

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) No.44 tahun 2009, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang berfungsi penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat mempunyai karakteristik sendiri yang sangat dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial masyarakat. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung ataupun tidak langsung di rumah sakit. Rumah sakit baik di luar negeri maupun di Indonesia dalam memberikan asuhan profesional kepada pasien wajib menerapkan program keselamatan pasien (*patient safety*) (Sutriningsih, 2015).

Patient safety adalah konsep pasien yang sedang dalam pelayanan kesehatan dapat mencapai dampak yang diharapkan. *World Health Organization* (WHO) juga mendefinisikan *patient safety* adalah pencegahan kesalahan dan efek samping untuk pasien yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan, sehingga rumah sakit wajib menerapkan *patient safety* dengan sasaran keselamatan pasien / sasaran *patient safety* (Sutriningsih, 2015).

Sasaran *patient safety* mengacu kepada *Nine Life Saving Patient Safety Solutions* dari WHO (2008) yang digunakan juga oleh pemerintah. Maksud dan tujuan sasaran *patient safety* adalah untuk mendorong rumah sakit agar melakukan

perbaikan spesifik dalam *patient safety*. Sasaran ini menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan rumah sakit dan menjelaskan bukti serta solusi dari *konsensus* para ahli atas permasalahan ini. Namun bila sasaran *patient safety* diperhatikan dengan baik dalam pelayanan kesehatan dapat memberikan banyak manfaat (Lombogia, 2016).

Manfaat bagi pasien yaitu pasien yang *hospitalisasi* akan cepat sembuh, jauh dari terjadinya kecelakaan yang tidak diharapkan, meningkatkan status kesehatan pasien dan mengurangi angka resiko jatuh. Bagi rumah sakit sendiri akan meningkatkan kunjungan pasien saat berobat, membuat citra nama rumah sakit yang baik, dan meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit. Namun apabila tidak dilaksanakan *patient safety* dapat terjadinya insiden keselamatan pasien (IKP) / insiden *patient safety*. IKP yang terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Potensial Cedera (KPC) dan *Sentinel* (JCI, 2012).

Menurut Cahyono (2009) dampak rumah sakit yang tidak menerapkan *patient safety* yaitu akan menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang ada dan berakibatkan pada penurunan mutu pelayanan rumah sakit. Pada pasien berdampak buruk yaitu menambah lama rawat inap yang dapat meningkatkan *cost* pasien, terjadinya decubitus pada pasien yang mobilisasi, terjadi resiko jatuh, infeksi nosokomial, efek samping transfuse darah atau alergi yang dapat menyebabkan resiko

syok anafilaktik, kesalahan diagnosa, dan apabila terjadi hal yang sangat fatal dapat terjadi kecacatan, hingga kematian Pelayanan bermutu dan aman bagi pasien saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan. Penelitian Swift (2017) di rumah sakit Amerika Serikat menemukan bahwa pasien yang mengalami peristiwa KTD mengakibatkan kerugian biaya sekitar \$500.000 atau diasuransikan sebesar \$1 juta per kesalahan. Penelitian oleh Gerven et al. (2016) bahwa sekitar 15% profesional kesehatan mempertimbangkan untuk meninggalkan profesinya akibat kesalahan yang dilakukan. Profesional kesehatan ini lebih cenderung dialami oleh pelayanan dari perawat.

Banyak faktor yang mempengaruhi perawat dalam pelaksanaan *patient safety* diantaranya individu. Setiap individu dipengaruhi oleh dua faktor yaitu pengetahuan dan sikap. Dimana pengetahuan dan sikap yang dimiliki setiap perawat berbeda-beda, sehingga perawat menjalankan pelaksanaan *patient safety* pun berbeda-beda. Mengembangkan budaya keselamatan pasien menjadi sangat sulit ketika perawat belum mendapatkan informasi mengenai *patient safety* secara menyeluruh dan detail. Serta sikap perawat yang enggan belajar dari kejadian yang dapat dicegah dalam sebuah organisasi pelayanan kesehatan, hal ini memungkinkan insiden yang sama akan terjadi lagi (Lestari, 2013).

Menurut WHO (2008), mengumpulkan data penelitian di rumah sakit pada beberapa negara seperti Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia ditemukan kasus KTD dengan rentang 3,2 – 16,6%. Dari beberapa hasil penelitian ini bahwa insiden

keselamatan pasien masih banyak di temukan di berbagai negara termasuk di Indonesia

Data di Indonesia tentang laporan KTD apalagi KNC masih langka, dipihak lain terjadi peningkatan tuduhan “mal praktik” yang belum tentu sesuai dengan pembuktian akhir. Namun ada beberapa rumah sakit yang menerapkan *patient safety* mempunyai alur pelaporan untuk kasus KPC, KNC, KTC, KTD dan sentinel. Dimana laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) berdasarkan data yang dimiliki KKP-RS dari September 2006-2012 yaitu KTD sebanyak 249 laporan, KNC sebanyak 283 laporan. Berdasarkan unit penyebab keperawatan 207 laporan, farmasi 80 laporan, laboratorium 41 laporan, dokter 33 laporan dan sarana prasarana sebesar 25 laporan. Data berdasarkan provinsi yaitu terbanyak di Banten 125 laporan, Jakarta 105 laporan dan terendah di Riau 5 laporan. Berdasarkan kepemilikan rumah sakit pemerintah 108 laporan dan rumah sakit swasta 290 laporan, rumah sakit TNI/Polri 9 laporan (KKPRS, 2012).

Dalam penelitian di RSUP DR. M Djamil Padang, berdasarkan data Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dari komite mutu kasus KTD 30%, KTC 25%, KPC 15% dimana insiden yang paling sering terjadi adalah pasien jatuh sebesar 55%, salah rute injeksi sebesar 10%, serta salah obat 5%. IKP berdasarkan tempat kejadian 65% terjadi di Instalasi Rawat Inap (Jaladara, 2015).

Di Aulia Hospital memang belum terdapat persentase dari tim KKPRS Aulia Hospital, karena Aulia Hospital menginjak usia 2 tahun tanggal 2 oktober 2018 sehingga masih banyak pelajaran yang harus dipelajari untuk program penerapan *patient safety* dalam pelaksanaan *patient safety*. Meskipun pada dasarnya setiap rumah sakit sudah melakukan pelaksanaan *patient safety* namun di Aulia Hospital belum secara utuh melakukan pelaksanaan *patient safety*. Pada bulan September 2018 seluruh karyawan Aulia Hospital mendapat sosialisasi mengenai *patient safety* dan merupakan salah satu syarat akreditasi SNARS yang akan diikuti oleh Aulia Hospital (KKPRS Aulia Hospital, 2018).

Namun hasil wawancara studi pendahuluan kepada manager unit keperawatan dan beberapa koordinator ruangan di ruang rawat inap Aulia Hospital, pernah terjadi kasus seperti KPC pada kasus pasien di ruang ICU yang berjumlah 8 sedangkan perawat hanya 3 orang. Hal ini tidak seimbang dimana seharusnya di ruang ICU 1 perawat 1 pasien, KNC pada kasus saat pemberian obat ke pasien sebelumnya perawat mengambil obat ceftazidim 1 gr seharusnya pasien mendapat terapi cefotaxim 1 gr namun obat tersebut belum diberikan ke pasien, dan KTC pada kasus pemberian terapi nebulizer ke pasien yang seharusnya tidak mendapat terapi tersebut namun si pasien yg menerima obat tidak menimbulkan keluhan apapun. Hal ini terjadi di pelayanan kesehatan khususnya di ruang rawat inap Aulia Hospital, hanya saja saat itu masih pelaporan berupa kronologis dari staf bersangkutan dan divalidasi oleh koordinator dan manager keperawatan saja.

Untuk program dalam pelaksanaan *patient safety* di Aulia Hospital baru beberapa indikator yang telah dilaksanakan monitoring evaluasi (Monev) tentang kepatuhan *hand hygiene* dalam *five moment* didapatkan hasil dari Januari 2018 – Desember 2018 yaitu 65,73 % (IPCN Aulia Hospital, 2018). Monev kepastian tepat lokasi, prosedur dan pasien operasi didapatkan hasil dari Januari 2018 – November 2018 95% (Karu OT Aulia Hospital, 2018), sedangkan monev ketepatan identifikasi pasien, monev komunikasi efektif, monev mengurangi resiko cedera akibat jatuh dan monev keamanan obat-obat dengan kewaspadaan tinggi baru dijalankan pada bulan Desember 2018 sehingga belum dapat dievaluasi secara keseluruhan atas pelaksanaan *patient safety*. Dimana setiap indikator harus dievaluasi hingga target yaitu 100%.

Dilakukan wawancara studi pendahuluan kepada 7 perawat ruang rawat inap Aulia Hospital diperoleh 4 (*freshgraduate*) perawat masih belum mengetahui secara lengkap sasaran *patient safety* dalam memberikan pelayanan pada pasien, salah satunya ditunjukkan dari kepatuhan *hand hygiene* pada *five moment*. 3 (1 sudah berpengalaman, dan 2 *freshgraduate*) perawat merasa membuang waktu dengan kelengkapan dokumentasi pada lembaran monitoring evaluasi (monev) dikarenakan jumlah perawat yang sedikit, meningkatnya jumlah pasien rawat inap, sehingga lupa mengisi monev tersebut.

Dan hasil observasi studi pendahuluan sebelumnya kepada 7 perawat ruang rawat inap Aulia Hospital, didapatkan data bahwa perawat di rawat inap masih ada

yang lupa mengecek gelang pasien dan memvalidasi nama pasien, tanggal lahir pasien ke pasien, selain itu juga masih ada beberapa perawat yang belum sesuai melakukan praktik *hand hygiene* pada *five moment*, juga ditemukan masih adanya tempat tidur pasien dengan posisi yang tinggi, tidak melakukan pemasangan *handrail bed*, masih ditemukan perawat lupa *double check* obat dengan kewaspadaan tinggi dibuktikan tidak terdapat cap validasi obat *high alert* di catatan integrasi. Ini menunjukkan bahwa pelaksanaan *patient safety* dalam program *patient safety* rumah sakit Aulia Hospital belum dapat dilaksanakan dengan baik sehingga akan berakibat fatal terhadap rumah sakit, dimana terjadinya lama rawatan pasien di rumah sakit dan menurunnya angka kunjungan pasien untuk rawat inap di Aulia Hospital sehingga menimbulkan defisit pemasukan untuk rumah sakit.

Berdasarkan latar belakang dan fenomena tersebut peneliti ingin melakukan penelitian hubungan pengetahuan dan sikap perawat tentang *patient safety* dengan pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah secara umum dalam penelitian berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah diatas, dapat dirumuskan pernyataan penelitian sebagai berikut:

1. Apakah ada hubungan pengetahuan perawat tentang *patient safety* dengan pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019 ?
2. Apakah ada hubungan sikap perawat tentang *patient safety* dengan pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap perawat tentang *patient safety* dengan pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui distribusi pengetahuan, sikap perawat dan pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019.
- b. Menganalisa hubungan pengetahuan perawat tentang *patient safety* dengan pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019.
- c. Menganalisa hubungan sikap perawat tentang *patient safety* dengan pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan untuk teori dan menambah hasil informasi ilmiah yang berhubungan dengan pelaksanaan *patient safety* dan hasil penelitian ini dapat digunakan dalam merancang penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan perbaikan kebijakan dalam memperbaharui kompetensi dalam pelaksanaan *patient safety* terutama pada perawat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Konsep Pengetahuan

a. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*) (Fitriani, 2011).

Pengetahuan adalah kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya (Wawan, 2014). Sedangkan pengetahuan menurut Notoatmodjo (2005) adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Wawan, 2014).

Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun

tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Wawan, 2014).

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang:

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi dan makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika seseorang dengan tingkat pendidikan yang rendah akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan dan nilai-nilai yang akan diperkenalkan.

2) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

3) Umur

Bertambahnya umur seseorang akan menyebabkan terjadinya perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Ada empat perubahan fisik yang terjadi, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru.

4) Minat

Minat adalah suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

5) Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik akan membuat seseorang berusaha melupakannya, namun jika pengalaman terhadap objek menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaannya dan akhirnya dapat pula membentuk sikap positif dalam kehidupannya. Pengalaman merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, baik dari pengalaman diri sendiri maupun orang lain. Hal tersebut dilakukan dengan cara pengulangan kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi. Bila berhasil maka orang akan menggunakan cara tersebut dan bila gagal tidak akan mengulangi cara itu.

6) Kepercayaan

Kepercayaan adalah sikap untuk menerima suatu pernyataan atau pendirian tanpa menunjukkan sikap pro atau anti kepercayaan sering diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Kepercayaan berkembang dalam masyarakat yang mempunyai tujuan dan kepentingan yang sama. Kepercayaan dapat tumbuh bila berulang kali mendapatkan informasi yang sama.

7) Sosial ekonomi

Notoatmodjo (2005) mengatakan tingkat ekonomi dapat mempengaruhi sistem kesehatan seseorang. Hal ini terlihat pada sikap seseorang dalam mengambil keputusan dalam rencana pengobatan.

8) Lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Lingkungan memberikan pengaruh pertama bagi seseorang, dimana seseorang dapat mempelajari hal-hal yang baik dan juga hal-hal yang buruk tergantung pada sifat kelompoknya. Lingkungan akan mempengaruhi seseorang memperoleh pengalaman yang akan berpengaruh pada cara berfikirnya.

9) Intelegensi

Intelegensi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk belajar dan berfikir abstrak guna menyesuaikan diri secara mental dalam situasi baru.

Intelegensi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi hasil dari proses belajar. Intelegensi bagi seseorang merupakan salah satu modal untuk berfikir dan mengolah berbagai informasi secara terarah sehingga mampu menguasai lingkungan, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perbedaan intelegensi dari seseorang akan berpengaruh pula pada tingkat pengetahuan.

10) Informasi

Menurut Wied Hary (1996) informasi memberikan pengaruh pada pengetahuan seseorang. Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tapi jika mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya TV, radio atau surat kabar maka hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Menurut Notoatmodjo (2005) Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru (Wawan, 2014).

c. Tingkatan Pengetahuan di dalam Domain Kognitif

Tingkatan pengetahuan di dalam domain kognitif mencakup 6 tingkatan, yaitu:

- 1) Tahu merupakan tingkat pengetahuan paling rendah. Tahu artinya dapat mengingat atau mengingat kembali suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Ukuran bahwa seseorang tahu, adalah ia dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan.

- 2) Memahami, artinya kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan dengan benar tentang objek yang diketahui. Seseorang yang telah paham tentang sesuatu harus dapat menjelaskan, memberikan contoh, dan menyimpulkan.
- 3) Penerapan, yaitu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi nyata atau dapat menggunakan hukum- hukum, rumus, dan metode dalam situasi nyata.
- 4) Analisis, adalah kemampuan untuk menguraikan objek ke dalam bagian- bagian lebih kecil, tetapi masih di dalam suatu struktur objek tersebut dan masih terkait satu sama lain. Ukuran kemampuan adalah ia dapat menggambarkan, membuat bagan, membedakan, memisahkan, membuat bagan proses adopsi perilaku, dan dapat membedakan pengertian psikologi dengan fisiologi.
- 5) Berdasarkan pengalaman pribadi, yaitu pengetahuan merupakan sumber pengetahuan dan cara untuk memperoleh kebenaran.
- 6) Sintesis, yaitu suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Ukuran kemampuan adalah ia dapat menyusun, meringkaskan, merencanakan, dan menyesuaikan suatu teori atau rumusan yang telah ada.
- 7) Evaluasi, yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu

objek. Evaluasi dapat menggunakan kriteria yang telah ada atau disusun sendiri (Wawan, 2014).

d. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2002) ada 2 cara memperoleh pembenaran pengetahuan:

1) Cara tradisional

a) Cara coba salah (*trial and error*)

Cara yang pernah digunakan oleh manusia dalam memperoleh pengetahuan melalui cara coba salah atau dengan kata lain yang lebih dikenal dengan *trial and error*.

b) Cara Kekuasaan

Dalam kehidupan sehari-hari, banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Kebiasaan-kebiasaan ini biasanya diwariskan turun-temurun dari generasi ke generasi berikutnya.

c) Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan manusia, cara pikir manusia pun ikut berkembang, dari sinilah manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuan (Wawan, 2014).

2) Cara modern

Cara ini mencakup tiga hal pokok, yaitu :

a) Segala sesuatu yang positif, yakni gejala tertentu yang muncul pada

saat dilakukan pengamatan.

- b) Segala sesuatu yang negatif, yakni gejala tertentu yang tidak muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- c) Gejala-gejala yang timbul bervariasi, yaitu gejala yang berubah-ubah dalam kondisi tertentu.

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri seseorang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu:

- (1) *Awareness* (kesadaran), yaitu individu menyadari adanya stimulus.
- (2) *Interest* (tertarik), individu mulai tertarik pada stimulus.
- (3) *Evaluation* (menimbang-nimbang), individu menimbang-nimbang tentang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Pada proses ketiga ini subjek sudah memiliki sikap yang lebih baik lagi.
- (4) *Trial* (mencoba), individu sudah mulai mencoba perilaku baru.
- (5) *Adoption*, individu telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, sikap, dan kesadarannya terhadap stimulus (Wawan, 2014).

Menurut Notoatmodjo (2005) Pengetahuan dapat diukur dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan-pertanyaan tertulis atau angket. Indikator

pengetahuan adalah tingginya pengetahuan responden atau besarnya persentase kelompok responden atau masyarakat tentang variabel atau komponen-komponen tersebut (Wawan, 2014).

Nursalam (2008) menyatakan bahwa untuk mengukur tingkat pengetahuan seseorang dapat dituliskan dalam bentuk persentase dari skor yang ada. Berdasarkan jumlah nilai maka tingkat pengetahuan dapat diklasifikasikan menjadi 2 kategori, yaitu:

- (1) Kategori tinggi adalah apabila responden mendapat nilai $\geq 75\%$ dari seluruh skor yang ada.
- (2) Kategori rendah adalah apabila responden mendapat nilai $< 75\%$ dari seluruh skor yang ada (Budiman, dkk, 2014).

2. Konsep Sikap

a. Definisi Sikap

Sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek (Fitriani, 2011), sedangkan menurut Notoatmodjo (2005) sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya).

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan (Maulana, 2009). Menurut Koentjaraningrat (1983)

menyatakan sikap adalah kecenderungan yang berasal dari dalam diri individu untuk berkelakuan dengan pola-pola tertentu terhadap suatu objek akibat pendirian dan perasaan terhadap objek tersebut (Maulana, 2009).

Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Fitriani, 2011). Menurut Sarwono (2008) sikap merupakan kecenderungan merespons (secara positif atau negatif) orang, situasi atau objek tertentu. Sikap mengandung suatu penilaian emosional atau afektif (senang, benci, dan sedih), kognitif (pengetahuan tentang suatu objek), dan konatif (kecenderungan bertindak) (Maulana, 2009).

Jadi dapat diambil kesimpulan sikap adalah suatu respon tertutup terhadap stimulus yang menyebabkan seseorang melakukan suatu perilaku atau tindakan.

b. Komponen Pokok Sikap

Menurut Allport (1954) komponen pokok sikap terdiri dari:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek, artinya bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah

komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap merupakan ancang-ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan).

Menurut Notoatmodjo (2005) ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting dalam menentukan sikap (Wawan, 2014).

Menurut Azwar (2008) ada tiga komponen yang membentuk struktur sikap, yaitu:

- 1) Komponen kognitif (*cognitive*)

Komponen kognitif disebut juga dengan komponen perseptual, yang berisi kepercayaan yang berhubungan dengan persepsi individu terhadap objek sikap dengan apa yang dilihat dan diketahui, pandangan, keyakinan, pikiran, pengalaman pribadi, kebutuhan emosional, dan informasi dari orang lain. Sebagai contoh, seseorang tahu kesehatan itu sangat berharga jika sakit dan terasa nikmatnya sehat.

- 2) Komponen afektif (komponen emosional)

Komponen ini menunjukkan dimensi emosional subjektif individu terhadap objek sikap, baik bersifat positif (rasa senang) maupun negatif (rasa tidak senang). Reaksi emosional banyak dipengaruhi oleh apa yang kita percayai sebagai sesuatu yang benar terhadap objek sikap tersebut.

3) Komponen konatif (komponen perilaku)

Komponen ini merupakan predisposisi atau kecenderungan bertindak terhadap objek sikap yang dihadapinya (misalnya, para lulusan SMU banyak memilih melanjutkan ke Politeknik Kesehatan karena setelah lulus menjanjikan pekerjaan yang jelas) (Wawan, 2014).

c. Fungsi sikap

Sikap memiliki lima fungsi, yaitu:

- 1) Fungsi instrumental, yaitu sikap yang dikaitkan dengan alasan praktis atau manfaat dan menggambarkan keadaan keinginannya atau tujuan.
- 2) Fungsi pertahanan ego, yaitu sikap yang diambil untuk melindungi diri dari kecemasan atau ancaman harga dirinya.
- 3) Fungsi nilai ekspresi, yaitu sikap yang menunjukkan nilai yang ada pada dirinya. Sistem nilai individu dapat dilihat dari sikap yang diambil individu bersangkutan (misalnya, individu yang telah menghayati ajaran agama, sikapnya akan tercermin dalam tutur kata, perilaku, dan perbuatan yang dibenarkan ajaran agamanya).
- 4) Fungsi pengetahuan, yaitu setiap individu memiliki motif untuk ingin tahu, ingin mengerti, ingin banyak mendapat pengalaman dan pengetahuan, yang diwujudkan dalam kehidupan sehari-hari.
- 5) Fungsi penyesuaian sosial, yaitu sikap yang diambil sebagai bentuk adaptasi dengan lingkungannya (Wawan, 2014).

d. Tingkatan Sikap

Sikap mempunyai tingkatan berdasarkan intensitasnya, yaitu:

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

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

3) Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi serta menganjurkan orang lain merespon.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas semua risiko terhadap segala sesuatu yang telah dipilihnya dan merupakan tingkatan sikap yang paling tinggi (Wawan, 2014).

e. Pembentukan dan Perubahan Sikap

Menurut Azwar (2008), pembentukan sikap dipengaruhi beberapa faktor, yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, dan faktor emosi dalam diri individu. Sementara itu, menurut Krech, dkk

(2005), pembentukan dan perubahan sikap dapat disebabkan oleh situasi interaksi kelompok dan situasi komunikasi media. Semua kejadian tersebut mendapatkan pengalaman dan pada akhirnya akan membentuk keyakinan, perasaan serta kecenderungan berperilaku. Menurut Sarwono (2000), terdapat beberapa cara untuk membentuk atau mengubah sikap individu, termasuk adopsi, diferensiasi, integrasi, trauma, dan generalisasi (Maulana, 2009).

1) Adopsi

Suatu cara pembentukan dan perubahan sikap melalui kegiatan yang berulang dan terus-menerus sehingga lama-kelamaan secara bertahap akan diserap oleh individu (misalnya pola asuh dalam keluarga).

2) Diferensiasi

Terbentuk dan berubahnya sikap karena individu telah memiliki pengetahuan, pengalaman, inteligensi dan bertambahnya umur. Hal yang pada awalnya dipandang sejenis, sekarang dipandang tersendiri dan lepas dari jenisnya sehingga membentuk sikap tersendiri. Sebagai contoh, anak yang semula takut terhadap orang yang belum dikenalnya, berangsur-angsur mengetahui mana yang baik dan yang jahat sehingga mulai dapat bermain dengan orang yang disukainya.

3) Integrasi

Sikap terbentuk secara bertahap. Diawali dari pengetahuan dan pengalaman terhadap objek sikap tertentu (misalnya, mahasiswa keperawatan yang rajin mengikuti perkuliahan, praktik klinik, dan

mengikuti seminar-seminar keperawatan, akhirnya akan bersikap positif terhadap profesi keperawatan).

4) Trauma

Trauma adalah pengalaman yang tiba-tiba, mengejutkan, yang meninggalkan kesan mendalam pada jiwa orang yang bersangkutan. Pengalaman-pengalaman yang traumatis dapat juga menyebabkan terbentuknya sikap. Contoh pasien yang mengalami jatuh dari kamar mandi di rumah sakit karna tidak adanya pegangan dan kondisi lantai yang selalu basah.

5) Generalisasi

Sikap terbentuk dan berubah karena pengalaman traumatik pada individu terhadap hal tertentu dapat menimbulkan sikap tertentu (positif atau negatif) terhadap semua hal. Sebagai contoh, pasien yang pernah mendapat perawatan yang tidak profesional dari seorang perawat akan memiliki sikap negatif terhadap semua perawat (Wawan, 2014).

f. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap

Sikap dapat berubah dengan diperolehnya pengalaman, pendidikan, dan pengetahuan melalui interaksi dengan lingkungannya. Hal ini sesuai dengan pendapat Sarwono (2008) bahwa sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang objek tertentu, melalui persuasi serta tekanan dari kelompok sosialnya. Sikap dapat terbentuk dari adanya

interaksi sosial yang dialami individu. Interaksi disini tidak hanya berupa kontak sosial dan hubungan antar pribadi sebagai anggota kelompok sosial, tetapi juga meliputi hubungan dengan lingkungan fisik maupun lingkungan psikologis sekitarnya (Maulana, 2009).

Sikap tidak dibawa sejak lahir, tetapi dipelajari dan dibentuk berdasarkan pengalaman dan latihan sepanjang perkembangan individu. Sebagai makhluk sosial, manusia tidak lepas dari pengaruh interaksi dengan orang lain (eksternal), selain makhluk individual (internal). Faktor internal yang mempengaruhi sikap seseorang adalah faktor fisiologis (lapar, haus, dan sakit) sedangkan faktor eksternal yang mempengaruhi sikap terdiri dari pengalaman, norma, situasi, hambatan dan pendorong. Kedua faktor tersebut berpengaruh terhadap sikap (Maulana, 2009).

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung ataupun tidak langsung. Pengukuran sikap secara langsung dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang stimulus atau objek yang bersangkutan. Pertanyaan secara langsung juga dapat dilakukan dengan cara memberikan pendapat dengan menggunakan kata setuju atau tidak setuju terhadap pernyataan-pernyataan terhadap objek tertentu dengan menggunakan skala *Likert*. Skala *likert* yang terdiri dari jawaban : Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS).

Pernyataan positif maka skor nilai dari masing-masing jawaban responden adalah :

Sangat Setuju (SS)	= 4
Setuju (S)	= 3
Tidak Setuju (TS)	= 2
Sangat Tidak Setuju (STS)	= 1

Pernyataan negatif maka skor nilai dari masing-masing jawaban responden adalah :

Sangat Setuju (SS)	= 1
Setuju (S)	= 2
Tidak Setuju (TS)	= 3
Sangat Tidak Setuju (STS)	= 4

Pengukuran sikap dengan menggunakan skala *likert* tidak mengizinkan adanya item netral. Jadi pernyataan yang ada dalam skala *likert* hanya ada dua yaitu pernyataan item positif dan pernyataan item negatif (Hidayat, 2011).

1) Skor ideal

Sikap tiap responden terhadap pelaksanaan *patient safety* sebagai berikut :

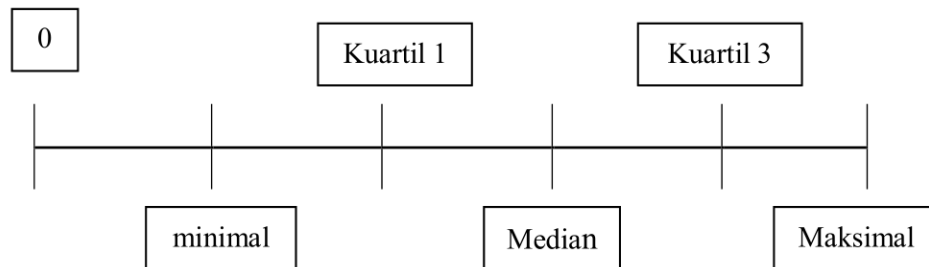
Skor Maksimal = Skor Jawaban Tertinggi x Banyak Item

Skor Kuartil 3 = Skor Maksimal Skor + Median : 2

Skor Median = Skor Maksimal + Skor Minimal : 2

Skor Kuartil 1 = Skor Minimal + Skor Median : 2 (Azwar, 2016).

2) Batas – Batas Skor



Keterangan :

- (a) Kategori sikap sangat positif yaitu daerah yang dibatasi oleh kuartil 3 dan skor maksimal ($\text{Kuartil } 3 \leq x \leq \text{Skor maksimal}$).
- (b) Kategori sikap positif yaitu daerah yang dibatasi oleh median dan kuartil 3 ($\text{Median} \leq x < \text{Kuartil } 3$).
- (c) Kategori sikap negatif yaitu daerah yang dibatasi oleh kuartil 1 dan median ($\text{Kuartil } 1 \leq x < \text{Median}$).
- (d) Kategori sikap sangat negatif yaitu daerah yang dibatasi oleh skor minimal dan kuartil 1 ($\text{Skor minimal} \leq x < \text{Kuartil } 1$) (Azwar, 2016).

3. Konsep *Patient Safety*

a. Pengertian *Patient Safety*

Patient safety rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta

implementasi solusi untuk meminimalisir timbulnya resiko. Mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil juga merupakan salah satu konsep *patient safety*. *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dengan *National Forum for Quality Measurement and Reporting* (*the National Quality Forum*, atau NQF) pada 2008 yang mendefinisikan penerapan *patient safety* sebagai jenis proses atau struktur yang penerapannya untuk mengurangi efek samping dari berbagai penyakit dan prosedur dalam pelayanan kesehatan.

Patient safety merupakan prinsip mendasar dari pelayanan kesehatan. Setiap aspek dalam proses pemberian asuhan memuat tingkat tertentu resiko ketidakamanan yang melekat. Efek samping dapat dihasilkan dari masalah dalam praktik medikasi, produk, prosedur atau sistem. Perbaikan *patient safety* menuntut upaya seluruh sistem yang kompleks, melibatkan berbagai tindakan dalam perbaikan kinerja, keamanan lingkungan dan manajemen resiko, termasuk pengendalian infeksi, penggunaan yang aman saat pemberian obat, peralatan keselamatan, praktek klinis aman dan lingkungan yang aman perawatan.

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut IKP adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang menyebabkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak

Cedera (KTC), dan Kejadian Potensial Cedera (KPC). KTD yang dapat menyebabkan cedera serius atau bahkan kematian disebut kejadian *sentinel* (Priyoto, 2014).

b. Tujuan *Patient Safety*

Patient Safety memiliki tujuan sebagai berikut:

- 1) Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- 2) Meningkatnya akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- 3) Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
- 4) Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (Priyoto, 2014).

c. Langkah Penerapan *Patient Safety*

Program *patient safety* memiliki beberapa langkah dalam penerapannya, yaitu:

- 1) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.
- 2) Membangun komitmen dan fokus yang jelas tentang keselamatan pasien.
- 3) Membangun sistem dan proses manajemen resiko serta melakukan identifikasi dan assessmen terhadap potensial masalah.
- 4) Membangun sistem pelaporan.
- 5) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
- 6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien dengan melakukan analisis akar masalah.

- 7) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien dengan menggunakan informasi yang ada.

d. Standar *Patient Safety*

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar, uraian tujuh standar tersebut diatas adalah sebagai berikut:

- 1) Hak pasien sebagai berikut :
 - a) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
 - b) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
 - c) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar
 - d) Kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Priyoto, 2014).
- 2) Mendidik pasien dan keluarga sebagai berikut :
 - a) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
 - b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
 - c) Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
 - d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
 - e) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
 - f) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
 - g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

- h) Mendidik pasien dan keluarga pasien (Priyoto, 2014).
- 3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan sebagai berikut :
- a) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar darirumah sakit.
 - b) Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
 - c) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasindukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya
 - d) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien (Priyoto, 2014).
- 4) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien sebagai berikut :
- a) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit

- b) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan
 - c) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
 - d) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan
 - e) Agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin (Priyoto, 2014).
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien sebagai berikut :
- a) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien
 - b) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden
 - c) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi
 - d) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis

- e) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden
 - f) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
 - g) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan
 - h) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan
 - i) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien (Priyoto, 2014).
- 6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien sebagai berikut :
- a) Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik tentang keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing- masing.
 - b) Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden
 - c) Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok guna mendukung pendekatan inter disiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien (Priyoto, 2014).
- 7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien sebagai berikut :

- a) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- b) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada (Priyoto, 2014).

e. *Nine Live Saving Solution*

WHO *Collaborating Center for Patient Safety* pada tahun 2007, menetapkan *The Nine Patient Safety Solutions* (Sembilan Solusi *Life-Saving* Keselamatan Pasien Rumah Sakit) yang disusun oleh lebih dari 100 Negara dengan mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien. Solusi keselamatan pasien adalah sistem atau intervensi yang dibuat mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatan (Sutoto, 2017).

Sembilan Solusi ini merupakan panduan yang bertujuan membantu rumah sakit memperbaiki proses asuhan pasien yang berguna untuk menghindari cedera maupun kematian yang dapat dicegah. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) mendorong seluruh rumah sakit se-Indonesia untuk menerapkan sembilan solusi keselamatan pasien rumah sakit baik secara langsung maupun bertahap. Solusi tersebut antara lain adalah:

- 1) Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*).

2) Pastikan identifikasi pasien (*Patient Identification*)

Komunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan Pasien (*Communication during Patient Hand-Overs*)

Pastikan tindakan yang benar pada bagian tubuh yang benar (*Performance of Correct Procedure at Correct Body Site*)

3) Mengendalikan cairan elektrolit pekat (*Control of Concentrated Electrolyte Solution*)

4) Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan (*Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care*)

5) Hindari salah kateter dan salah sambung selang (*Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connection*)

6) Gunakan alat injeksi sekali pakai (*Single Use of Injection Devices*)

7) Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial (*Improved HandHygiene to Prevent Health Care-Associated Infection*).

f. *International Patient Safety Goals*

IPSG atau *International Patient Safety Goals* merupakan sasaran yang harus dicapai suatu rumah sakit yang terakreditasi *Joint Commisison International* (JCI) untuk standar akreditasi internasional rumah sakit. IPSG sendiri sudah diaplikasikan di banyak rumah sakit di Indonesia melalui kebijakan yang tercantum dalam PERMENKES Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. IPSG memiliki 3 komponen utama, yaitu:

- 1) Standar, merupakan prinsip
- 2) Deskripsi, merupakan penjelasan standar
- 3) ME (*Measurable element*), merupakan kebutuhan rinci dari standar dan nilai skor berdasarkan ME.

Berikut merupakan standar *International Patient Safety Goals* yaitu 6 sasaran keselamatan pasien (SKP) :

- a) *Identify Patient Correctly* (Mengidentifikasi pasien secara tepat)
 - (1) Pasien diidentifikasi menggunakan 2 penanda, bukan termasuk nomor ruang pasien atau lokasi. Identifikasi pasien adalah proses pencatatan data pasien yang benar sehingga dapat menetapkan dan mempersamakan data tersebut dengan individu yang bersangkutan. Identifikasi dilakukan mulai pendaftaran hingga keluar rumah sakit. Identifikasi dilakukan dengan minimal 2 cara identifikasi, yaitu nama lengkap dan tanggal lahir pasien atau nomor rekam medis. Nomor kamar dan nama ruangan tidak boleh dipakai. Untuk pasien yang tidak sadar melalui gelang tangan.
 - (2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian medikasi, tranfusi, atau produk darah. Pasien diidentifikasi sebelum diberi obat, darah, maupun produk dari darah. Pemberian obat: mengetahui jenis obat, khasiat, efek samping, kontra indikasi, dosis umum, dan cara pemberian obat. Siapkan obat sesuai instruksi yang ada dalam DO (Daftar Obat) dan lakukan prinsip 12 Benar.

- (3) Pasien diidentifikasi sebelum diambil darah dan spesimen lain untuk uji klinis. Pemberian transfusi darah: lakukan double check dengan perawat lain: instruksi dokter, nama, tanggal lahir, dan golongan darah pasien, jenis, jumlah darah dan nomor harus sesuai dengan form permintaan, form cross match, dan yang tertulis di kantong darah dan cek tanggal dan jam kadaluarsa. Sebelum transfusi cek tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu, dan skor nyeri serta keadaan umum pasien. Setelah transfusi cek tanda vital: reaksi alergi serta keluhan pasien setiap 15 menit untuk jam pertama selanjutnya setiap jam sampai dengan transfusi selesai dan dokumentasikan dalam lembar grafik observasi. Sampel lab: beri label pasien pada formulir pemeriksaan laboratorium
 - (4) Pasien diidentifikasi sebelum memberikan perawatan atau prosedur tindakan. Pasien diidentifikasi sebelum diberi perawatan dan prosedur. Misalnya operasi: Serah terima dari ruangan dilakukan oleh penata anestesi/perawat bedah dengan perawat ruangan, cek dokumen pasien pada status pasien serta checklist pre dan post operasi
 - (5) Adanya SOP sebagai kebijakan dan / atau prosedur yang mendukung praktik yang konsisten di semua situasi dan lokasi.
- b) *Improve Effective Communication* (Meningkatkan komunikasi efektif)

- (1) Perintah verbal dan via telepon atau hasil tes klinis ditulis oleh penerima perintah atau hasil tes. Instruksi verbal, instruksi via telepon, atau hasil tes penunjang klinis ditulis oleh penerima instruksi. Obat: ditulis di kolom "instruksi obat via telepon" di halaman terakhir dari DO. Tes penunjang klinis yang penting meliputi: tes laboratorium yang CITO/segera, pemeriksaan radiologi, elektrokardiogram (EKG), pemeriksaan lain yang memerlukan respon yang cepat. Penunjang medis (laboratorium, radiologi): ditulis secara lengkap di catatan perkembangan integrasi.
- (2) Perintah verbal dan via telepon atau hasil tes klinis dibacakan kembali oleh penerima. Instruksi verbal, instruksi via telepon, atau hasil tes penunjang klinis dibacakan kembali oleh penerima instruksi. Pembacaan ulang ditulis dengan lengkap dan jelas. Tulis "read back +" di catatan perkembangan terintegrasi dengan tinta warna hitam.
- (3) Perintah atau hasil tes dikonfirmasi oleh individu yang memberikan perintah atau hasil tes klinis. Verifikasi oleh pemberi instruksi dalam waktu 1x24 jam sejak instruksi diberikan dengan cara tanda tangan instruksi yang telah ditulis sebelumnya.

- (4) Adanya SOP sebagai kebijakan dan/atau prosedur yang mendukung praktek yang konsisten dalam memverifikasi akurasi komunikasi verbal dan telepon.
- c) *Improve Safety of High Alert Medication* (Meningkatkan keamanan obat berisiko tinggi)
- (1) Adanya SOP sebagai kebijakan dan/atau prosedur yang dikembangkan untuk identifikasi, lokasi, pelabelan, dan penyimpanan obat resiko tinggi
 - (2) SOP tersebut diimplementasikan.
 - (3) Konsentrat elektrolit tidak berada di ruang pasien dirawat hingga dibutuhkan secara klinis dan tindakan dilakukan untuk menghindari ketidaksengajaan pemberian. Lakukan verifikasi terhadap konsentrasi obat, kecepatan pemberian dan jalur masuk yang digunakan. Pemberian obat yang berisiko tinggi sebaiknya dengan *infusion/syringe pump* dan kecepatan pemberian harus selalu dimonitor. Penyimpanan obat yang berisiko tinggi harus terpisah dan diberi label berwarna merah. Obat yang berisiko tinggi antara lain: insulin, opiat dan narkotika, injeksi kalium chloride (KCl), antikoagulan intravena (heparin), natrium chloride (NaCl) 3% potassium chloride, potasium fosfat, sodium klorida > 0,9%, MgSO4 40% dan Dextrose 40%. Konsentrat elektrolit yang

disimpan di unit perawatan pasien dengan jelas diberi label dan disimpan dalam lemari dengan akses khusus.

d) *The organization develops an approach to Ensure Correct-Site, Correct-Procedure, Correct-Patient Surgery* (Rumah sakit membuat pendekatan untuk kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi)

(1) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien didalam proses penandaan.

(2) Rumah sakit menggunakan suatu checklist 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. Lakukan "*surgical safety checklist*" dengan benar pada semua pasien yang akan dilakukan prosedur operasi. Lakukan checklist terhadap kelengkapan dokumen medis (termasuk *informed consent*), pemeriksaan radiologi dan alat-alat operasi yang akan digunakan. Benar sisi, benar pasien, dan benar prosedur juga harus dipastikan pada prosedur endoskopi, aspirasi perkutan, *biopsy*, katerisasi jantung dan vaskuler serta tindakan invasif lainnya.

(3) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur sebelum "*incise / time out*" tepat sebelum dimulainya suatu

prosedur tindakan pembedahan. Lakukan “*Time Out*” sebelum insisi pembedahan. “*Time out*” ini harus berupa pengecekan aktif (secara lisan), dilakukan di sisi dimana tindakan itu akan dilakukan dan melibatkan semua anggota tim dari operasi/prosedur, termasuk pula dari pasien, bila memungkinkan

e) *Reduce the Risk of Health Care-Associated Infections* (Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan)

(1) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (dari WHO *Guidelines on Patient Safety*). Tangan merupakan media penyebaran bakteri patogen yang paling sering. Cuci tangan adalah faktor terpenting untuk mencegah penyebaran bakteri patogen dan resistensi terhadap antibiotika.

(2) Seluruh pihak di rumah sakit telah menerapkan program kebersihan tangan yang efektif. Cuci tangan pada saat: sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah menyentuh cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, setelah kontak dengan daerah/ lingkungan sekitar pasien.

(3) Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan resiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

f) *Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls* (Pengurangan risiko pasien jatuh)

(1) Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap resiko jatuh dan melakukan asesmen ulang bila pasien diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan dan lain-lain. Kaji pasien resiko jatuh dengan form pengkajian pasien resiko jatuh pada setiap pasien masuk rawat. Lakukan pengkajian ulang risiko jatuh setiap 3 hari atau sewaktu-waktu bila ada perubahan antara lain: mendapatkan medikasi baru yang dapat berisiko pasien jatuh, pasca tindakan atau prosedur yang mengurangi mobilitas pasien, mengalami perubahan perilaku, tingkat kesadaran atau kondisi klinis, setelah pasien jatuh, pindah dari unit satu ke unit lainnya

(2) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi resiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap beresiko jatuh. Untuk pasien dengan resiko jatuh dengan level sedang dan tinggi dipasang gelang warna kuning. Letakkan papan / stiker resiko jatuh di pintu atau pada papan di atas kepala pasien. Jelaskan pada keluarga untuk pasang pagar pengaman tempat tidur. Gunakan pengikat tangan atau baju apollo sesuai kondisi. Dekatkan bel ke pasien dan jelaskan penggunaannya kepada pasien dan keluarga. Lakukan observasi tiap 2 jam sekali untuk pasien resiko jatuh

tinggi, lakukan observasi tiap shift untuk pasien resiko jatuh sedang dan lakukan observasi per hari / 24 jam untuk pasien tidak beresiko jatuh. Saat observasi pastikan posisi pasien aman dan nyaman misal: posisi tidur tidak merosot, bagian tubuh tidak keluar pagar tempat tidur, dan lain -lain. Pastikan lingkungan pasien aman (rem tempat tidur terkunci, pagar tempat tidur terpasang, lantai tidak basah, penerangan cukup) sebelum meninggalkan pasien. Dokumentasikan pada catatan perkembangan terintegrasi tentang kondisi dan tindakan yang dilakukan pada setiap ronde dan laporkan ke penanggung jawab shift. Beritahukan keluarga bahwa pasien harus ada yang menunggu. Beritahukan keluarga untuk menginformasikan kepada perawat apabila ada pergantian keluarga yang menunggu agar dapat dijelaskan kembali pengamanan yang dilakukan agar pasien tidak jatuh. Beritahu penunggu bila meninggalkan pasien harus memberitahu perawat.

- (3) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan, pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian yang tidak diharapkan. Kaji ulang setelah 3 hari. Pastikan semua tindakan pencegahan sudah dilakukan, gunakan checklist intervensi keperawatan pasien yang beresiko jatuh.

(4) Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan resiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit (Sutoto, 2017).

g. Faktor – faktor yang mempengaruhi penerapan *patient safety*

Faktor yang mempengaruhi untuk terlaksananya penerapan *patient safety* di rumah sakit yaitu :

1) Individu (pengetahuan, sikap dan keterampilan)

Beberapa anggota staf mungkin resisten terhadap perubahan karena kurang pengetahuan dan keterampilan. Beberapa staf lain mendukung keselamatan pasien, tetapi tidak mengetahui apa yang harus dilakukan. Para staf medis, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya perlu mendapatkan pengetahuan dan keterampilan mengenai *patient safety* (Sutoto, 2017).

Pengetahuan petugas kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien melalui manajemen perubahan terhadap sumber daya manusia. Jika dihubungkan dengan lingkup perbaikan mutu, Mangkuprawira (2010) menyatakan bahwa inovasi dalam proses perbaikan mutu yang berpotensi menimbulkan perubahan pada manajemen dan staf adalah hal pengetahuan, sikap, dan keterampilan dalam menerapkan teknologi baru (Sutoto, 2017).

Marquis dan Huston (2011) menyatakan bahwa pengetahuan individu diperoleh melalui pelatihan dan pengalaman dalam pekerjaannya termasuk dalam upaya pengembangan yang bermakna terhadap tingkat kebutuhan perawat akan pengetahuan dan pola sikap. Armstrong, Laschinger dan Wong (2009) menyatakan bahwa pengetahuan dan sikap dalam konteks *patient safety* adalah berkaitan dengan kemampuan dan respon individu untuk melaksanakan *patient safety* (Sutoto, 2017).

2) Kepemimpinan

Kuntoro (2010) mendefinisikan kepemimpinan sebagai suatu seni dan proses untuk mempengaruhi dan mengarahkan orang lain supaya mereka memiliki motivasi untuk mencapai tujuan yang hendak dicapai dalam situasi tertentu, sehingga sangat berperan dalam menentukan arah organisasi, mengembangkan budaya, memastikan pelayanan dan mempertahankan organisasi yang efektif (Priyoto, 2014).

3) Budaya

Jones (2009) berpendapat dalam *the organizational culture affects the outcomes of quality for the organization*. Budaya organisasi mempengaruhi hasil dari mutu organisasi. Perubahan budaya adalah semboyan baru dalam *patient safety*. Menurut Whitehead (2010) suatu kultur keselamatan mempromosikan kepercayaan, kejujuran, keterbukaan, dan ketransparanan. Organisasi dan kepemimpinan senior

harus melakukan perubahan arah untuk mengembangkan budaya keselamatan, suatu lingkungan yang tidak menyalahkan dimana pelaporan kesalahan dipromosikan (Priyoto, 2014).

4) Infrastruktur

Dua elemen penting untuk peningkatan *safety* dan mutu adalah desain proses pelayanan dan ketersediaan infrastruktur informasi. Menurut Hug (2008) temuan riset menunjukkan bahwa Informatika Teknologi (IT) aplikasi dapat tingkatkan *patient safety* dengan standarisasi dan mengurangi kesalahan dalam bentuk data tulis tangan, dan lain-lain (Priyoto, 2014).

5) Lingkungan

Tidak mungkin untuk mempertimbangkan konsep perawatan yang aman dan efektif yang diberikan oleh tenaga kesehatan profesional dalam isolasi dari lingkungan fisik dan pengaturan dimana perawatan diberikan. Hughes (2008) berpendapat bahwa lingkungan kerja adalah tempat dimana perawat menyediakan perawatan pada pasien yang bisa menentukan kualitas dan *safety* pelayanan (Priyoto, 2014).

6) Biaya

Rumah sakit juga mempunyai pembiayaan tersendiri untuk dapat memfasilitasi untuk para petugas rumah sakit untuk melaksanakan penerapan *patient safety*. Terutama petugas medis, perlengkapan yang

harus didukung untuk pelaksanaan keselamatan pasien sangat banyak dan membutuhkan biaya yang tidak sedikit (Priyoto, 2014).

Beberapa faktor pendorong petugas pelayanan kesehatan yang juga berpengaruh dalam pelaksanaan *patient safety* agar terlaksananya penerapan *patient safety* di rumah sakit dengan baik, yaitu :

1) Kedisiplinan

Menurut Ekosiswoyo (2011), kedisiplinan yaitu sekumpulan tingkah laku petugas yang bekerja dipelayanan kesehatan yang mencerminkan rasa ketaatan yang didukung oleh kesadaran dan kewajiban untuk melaksanakan penerapan *patient safety* (Sutoto, 2017).

2) Kepatuhan

Sarafino (2010), kepatuhan atau ketaatan (*compliance* atau *adherence*) yaitu sejauh mana perilaku petugas rumah sakit melaksanakan cara penerapan *patient safety* sesuai standar internasional (Sutoto, 2017).

h. Cara mengukur pelaksanaan *patient safety*.

- 1) Apabila seorang perawat dapat melaksanakan 5 SKP merupakan kategori baik dengan nilai 100%
- 2) Apabila seorang perawat dapat melaksanakan 1 – 4 SKP merupakan kategori rendah < 99% (Sutoto, 2017)

Kategori ini diambil karna 5 SKP mewakili untuk pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital, sedangkan 1 SKP

mengenai ketepatan pasien, lokasi dan prosedur operasi ini lebih banyak dilaksanakan di ruang *operating theater*, dimana ini merupakan *one day care* termasuk rawat jalan. Hasil pelaksanaan *patient safety* dapat dinilai dengan cara observasi pelaksanaan pada perawat selama 1 - 3 hari. Dikarenakan dalam pelaksanaan *patient safety* biasanya membutuhkan waktu lebih dari 1 hari.

4. Penelitian terkait dengan *patient safety*

- a. Penelitian yang dilakukan oleh Lombogia, dkk pada tahun 2016 dengan judul “Hubungan Perilaku dengan Kemampuan Perawat dalam Melaksanakan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. DR. R. D. Kandou Manado“. Latar belakang penelitian ini yaitu keselamatan pasien merupakan sesuatu yang jauh lebih penting dari pada sekedar efisiensi pelayanan, dan perilaku dengan kemampuan perawat sangat berperan penting. Tujuan penelitian: mengetahui hubungan perilaku dengan kemampuan perawat dalam melaksanakan *patient safety*. Desain penelitian ini adalah *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di Ruang 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. Hasil: 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 $\alpha=0,05$.

Persamaan penelitian Lombogia, dkk (2016) dengan penelitian ini yaitu variabel terikat adalah pelaksanaan *patient safety* dan menggunakan instrument kuesioner untuk perilaku perawat dan lembar observasi untuk kemampuan perawat dalam pelaksanaan *patient safety*. Sedangkan perbedaan penelitian Lombogia, dkk (2016) dengan penelitian ini yaitu variabel bebas adalah pengetahuan dan sikap serta lokasi penelitian dilakukan di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru.

- b. Penelitian yang dilakukan oleh Pratama, dhewa (2017) dengan judul “Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Penerapan *Patient Safety* dengan Persepsi Penerapan *Patient Safety* oleh Perawat di RSUD dr. Soediran Mangoen Soemarmo Wonogiri Semarang”. Latar belakang penelitian ini yaitu *patient safety* adalah pencegahan kesalahan dan efek samping untuk pasien yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan tentang penerapan *patient safety* dengan persepsi penerapan *patient safety* oleh perawat di RSUD dr. Soediran Mangoen Soemarmo Wonogiri. Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif korelasi metode kuantitatif dengan pendekatan penelitian *cross sectional*. Cara pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *probability sampling* dengan *stratified random sampling* dengan sampel responden 115 orang. Data diambil dengan instrument kuesioner dan dianalisis dengan

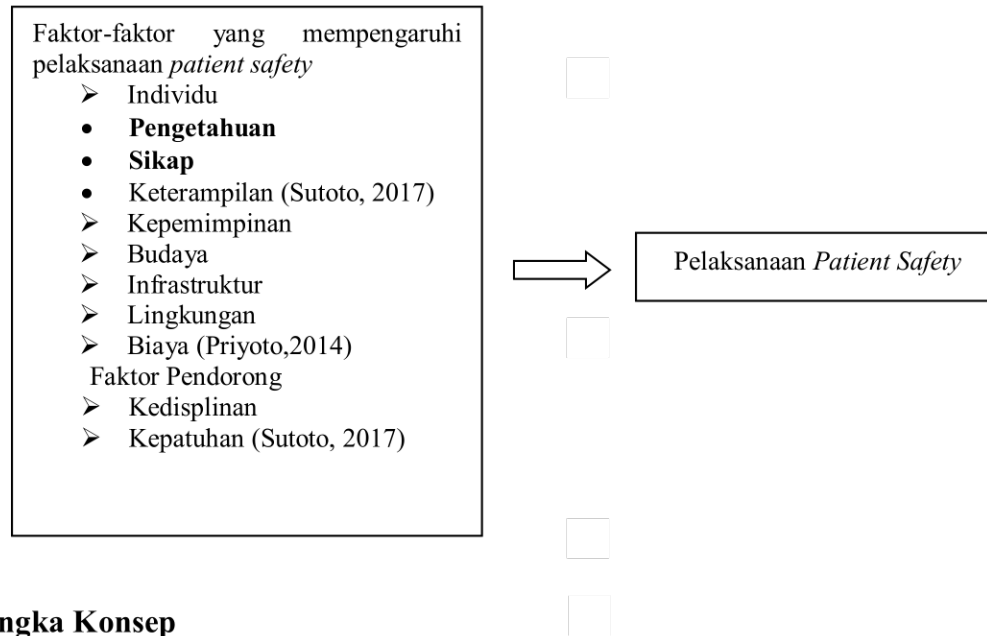
statistik deskriptif dan korelasional. Hasil penelitian menunjukkan 114 responden (99,1%) memiliki tingkat pengetahuan tentang penerapan *patient safety* baik dan 1 responden (0,9%) memiliki tingkat pengetahuan cukup. Sedangkan untuk persepsi tentang penerapan *patient safety*, 74 responden (64%) memiliki persepsi positif dan 41 responden (36%) memiliki persepsi negatif. Analisis data berdasarkan tes rank spearman didapatkan (nilai ρ) (0,180) $>$ α (0,05) yang berarti tidak ditemukan hubungan tingkat pengetahuan tentang penerapan *patient safety* dengan persepsi penerapan *patient safety* oleh perawat di RSUD dr. Soediran Mangoen Soemarmo Wonogiri Semarang.

Persamaan penelitian Pratama, dhewa (2017) dengan penelitian ini yaitu variabel bebas adalah pengetahuan dan dilakukan di ruang rawat inap serta menggunakan instrument kuesioner untuk pengetahuan perawat. Sedangkan perbedaan penelitian Pratama, dhewa (2017) dengan penelitian ini yaitu variabel bebas adalah sikap dalam pelaksanaan *patient safety* dan menggunakan teknik *total sampling* serta lokasi penelitian dilakukan di Aulia Hospital Pekanbaru.

B. Kerangka Teori

Atas dasar tinjauan kepustakaan mengenai hubungan pengetahuan dan sikap perawat tentang *patient safety* dengan pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru. Maka dirumuskan kerangka teori sebagai berikut :

Skema 2.1

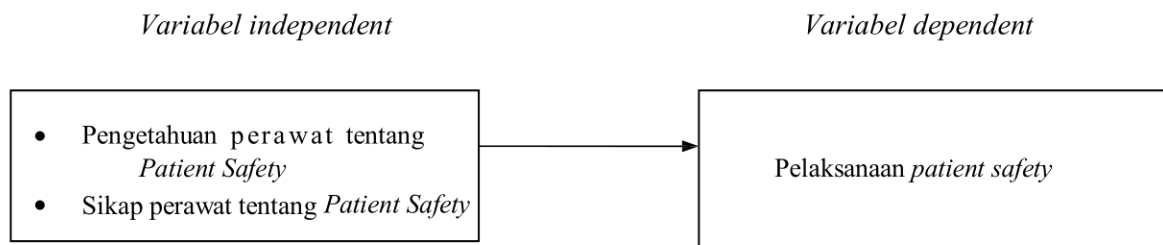


C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah (Hidayat, 2007). Penyusunan kerangka konsep akan membantu untuk membuat hipotesis, menguji hubungan tertentu, dan membantu menghubungkan hasil penemuan dengan teori yang hanya dapat diamati atau diukur melalui variabel. Kerangka konsep menyajikan konsep mengacu pada masalah-masalah yang akan diteliti atau berhubungan dengan penelitian dan dibuat dalam bentuk diagram. Variabel yang diamati terdiri dari variabel *independen* atau variabel bebas dan variabel *dependen* atau variabel terikat. Variabel bebas pada penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap, sedangkan untuk variabel terikatnya yaitu pelaksanaan *patient safety*. Hal ini dapat dilihat pada skema 2.2.

Skema 2.2

Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat tentang *patient safety* dengan pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital



D. Hipotesa

Hipotesis adalah suatu pernyataan yang masih lemah dan membutuhkan pembuktian untuk menegaskan apakah hipotesis tersebut dapat diterima atau harus ditolak, berdasarkan fakta atau data empiris yang telah dikumpulkan dalam penelitian (Hidayat, 2011). Berdasarkan uraian teoritis tersebut, maka hipotesis nol (H_0) dan hipotesis alternatif (H_a) pada penelitian ini adalah:

1. H_0 : Tidak ada hubungan antara pengetahuan perawat tentang *patient safety* dalam pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia
 H_a : Ada hubungan antara pengetahuan perawat tentang *patient safety* dalam pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital.
2. H_0 : Tidak ada hubungan antara sikap perawat tentang *patient safety* dalam pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital.
 H_a : Ada hubungan antara sikap perawat tentang *patient safety* dalam pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital.

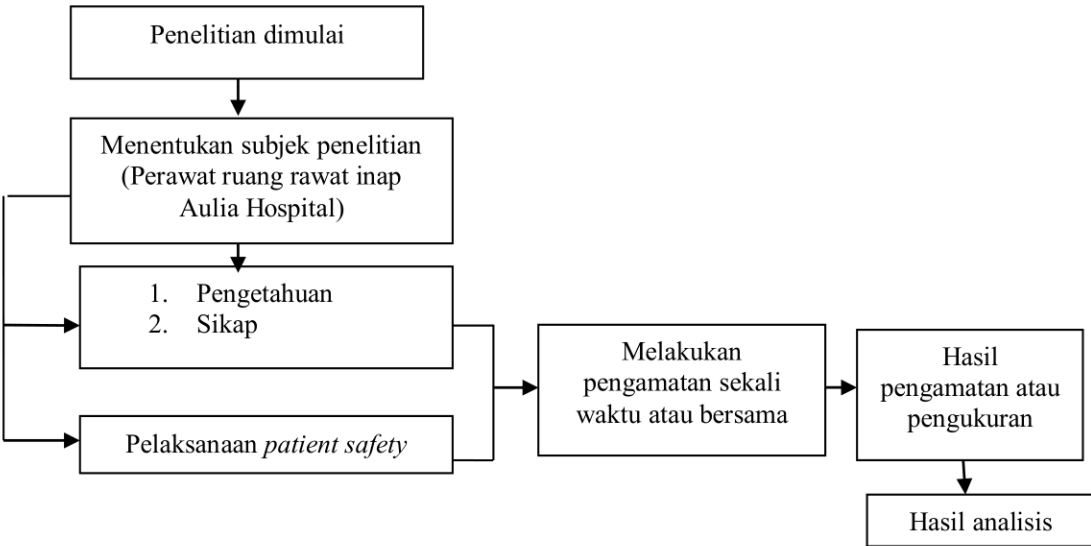


BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan bentuk desain penelitian yang umumnya digunakan dalam melakukan prosedur penelitian (Hidayat, 2011). Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif korelasi dan pendekatan *cross sectional*. Penelitian deskriptif korelasi adalah suatu penelitian yang menelaah hubungan antara 2 variabel pada suatu situasi atau sekelompok subjek (Notoatmodjo, 2005). Penelitian *cross sectional* jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran / observasi data variabel *independen* dan *dependen* hanya satu kali pada satu saat (Hidayat, 2011).

1. Rancangan Penelitian

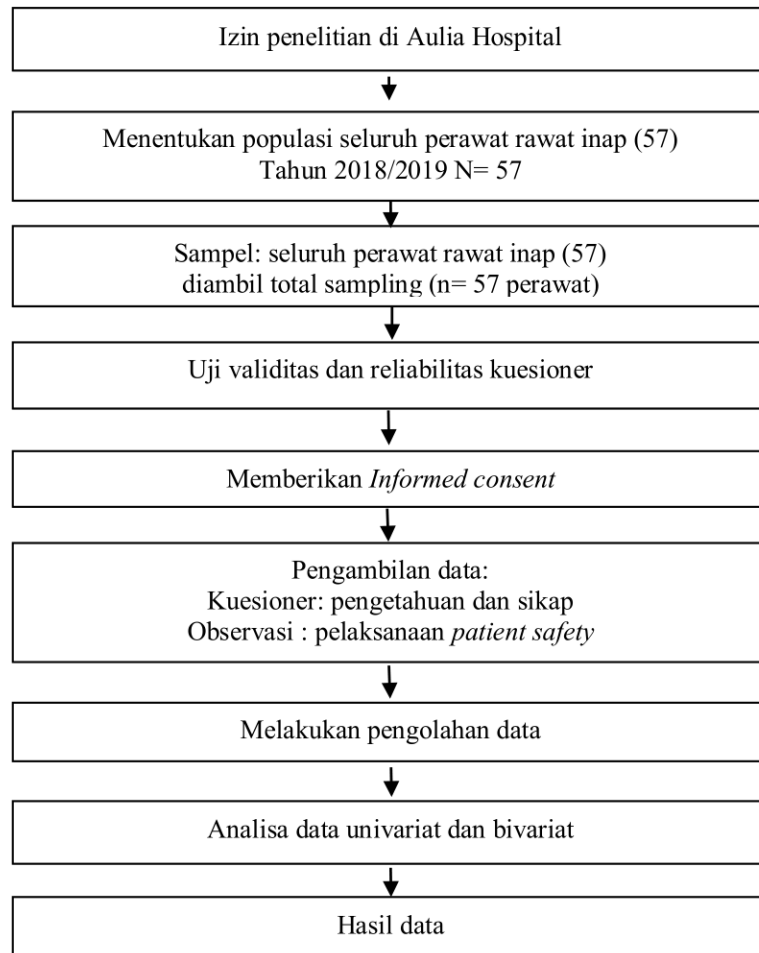


Skema 3.1 Rancangan Penelitian (Hidayat, 2011)

2. Alur Penelitian

Alur penelitian dari penelitian ini dapat dilihat pada skema dibawah ini.

Adapun alur penelitian dapat disajikan pada skema 3.2:



Skema 3.2 Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

Dalam melakukan penelitian, prosedur yang dijalani oleh peneliti adalah sebagai berikut:

- a. Setelah proposal penelitian mendapat persetujuan dari pembimbing, peneliti mengurus surat permohonan izin penelitian kepada Ketua Program Studi S1 Keperawatan Universitas Pahlawan untuk melakukan penelitian di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru.
- b. Setelah mendapatkan izin penelitian dari ketua Program studi S1 Keperawatan Universitas Pahlawan, peneliti meminta izin kepada Direktur Aulia Hospital Pekanbaru.
- c. Peneliti membicarakan kepada manager keperawatan Aulia Hospital Pekanbaru untuk menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta diminta kesediaan untuk ikut membantu dalam pelaksanaan penelitian.
- d. Responden sesuai dengan jumlah sampel yang telah direncanakan.
- e. Calon responden diberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat prosedur penelitian yang akan dilakukan.
- f. Bila calon responden setuju diberikan lembar persetujuan peneliti untuk ditanda tangani, pada saat pengisian kuesioner peneliti mendampingi dan menjelaskan cara pengisian.
- g. Selanjutnya responden diberikan penjelasan secara lisan tentang jaminan kerahasiaan jawaban.

4. Variabel Penelitian

Variabel – variabel yang diteliti pada penelitian ini adalah :

- a. Variabel Terikat (*Dependent Variabel*)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel respon, output, kriteria konsekuen. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pelaksanaan *patient safety*.

b. Variabel Bebas (*Independent Variabel*)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel stimulus, input, predictor, dan antecedent. Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependen. Sedangkan variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap perawat.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat Aulia Hospital, karena dari data dan kejadian yang ditemukan peneliti bahwa masih banyak perawat yang tidak melaksanakan tentang *patient safety* dan belum menerapkan keseluruhan dari *patient safety* dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2. Waktu Penelitian

Kegiatan penelitian dilakukankan pada bulan Maret-April 2019.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi Penelitian

Populasi merupakan seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah

seluruh perawat yang bekerja di rawat inap rumah sakit Aulia Hospital berjumlah 57 perawat. Rawat inap Aulia terdiri dari ruangan yaitu naimah ward 8 perawat, zulaika ward 12 perawat, zaidar ward 11 perawat, joebhar suite 6 perawat, NICU/PICU 8 perawat, ICU/ICCU/HCU 12 perawat.

2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Sampel dalam penelitian ini diambil dengan teknik pengambilan *Total Sampling*. Teknik penentuan sampel dengan cara mengambil seluruh anggota populasi sebagai responden atau sampel (Sugiyono, 2013).

3. Kriteria Sampel

Kriteria sampel ditentukan melalui kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi dalam pengambilan sampel adalah:

- a. Seluruh perawat di ruang rawat inap Aulia Hospital
- b. Pendidikan minimal DIII Keperawatan

Kriteria eksklusi yang ditetapkan adalah:

- a. Perawat yang tidak bisa ditemui saat penelitian karena cuti tahunan, cuti melahirkan, izin pelatihan dan *resign*.
- b. Perawat yang tidak bersedia menjadi responden.

D. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian berhubungan langsung dengan

manusia maka etika penelitian harus diperhatikan (Hidayat, 2011). Dalam penelitian ini peneliti mengajukan permohonan izin kepada Direktur Aulia Hospital untuk mendapatkan persetujuan. Adapun masalah etika penelitian menurut Hidayat (2011) adalah sebagai berikut:

1. Lembar persetujuan menjadi responden (*Informed consent*)

Informed consent diberikan sebelum melakukan penelitian. *Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain: partisipasi responden, tujuan dilakukan tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi dan lain-lain.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya

menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

E. Teknik Pengumpulan Data

Untuk keperluan analisa data, peneliti memerlukan sejumlah data pendukung yang berasal dari dalam dan luar lapangan. Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder.

1. Data primer yaitu dikumpulkan sendiri oleh peneliti dengan melakukan anamnesa berdasarkan data monitoring evaluasi, hasil wawancara kepada koordinator ruang rawat inap dan manager keperawatan serta hasil wawancara dan observasi kepada perawat tujuannya disesuaikan dengan keperluan peneliti.
2. Data sekunder diperoleh melalui pengumpulan atau pengolahan data yang bersifat studi dokumentasi penelaah terhadap dokumen pribadi, resmi kelembagaan, referensi-referensi yang memiliki relevansi dengan dengan fokus permasalahan penelitian.

F. Alat Pengumpulan Data

Peneliti menggunakan alat pengumpulan data berupa lembar kuesioner. Kuesioner merupakan alat ukur berupa angket atau kuesioner dengan beberapa pertanyaan (Hidayat, 2011). Peneliti menyusun kuesioner sendiri berdasarkan tinjauan teoritis yang ada. Lembar kuesioner diberikan oleh peneliti kepada perawat yang ada di ruang rawat inap Aulia Hospital.

Kuesioner akan mengukur pengetahuan dan sikap sedangkan observasi untuk mengukur pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap Aulia Hospital. Untuk mengukur pengetahuan perawat tentang *patient safety* diberikan sebanyak 20 pertanyaan dalam bentuk *dicotomiche question* jika responden menjawab benar diberi nilai 1 dan jika menjawab salah diberi nilai 0 sedangkan pengukuran sikap perawat tentang pelaksanaan *patient safety* dengan menggunakan Skala Likert yang terdiri dari 20 pernyataan. Menurut Machfoedz (2008), skala likert menyediakan 4 alternatif jawaban dan setiap jawaban sudah tersedia nilainya. Dalam skala likert, item ada yang bersifat *favourable* (positif) terhadap masalah yang diteliti, sebaliknya ada pula yang bersifat *unfavourable* (negatif) terhadap masalah yang diteliti. Jumlah item yang positif maupun yang negatif sebaiknya harus seimbang atau sama. Kuesioner ini terdiri dari 10 pernyataan positif dan 10 pernyataan negatif. Untuk mengukur sikap perawat peneliti menggunakan skala likert dengan 4 pilihan jawaban yang diberikan yaitu Sangat Tidak Setuju (STS), Tidak Setuju (TS), Setuju (S) dan Sangat Setuju (SS). Untuk alternatif jawaban positif, jika responden

menjawab “SS” maka akan diberi nilai 4, jika menjawab “S” maka akan diberi nilai 3, jika menjawab “TS” maka akan diberi nilai 2 dan jika menjawab “STS” setuju maka akan diberi nilai 1. Untuk alternatif jawaban negatif, jika responden menjawab “SS” maka akan diberi nilai 1, jika menjawab “S” maka akan diberi nilai 2, jika menjawab “TS” maka akan diberi nilai 3 dan jika menjawab “STS” setuju maka akan diberi nilai 4. Untuk mengukur pelaksanaan *patient safety* dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit Aulia Hospital akan dilakukan observasi kepada responden selama maksimal 3 hari dengan indikator pelaksanaan *patient safety* yang akan dicantumkan pada lembar kuesioner kepada responden. Terdiri dari 6 indikator yang sudah baku sesuai dengan pedoman dari IPSPG PERMENKES Nomor 1691 Tahun 2011, tetapi untuk penelitian ini dilakukan 5 indikator saja dalam observasi yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*), pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan resiko cedera akibat jatuh. Apabila responden / perawat ruang rawat inap dapat melaksanakan 5 indikator IPSPG maka diberi nilai 1 yaitu baik, sedangkan responden / perawat ruang rawat inap dapat melaksanakan 1 - 4 indikator IPSPG maka diberi nilai 0 yaitu kurang.

G. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

1. Uji Validitas

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui tingkat kevaliditan dari instrument yang digunakan dalam pengumpulan data yang diperoleh dengan cara mengkorelasikan setiap skor variabel jawaban dibandingkan dengan dengan total skor masing-masing variabel, kemudian hasil korelasi dibandingkan dengan nilai mutlak pada taraf signifikansi 0,05 dan 0,01(Arikunto, 2010).

Uji validitas yang peneliti gunakan adalah dengan menggunakan rumus korelasi *pearson product moment* dengan sistem komputerisasi. Sebelum disebarkan secara resmi, kuesioner yang berjumlah 45 pertanyaan terdiri dari 25 pertanyaan pengetahuan tentang *patient safety* dan sikap terdiri 20 pernyataan tentang *patient safety*, diuji coba terlebih dulu kepada 10 responden di RS Prima pekanbaru, dimana RS Prima tidak jauh berbeda dengan Aulia Hospital baru menginjak tahun ke 3 tahun 2019. Dan RS Prima juga sudah akreditasi dalam pelaksanaan *patient safety*. Kemudian dilakukan uji validitas dengan hasil untuk pertanyaan pengetahuan diperoleh nilai r hitung $>$ r tabel (0.632), maka 22 pertanyaan valid, 3 pertanyaan tidak valid karena r hitung $<$ r tabel (0.632), Sedangkan untuk pernyataan sikap diperoleh nilai r hitung $>$ r tabel (0.632), maka 20 pernyataan dinyatakan valid (hasil uji validitas terlampir).

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana

hasil pengukuran ini tetap konsisten bila dilakukan pengukuran terhadap kasus yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Arikunto 2010).

Teknik yang digunakan untuk perhitungan reliabilitas menggunakan rumus *alpha Cronbach* dengan sistem komputerisasi, untuk pertanyaan pengetahuan diperoleh nilai *alpha* $0.862 >$ konstanta (0.6), maka pernyataan reliabel dan untuk pernyataan sikap diperoleh nilai *alpha* $0.879 >$ konstanta (0.6), maka pernyataan tersebut dinyatakan reliabel (hasil uji reliabilitas terlampir).

H. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diteliti, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian, sedangkan cara pengukuran merupakan cara dimana variabel dapat diukur dan ditentukan karakteristiknya (Hidayat, 2011).

Definisi operasional dari variabel – variabel penelitian ini dapat dilihat pada

tabel 3.1 sebagai berikut :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen					
1	Pengetahuan	Segala yang diketahui dan mampu diingat oleh responden tentang pelaksanaan <i>patient safety</i>	Kuesioner	1. Tinggi jika responden mendapat nilai (≥ 75) = ≥ 15 pertanyaan 0. Rendah jika responden mendapat nilai ($< 75\%$) = < 15 pertanyaan	Ordinal
2	Sikap	Segala pandangan atau pendapat responden yang berkaitan dengan pelaksanaan <i>patient safety</i>	Kuesioner	1. Positif, jika responden dapat menjawab \geq mean = 57.40 0. Negatif, jika responden tidak bisa menjawab $<$ mean = 57.40	Ordinal
Dependen					
3	Pelaksanaan <i>patient safety</i>	Upaya dalam menerapkan program <i>patient safety</i> dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien.	Observasi	1. Baik, jika responden melaksanakan <i>patient safety</i> (mampu melakukan 5 SKP dari IPSPG) 0. Kurang, jika responden melaksanakan <i>patient safety</i> (hanya mampu melakukan 1- 4 SKP dari IPSPG)	Ordinal

I. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Sebelum data dianalisa, terlebih dahulu dilakukan pengolahan data dengan cara sebagai berikut:

a. *Editing*

Setelah kuesioner selesai diisi kemudian dikumpul langsung oleh peneliti dan selanjutnya diperiksa kelengkapan data, apakah data dapat dibaca atau tidak. Kuesioner yang belum lengkap diisi oleh responden, peneliti langsung meminta responden melengkapinya saat itu juga.

b. *Coding*

Untuk mempermudah dalam pengumpulan data, peneliti memberikan kode berupa angka pada semua variabel yaitu mulai dari karakteristik reponden yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan jabatan perawat, jawaban dari kuesioner pengetahuan dan sikap serta observasi dari pelaksanaan *patient safety* yang dapat dilihat dari 5 sasaran *patient safety*.

c. *Entry*

Peneliti memasukkan seluruh data yang telah dikumpulkan yang diperlukan dalam penelitian ini dan mengolah data tersebut serta menganalisanya dengan menggunakan program komputer.

d. *Cleaning*

Data yang sudah ada dicek lagi kelengkapannya, sehingga data siap untuk dianalisa.

e. *Processing*

Data diproses dengan mengelompokkan ke dalam variabel yang sesuai.

f. *Analyzing*

Dalam penelitian ini digunakan analisa univariat dan analisa bivariat menggunakan program komputer (Hidayat, 2011)

2. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Tujuan dari analisa univariat ini adalah untuk menjelaskan/mendeskriftikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2008). Analisa ini digunakan untuk melihat gambaran masing-masing variabel, dengan menggunakan distribusi frekuensi dalam bentuk persentase dan narasi yang diantaranya adalah karakteristik perawat (data umum) yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, jabatan, dan kemampuan dalam pelaksanaan *patient safety* serta memperoleh gambaran dari variabel yang diteliti yaitu variabel pengetahuan (tinggi dan rendah), variabel sikap (positif dan negatif), dan variabel pelaksanaan *patient safety* (baik dan kurang) pada perawat di ruang rawat inap Aulia Hospital.

Menurut Machfoedz (2008), teknik analisa data dapat diperhitungkan dengan rumus :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P : Nilai persentase responden

F : Jumlah jawaban yang benar

N : Jumlah soal

- 1) Tinggi ($\geq 75\%$) jika menjawab pertanyaan dengan benar dari 20 pertanyaan.
- 2) Rendah ($< 75\%$), jika menjawab pertanyaan dengan benar dari 20 pertanyaan.

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yaitu variabel *independen* (pengetahuan dan sikap tentang *patient safety*) dengan variabel *dependen* (pelaksanaan *patient safety*). Untuk mengetahui hubungan antara variabel digunakan uji statistik *Chi-square* (X^2) dengan tingkat kemaknaan ($\alpha = 0,05$).

Rumus *chi-square* yaitu :

$$X^2 = \frac{\sum(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

Keterangan :

0 : Nilai Observasi

fe : Nilai Harapan

Uji *Chi-square* digunakan untuk menguji perbedaan proporsi/persentase antara beberapa kelompok data dan untuk mengetahui hubungan antara variabel kategorik dengan variabel katagorik (Hidayat, 2011). Apabila $p\text{-value} \leq \alpha = 0.05$ maka dapat dikatakan ada hubungan yang bermakna antara dua variabel, sehingga H_0 ditolak, sedangkan apabila $p\text{-value} > \alpha = 0.05$ artinya tidak ada hubungan yang bermakna, maka H_0 gagal ditolak.

Untuk mengetahui besar resiko (*Odds Ratio*) terhadap pelaksanaan *patient safety* dengan menggunakan tabel 2x2. Nilai besarnya *Odds Ratio* ditentukan dengan rumus $OR = ad/bc$, dimana :

1. Bila $OR > 1$ menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor resiko (kausatif).
2. Bila $OR = 1$ menunjukkan bahwa faktor yang diteliti bukan merupakan faktor resiko.
3. Bila $OR < 1$ menunjukkan bahwa faktor yang diteliti bukan merupakan faktor protektif (Walker, R.A, 2011).