpulkan dari responden menggunakan lembar kuesioner.	<p>terbuka dan tidak melakukan penutupan pagar penyangga ketika melakukan pengecekan rutin di kamar tidur pasien.</p> <p>Sosialisasi tidak berhubungan dengan pencegahan jatuh pada pasien risiko jatuh sebab semua perawat (yang memiliki pencegahan pasien jatuh baik ataupun memiliki Pencegahan jatuh kurang baik) mengatakan terdapat sosialisasi berupa materi mengenai pencegahan pasien jatuh sudah dilakukan setiap setahun sekali. Keikutsertaan pelatihan oleh perawat berpengaruh terhadap pencegahan jatuh pasien sebab pelatihan tidak hanya berupa pemberian materi berupa pencegahan pasien jatuh saja tetapi perawat dapat melihat/praktik langsung bagaimana praktik pencegahan pasien jatuh yang baik seperti yang telah di praktikan oleh pelatih perawat. Sebagian perawat ruang nusa indah telah merasa diberikan pengawasan oleh atasan mereka, yaitu kepala ruangan sehingga terdapat hubungan antara pengawasan terhadap pencegahan pasien jatuh di ruang nusa indah dikarenakan mayoritas perawat yang jatuh baik mengatakan adanya pengawasan yang baik dari atasan berupa nasihat dan teguran apabila perawat didalam melakukan pencegahan pasien jatuh masih belum baik pelaksanaannya.</p>
			<p>Hasil penelitian tidak terdapat hubungan antara pendidikan dan pelatihan dengan pengetahuan perawat. Terdapat hubungan yang signifikan nilai $p < 0,001$ ($< \alpha 0,05$) antara pengalaman dan pengetahuan perawat dalam menghadapi cardiac arrest. Kesimpulan: tidak terdapat hubungan antara pendidikan, pelatihan dengan</p>

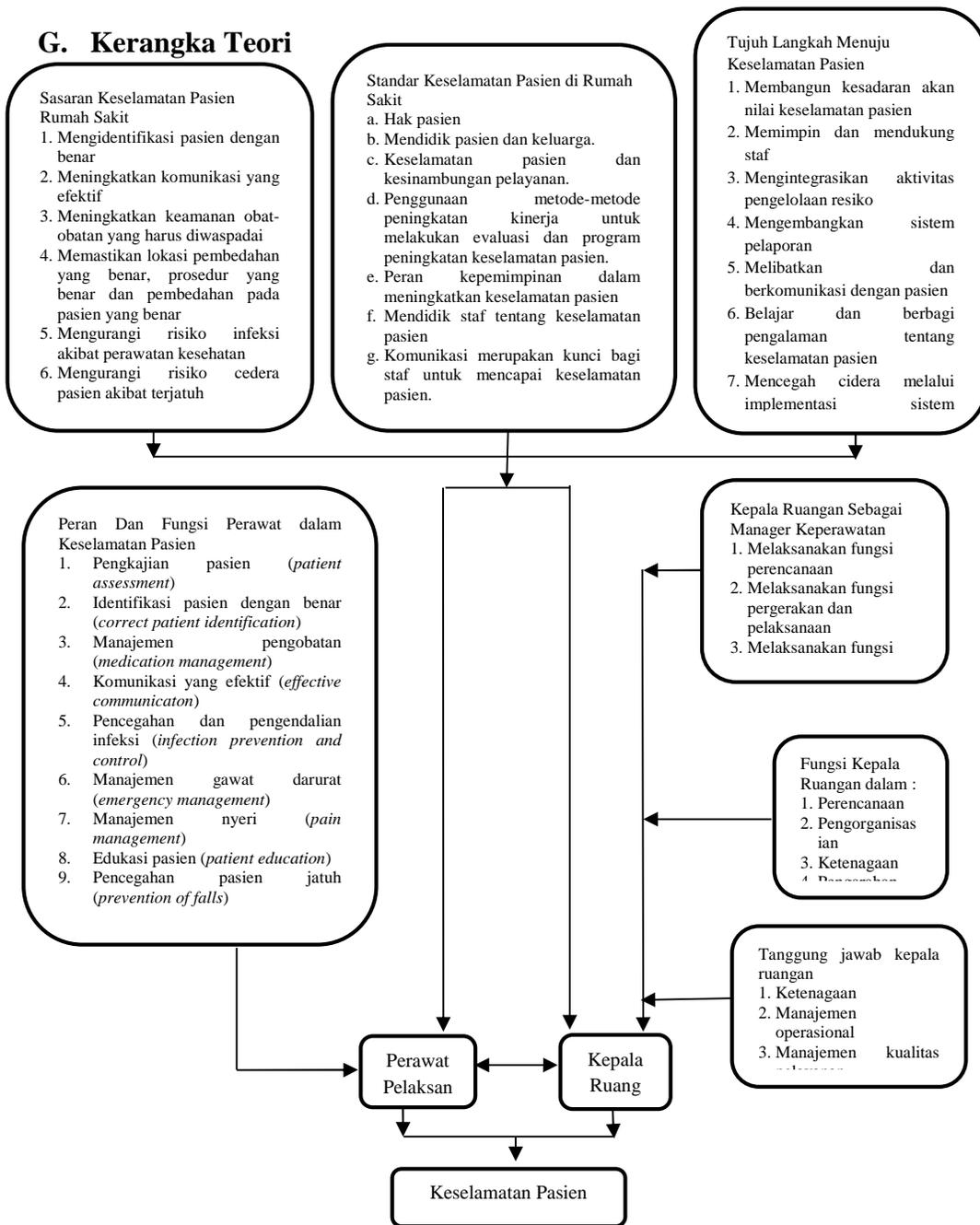
	2017		pengetahuan perawat. Terdapat hubungan antara pengalaman dengan pengetahuan perawat. Saran: diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan lagi pengetahuan perawat melalui kegiatan-kegiatan seperti pelatihan yang dapat menunjang pengetahuan perawat dalam menghadapi cardiac arrest.
Amalia, A. W., Hariyati, R. T. S.	Hubungan karakteristik perawat dengan pengetahuan perawat tentang proses keperawatan dan diagnosis NANDA	Desain penelitian ini adalah deskriptif korelatif pada 86 perawat di IRNA C RSUP Fatmawati Jakarta.	Hasil penelitian menunjukkan tingkat pengetahuan perawat tentang proses keperawatan dan diagnosis NANDA mencapai 61,34 % (kategori cukup baik). Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik perawat (usia, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, dan pelatihan) dengan pengetahuan perawat. Namun ada kecenderungan dalam penelitian ini bahwa pendidikan dan pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan perawat. Oleh karenanya penelitian ini menyarankan peningkatan pengetahuan tentang proses keperawatan dan diagnosis NANDA dengan peningkatan pendidikan perawat ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi serta mengupayakan pemberian pelatihan secara berkala.
Widodo	Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan perawat tentang penatalaksanaan asuhan keperawatan pasien dekomposisi kordis di ruang ICVCU RSUD Dr.	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif non eksperimental menggunakan metode deskriptif korelatif. Subjek penelitian adalah perawat pelaksana yang memberikan asuhan keperawatan pada pasien dekomposisi kordis sebanyak 22 orang Pengumpulan data berupa kuesioner. Teknik analisis data dengan menggunakan Rank Spearman.	Hasil penelitian menunjukkan nilai analisis bivariat rumus Rank Spearman bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan pengetahuan perawat tentang penatalaksanaan asuhan keperawatan pasien dekomposisi kordis dengan nilai r hitung $< r$ tabel ($0,082 < 0,428$), tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan perawat tentang penatalaksanaan asuhan keperawatan pasien dekomposisi kordis dengan

Moewardi 2016			<p>nilai r hitung $< r$ tabel ($0,290 < 0,428$), tidak ada hubungan antara lama kerja dengan pengetahuan perawat tentang penatalaksanaan asuhan keperawatan pasien dekomposisi kordis dengan r hitung $< r$ tabel ($0,254 < 0,428$), dan ada hubungan antara pelatihan dengan pengetahuan perawat tentang penatalaksanaan asuhan keperawatan pasien dekomposisi kordis dengan r hitung $> r$ table ($0,542 > 0,428$). Ada hubungan antara faktor pelatihan dengan pengetahuan perawat tentang penatalaksanaan asuhan keperawatan pasien dekomposisi kordis</p>
Ruswati, Yetti, K., Novieasta ri, E. 2016	<p>Hubungan peran kepala ruang terhadap perilaku perawat pelaksana dalam pelaksanaan keselamatan pasien</p>	<p>Penelitian ini menggunakan metode cross sectional untuk survey dan observasi. Sampel penelitian sebanyak 95 responden dengan tehnik purposive sampling dengan menggunakan analisis chi-square.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara peran kepala ruang terhadap perilaku perawat pelaksana yaitu peran optimal terhadap perilaku baik 70,5% dan peran tidak optimal terhadap perilaku tidak baik 29,5%, dengan dengan kemaknaan hubungan ($p=0,001$). Peran kepala ruang dalam mengelola sumber daya perawat harus mampu dilaksanakan agar staf tidak terjadi kebingungan peran dalam melaksanakan tugasnya. Peran kepala ruang merupakan faktor dominan yang dapat mempengaruhi perilaku perawat pelaksanaan. Usia rata-rata perawat pelaksana 29,03 tahun, lama kerja rata-rata 4,91 tahun, jenis kelamin mayoritas perempuan 75, 8%, dan pendidikan mayoritas D3 83,2%. Perlu diadakan kebijakan manajemen untuk mengadakan upaya workshop agar peran kepala ruang terus dapat dioptimalkan, dan mensosialisasikan program keselamatan pasien agar perilaku perawat pelaksana dan</p>

			praktikan dapat melaksanakan dengan baik.
Nugroho, S. H. P., Sujianto, U.	Supervisi kepala ruang model <i>proctor</i> untuk meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien	Rancangan penelitian quasi eksperimen dengan pendekatan pre and post test control group. Teknik pengambilan sampel menggunakan proportional sampling, dengan sampel 88 perawat pelaksana. Sebelum dan sesudah penerapan supervisi kepala ruang model Proctor, perawat pelaksana diobservasi pelaksanaan keselamatan pasien.	Analisa data menggunakan Mann-Whitney menunjukkan ada pengaruh supervisi kepala ruang model <i>Proctor</i> terhadap pelaksanaan keselamatan pasien ($p= 0,000$). Fungsi normatif, formatif dan restoratif dalam supervisi model <i>Proctor</i> , berfokus pada monitoring evaluasi kualitas pelayanan. Supervisi kepala ruang model <i>Proctor</i> dapat diaplikasikan sebagai salah satu solusi untuk meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien.
Hutahaean, S., Handiyani, H., Gayatri, D.,	Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi melalui penguatan peran dan fungsi kepala ruang di rumah sakit	Metoda yang digunakan adalah dengan desain kuasi eksperimen. Responden terdiri dari 5 kepala ruang, dan 34 perawat pelaksana dari kelompok intervensi dan kontrol.	Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh yang signifikan penguatan peran dan fungsi karu terhadap kepatuhan pelaksanaan PPI antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p 0,03$; $\alpha 0,05$). Penguatan peran dan fungsi karu diharapkan mendapatkan dukungan dari manajemen keperawatan, kepala ruang dan pelaksana pelayanan untuk meningkatkan kepatuhan perawat terhadap pelaksanaan PPI sebagai dasar meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di RS.
Cahyono, A.	Hubungan karakteristik dan tingkat pengetahuan perawat terhadap pengelolaan keselamatan pasien di rumah sakit	Metode penelitian menggunakan desain survey deskriptif potong lintang untuk melihat distribusi dan frekuensi 2 variabel yang sejenis. Desain survey deskriptif dipilih untuk melihat distribusi dan frekuensi dari karakteristik perawat, tingkat pengetahuan tentang keselamatan pasien dan praktek keselamatan pasien dalam asuhan keperawatan di rumah sakit X kota Bekasi.	Hasil penelitian menyatakan bahwa: (1) ada hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dan praktek keselamatan pasien, diketahui pula bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien maka praktek keselamatan pasien dalam asuhan keperawatan semakin baik adalah benar, (2) Hasil analisis hubungan antara tingkat pengetahuan dan praktek keselamatan pasien memiliki hubungan positif.
Irawan, A.G., Yulia, S., Mulyadi	Hubungan supervisi dengan penerapan	Penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif korelatif dan pendekatan cross sectional. Teknik pengambilan sampel yaitu total	Hasil: Supervisi yang baik sebanyak 33 responden (69%), sedangkan penerapan budaya keselamatan pasien yang baik

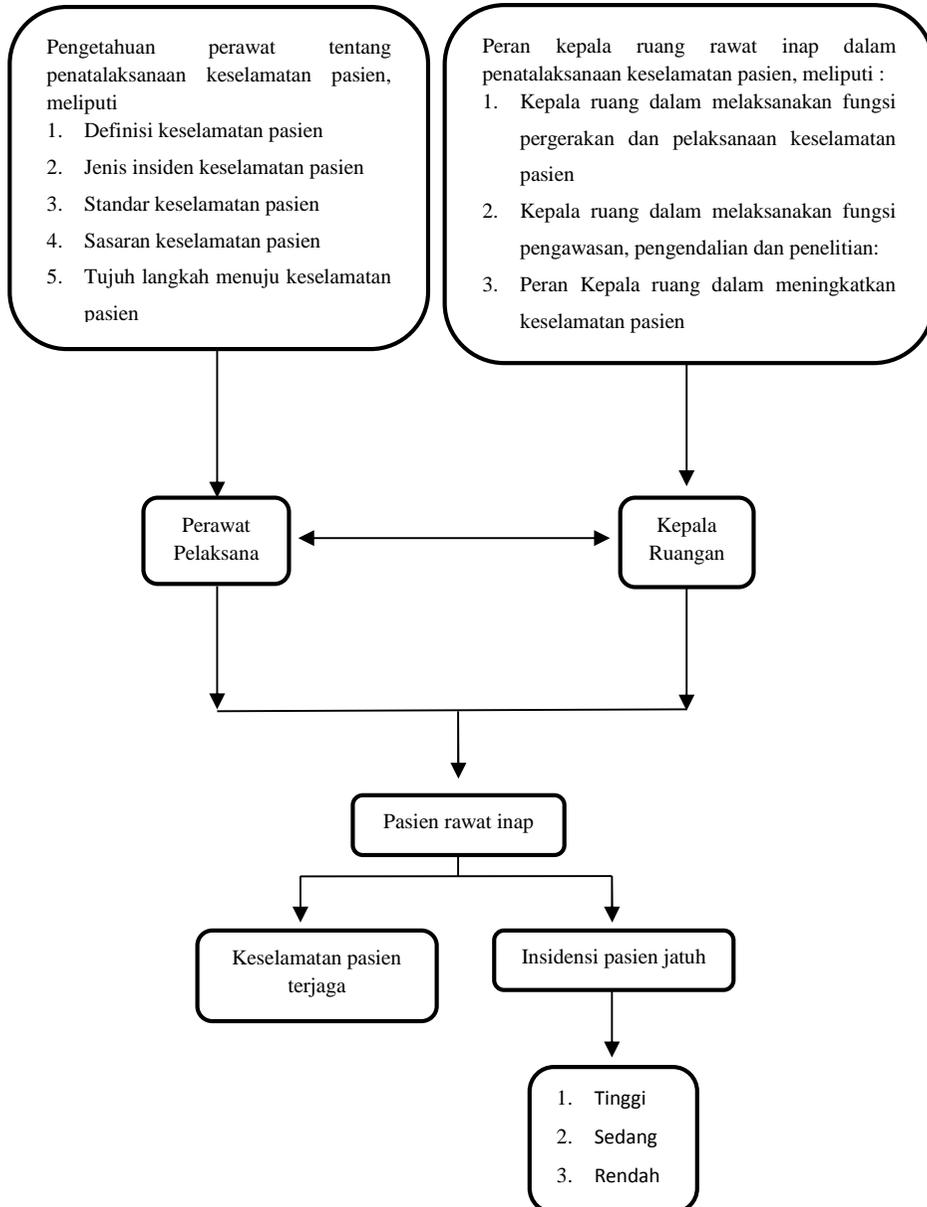
budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap rumah sakit XX	sampling sebanyak 48 perawat. Alat pengumpulan data berupa kuesioner. Penelitian ini menggunakan analisa univariat dan bivariat.	sebanyak 31 responden (64,6%). Hasil uji statistik menggunakan Chi Square test menunjukkan bahwa ada hubungan supervisi dengan penerapan budaya keselamatan pasien (p value = 0,006). Kesimpulan & Saran: Peran supervisi sangat penting dalam membangun budaya keselamatan pasien, sehingga diharapkan kompetensi supervisi dapat ditingkatkan melalui pelatihan dan dapat menerapkan aktivitas supervisi melalui program sosialisasi, mentoring, konseling, serta penguatan peran komite keselamatan pasien dalam melakukan survei budaya keselamatan.	
2017			
Oktaviani, H., Sulisetya wati, S. D., Fitriana, R. N.	Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan standar prosedur operasional pencegahan resiko jatuh pasien di rumah sakit Panti Waluyo Surakarta	Metode yang digunakan adalah deskriptif korelasional dengan pendekatan cross sectional. Jumlah sampel 65 perawat dan teknik pengambilan sampel dengan purposive sampling. Alat analisis yang digunakan dengan korelasi rank spearman.	Hasil penelitian sebagian besar perawat mempunyai pengetahuan tentang SPO pencegahan resiko jatuh tergolong cukup baik (69,2%), perawat mempunyai kepatuhan dalam pelaksanaan SPO pencegahan resiko jatuh tergolong cukup patuh (55,4%), dan terdapat hubungan yang positif signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan SPO pencegahan resiko jatuh pasien di Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta (p-value = 0,001, rxy = 0,391), dan nilai hubungan tergolong sedang. Kesimpulan : terdapat hubungan yang positif signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan Standar Prosedur Operasional pencegahan resiko jatuh pasien.
2015			

G. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

H. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

I. Hipotesis

Berdasarkan uraian, hipotesa penelitian ini yaitu :

H_1 : ada hubungan antara pengetahuan perawat dan peran kepala ruang rawat inap dalam penatalaksanaan keselamatan pasien terhadap insidensi pasien jatuh di RSUD Salatiga.

H_0 : tidak ada ada hubungan antara pengetahuan perawat dan peran kepala ruang rawat inap dalam penatalaksanaan keselamatan pasien terhadap insidensi pasien jatuh di RSUD Salatiga