

**PENERAPAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN TERHADAP  
KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
(RSUD) DAYA KOTA MAKASSAR**

**APPLICATION OF STANDARDS OF NURSING CARE TO PATIENT  
SAFETY IN REGIONAL GENERAL HOSPITAL (HOSPITAL) DAYA CITY  
MAKASSAR**

**Disusun dan diajukan oleh**

**SRI RAHAYU SUPARMAN  
K012201013**



**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2022**

**PENERAPAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN TERHADAP  
KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
(RSUD) DAYA KOTA MAKASSAR**

**Tesis  
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister**

**Program Studi  
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh:  
SRI RAHAYU SUPARMAN**

**Kepada**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2022**

LEMBAR PENGESAHAN

**PENERAPAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN TERHADAP  
KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
(RSUD) DAYA KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

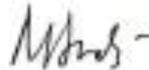
**SRI RAHAYU SUPARMAN  
K012201013**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 11 Agustus 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH  
NIP. 195311101986011001



Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes  
NIP. 196407081991031002

Dekan Fakultas  
Kesehatan Masyarakat



Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc, PH, Ph.D  
NIP. 19720529 200112 1 001

Ketua Program Studi S2  
Ilmu Kesehatan Masyarakat



Prof. Dr. Masni, Apt, MSPH  
NIP. 19590605 198601 2 001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sri Rahayu Suparman  
NIM : K012201013  
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

### PENERAPAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN TERHADAP KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) DAYA KOTA MAKASSAR

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 5 Juli 2022.

Yang menyatakan

A 1000 Rupiah METPRAI TEMPEL stamp with a signature over it. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text 'REPUBLIK INDONESIA', '1000', 'METPRAI TEMPEL', and the serial number '39E80AJX983359065'.

Sri Rahayu Suparman

## ABSTRAK

**SRI RAHAYU SUPARMAN.** *Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Terhadap Keselamatan Pasien Di RSUD Daya Kota Makassar.* (Dibimbing oleh Indar dan Alwy Arifin).

Keselamatan pasien merupakan sistem yang dibentuk rumah sakit untuk mencegah dan mengurangi kesalahan dalam perawatan terhadap pasien akibat dari kelalaian atau kesalahan asuhan yang diberikan. RSUD Daya merupakan rumah sakit yang angka insiden keselamatan pasien cukup tinggi dimana pada tahun 2018 sebanyak 13 kasus, meningkat menjadi 35 kasus pada tahun 2019 dan menurun menjadi 8 kasus pada tahun 2020. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis standar asuhan keperawatan terhadap penerapan keselamatan pasien di rumah sakit umum daerah (RSUD) Daya Kota Makassar.

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 73 perawat dan 167 pasien dengan teknik *accidental sampling*. Analisis yang digunakan adalah analisis univariat, bivariat dan multivariat dengan uji *Chi-square* dan regresi logistic.

Hasil penelitian menunjukkan faktor yang berhubungan terhadap penerapan keselamatan pasien adalah pengkajian ( $p = 0,047$ ), diagnosa ( $p = 0,29$ ), perencanaan ( $p = 0,009$ ) dan pelaksanaan ( $p = 0,037$ ). Hasil analisis multivariat menunjukkan faktor yang paling dominan adalah perencanaan keperawatan ( $\exp \beta=4.171$ ). Kesimpulan dari beberapa variable yang paling berhubungan dengan keselamatan pasien yaitu variable perencanaan keperawatan yang merupakan factor paling penting dalam menerapkan keselamatan pasien. Diharapkan pihak RSUD Daya Kota Makassar agar meningkatkan motivasi perawat melakukan asuhan keperawatan dengan baik untuk meningkatkan keselamatan pasien.

**Kata Kunci:** Keselamatan Pasien, Asuhan Keperawatan, Pengkajian Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Pelaksanaan Keperawatan



## ABSTRACT

**SRI RAHAYU SUPARMAN.** *The application of nursing care standards in patient safety at the Daya Hospital, Makassar City.* (Supervised by **Indar** and **Alwy Arifin**).

Patient safety is a system established by hospitals to prevent and reduce errors in patient care resulting from negligence or mistakes in the care provided. Daya Hospital has a high enough patient safety incident rate; in 2018, there were 13 cases, increased to 35 cases in 2019, and decreased to 8 cases in 2020. This research aims to analyze nursing care standards on the application of patient safety at the Daya local public hospital (RSUD) in Makassar City.

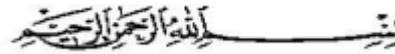
The type of research used is descriptive-analytic with the cross-sectional approach. The number of samples in this study was 73 nurses and 167 patients with *accidental sampling*. The analysis used is univariate, bivariate, and multivariate with Chi-square test and logistic regression.

The results showed that the factors related to the application of patient safety were assessment ( $p = 0.047$ ), diagnosis ( $p = 0.29$ ), planning ( $p = 0.009$ ) and implementation ( $p = 0.037$ ). The results of multivariate analysis showed that the most dominant factor was nursing planning ( $\exp = 4.171$ ). The conclusion of several variables most related to patient safety is the nursing planning variable which is the most important factor in implementing patient safety. It is hoped that the Daya Hospital of Makassar City will increase the motivation of nurses to carry out nursing care properly to improve patient safety.

**Keywords:** Patient Safety, Nursing Care, Nursing Assessment, Nursing Planning, Nursing Implementation



## PRAKATA



*Alhamdulillah rabbil aalamiin*, “segala puji bagi Allah, Tuhan semesta alam”. Puji dan syukur kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta’ala atas segala rahmat dan karunia-Nya, nikmat iman, kesehatan dan kekuatan yang tiada henti diberikan kepada hamba-Nya sehingga dapat menyelesaikan penulisan tesis ini. Salam dan salawat kepada junjungan kita, Rasulullah Muhammad Shallallahu Alaihi Wa Sallam, Hamba Allah yang paling sempurna dan semoga kita senantiasa mengikuti jalan beliau. Perkenankan pula penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan sebesar-besarnya kepada Prof. Dr. H. Indar, SH., MPH selaku Pembimbing Utama dan Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes selaku Pembimbing Pendamping, yang tidak pernah lelah ditengah kesibukannya dengan penuh kesabaran memberikan arahan, perhatian, motivasi, masukan dan dukungan moril yang sangat bermanfaat bagi penyempurnaan penyusunan dan penulisan tesis ini.

Rasa hormat dan terima kasih penulis sampaikan pula kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Rektor Universitas Hasanuddin, Bapak Dr. Aminuddin Syam, S.K.M.,Mkes.,M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Ibu Prof. Dr. Masni, Apt.,MSPH selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, beserta

seluruh tim pengajar pada Konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan yang telah memberikan ilmu dan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan.

2. Prof. Dr. H. Amran Razak, SE, M.Sc, Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS, dan Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM., M.kes, yang telah banyak memberikan masukan serta arahan dalam penyempurnaan penyusunan dan penulisan tesis ini.
3. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar dan segala petugas yang ikut berpartisipasi dan telah banyak membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.
4. Bapak/ibu/saudara(i) yang bertindak sebagai peer support maupun responden yang telah meluangkan waktunya untuk membantu dan mengikuti penelitian ini serta dukungan, motivasi dan doanya.
5. Teman-teman seperahu seperjuangan yang senantiasa memberikan semangat, motivasi, kerjasama, kebersamaan, keceriaan, dan kenangan indah selama pendidikan dan dalam penyusunan tesis ini.

Teristimewa tesis ini ananda persembahkan kepada kedua orang tuaku yang terkasih dan tersayang Ayahanda Suparman dan Ibunda Nurhaedah atas segala doa, dukungan, dan semangat yang tak ternilai. Penulis sadar bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan tesis ini. Akhirnya semoga Allah Subhanahu Wa Ta'ala

senantiasa melimpahkan rahmatNya kepada kita semua dan apa yang disajikan dalam tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua, Aamiin.

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	14
C. Tujuan Penelitian.....	14
D. Manfaat Penelitian.....	15
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>17</b>
A. Asuhan Keperawatan.....	17
B. Keselamatan Pasien.....	26
C. Insiden Keselamatan Pasien.....	41
D. Kerangka Teori Penelitian.....	45
E. Kerangka Konsep.....	46
F. Hipotesis Penelitian.....	47
G. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	48
H. Tabel Sintesa.....	55
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	<b>61</b>
A. Perancangan Penelitian.....	61
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	61
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	61
D. Variabel Penelitian.....	64
E. Prosedur Penelitian.....	65
F. Instrumen Pengumpulan Data.....	66

G. Etika Penelitian .....	66
H. Pengolahan Data .....	67
I. Analisis Data .....	67
J. Penyajian Data.....	69
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>70</b>
A. Gambaran Umum RSUD Daya Kota M.....	70
B. Penelitian Hasil.....	71
C. Pembahasan Hasil.....	89
D. Keterbatasan Penelitian.....	152
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>154</b>
A. Kesimpulan.....	154
B. Saran .....	156
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>158</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Tabel sintesa .....	55
Tabel 2. Distribusi Karakteristik Responden .....	73
Tabel 3. Distribusi Frekuensi Pengkajian Keperawatan .....	74
Tabel 4. Distribusi Frekuensi Diagnosa Keperawatan .....	74
Tabel 5. Distribusi Frekuensi Perencanaan Keperawatan .....	75
Tabel 6. Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Keperawatan .....	76
Tabel 7. Distribusi Frekuensi Evaluasi Keperawatan .....	76
Tabel 8. Distribusi Frekuensi Penerapan Keselamatan Pasien .....	77
Tabel 9. Korelasi antara Pengkajian Keperawatan dengan Penerapan Keselamatan pasien .....	78
Tabel 10. Korelasi antara Diagnosa Keperawatan dengan Penerapan Keselamatan pasien .....	79
Tabel 11. Korelasi antara Perencanaan Keperawatan dengan Penerapan Keselamatan pasien .....	80
Tabel 12. Korelasi antara Pelaksanaan Keperawatan dengan Penerapan Keselamatan pasien .....	81
Tabel 13. Korelasi antara Evaluasi Keperawatan dengan Penerapan Keselamatan pasien .....	82
Tabel 14. Multivariat Regresi Logistik .....	83
Tabel 15. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden .....	84
Tabel 16. Distribusi Frekuensi Ketetapan Identifikasi Pasien .....	85
Tabel 17. Distribusi Frekuensi Komunikasi .....	86

Tabel 28. Distribusi Frekuensi Peningkatan Keamanan Obat .....	87
Tabel 19. Distribusi Frekuensi Kepastian Tepat operasi, Tepat Prosedur, Tepat Lokasi .....	88
Tabel 20. Distribusi Frekuensi Risiko Infeksi .....	88
Tabel 21. Distribusi Frekuensi Risiko Pasien Jatuh .....	89

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian .....	65
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian .....	66
Gambar 3. Alur Skema Penelitian .....	83

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian .....	166
Lampiran 2. Output SPSS Hasil Analisis Data Penelitian .....	176
Lampiran 3. Surat Pengambilan Data Awal Dari Kampus Ke RSUD Daya Kota Makassar .....	187
Lampiran 4. Surat Pengambilan Data Awal Di RSUD Daya Kota Makassar .....	188
Lampiran 5. Surat Izin Penelitian Dari Kampus Ke Dinas Penanaman Modal .....	189
Lampiran 6. Surat Izin Penelitian Dari Dinas Penanaman Modal Ke Walikota Makassar.....	190
Lampiran 7. Surat Izin Penelitian Dari Walikota Makassar Ke RSUD Daya Kota Makassar .....	191
Lampiran 8. Surat Izin Penelitian Dari RSUD Daya Kota Makassar .....	192
Lampiran 9. Dokumentasi .....	193
Lampiran 10. Riwayat Hidup .....	195

## DAFTAR SINGKATAN

AE	: <i>Efek Samping</i>
AFRO	: <i>African Regions</i>
AHRQ	: <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
EMRO	: <i>Eastern Mediterranean</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IKP	: <i>Insiden Keselamatan Pasien</i>
IPTEK	: <i>Ilmu Pengrtahuan dan Teknologi</i>
JCI	: <i>Joint Comission International</i>
KARS	: <i>Komisi Akreditasi Rumah Sakit</i>
KNC	: <i>Kejadian Nyaris Cedera</i>
KPC	: <i>Kondisi Potensial Cedera</i>
KPPRS	: <i>Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit</i>
KTC	: <i>Kejadian Tidak Cedera</i>
KTD	: <i>Kejadian Tidak Diharapkan</i>
NORUM	: <i>Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip</i>
PERSI	: <i>Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia</i>
RCA	: <i>Root Cause Analysis</i>
RS	: <i>Rumah Sakit</i>
RSUD	: <i>Rumah Sakit Umum Daerah</i>
SBAR	: <i>Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>
SDM	: <i>Sumber Daya Manusia</i>
SK	: <i>Surat Keputusan</i>
SOP	: <i>Standart Operational Procedur</i>
SPM	: <i>Standar Pelayanan Minimal</i>
SPSS	: <i>Statistical Package For Social Science</i>
SS	: <i>Sangat Setuju</i>
STS	: <i>Sangat Tidak Setuju</i>
TAPS	: <i>Threats to Australian Patient Safety</i>

TKPRS : *Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit*  
TS : *Tidak Setuju*  
USA : *United State of America*  
UU : *Undang-Undang*  
WHO : *World Health Organisation*

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Rumah sakit merupakan salah satu institusi pelayanan kesehatan yang memiliki berbagai macam bentuk layanan yang ditawarkan, beberapa diantaranya yaitu rawat inap, rawat jalan, dan unit gawat darurat. Rumah sakit bertugas untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjut menjadikan rumah sakit sebagai tempat yang lebih kompleks dibandingkan dengan institusi pelayanan kesehatan lainnya. Rumah sakit merupakan tempat yang padat karya, padat pakar, padat modal, padat teknologi, dan tempat yang memiliki risiko tinggi (Larasati, 2021).

Undang-Undang Negara Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 43 menjelaskan bahwa rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Standar keselamatan pasien sebagaimana yang dimaksud dilaksanakan melalui pelaporan, insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah. Pelaporan insiden keselamatan pasien dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dalam membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan

dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden (Permenkes RI No 1691, 2011).

Setiap manajemen rumah sakit diwajibkan untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit khususnya keselamatan pasien rawat inap yang baik. Hal ini didukung oleh adanya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1691/MENKES/PER/VII/2011 tentang keselamatan pasien di rumah sakit yang membahas mengenai sasaran keselamatan pasien (Kemenkes RI, 2011; Sinaga *et al*, 2019).

Salah satu standar keselamatan pasien yang telah ditetapkan oleh JCI (*Joint Commission International*) adalah sasaran pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit atau disebut dengan *National Patient Safety Goals for Hospital* meliputi identifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi efektif, menggunakan obat secara aman, kepastian tepat lokasi, prosedur dan tepat pasien, menurunkan risiko infeksi, dan mengidentifikasi risiko jatuh pasien (Chalik *et al*, 2019).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien menjelaskan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan keselamatan pasien, melalui pelayanan yang menerapkan standar keselamatan pasien, sasaran keselamatan pasien, dan langkah menuju keselamatan pasien. Selain itu, disebutkan juga bahwa dalam meningkatkan upaya keselamatan pasien, pemerintah memberikan jaminan perlindungan

hukum terhadap semua komponen yang terlibat dalam keselamatan pasien, baik pasien itu sendiri dan sumber daya manusia di rumah sakit (kemenkes 2017).

Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan di rumah sakit yaitu : keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit, keselamatan lingkungan (*green productivity*) dan keselamatan bisnis rumah sakit. Ke lima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakit (Ningsih, 2020).

Keselamatan pasien adalah suatu prosedur atau proses dalam suatu rumah sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman, dimana dipengaruhi oleh pengetahuan dan penerapan dari perawat pelaksana yang mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien (Azizah, 2020). Keselamatan pasien berperan penting dalam asuhan keperawatan yang berkualitas. Hal ini menjadi penting karena keselamatan pasien adalah suatu langkah untuk memperbaiki mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan. Inti dari keselamatan pasien yaitu penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan serta mengatasi cedera-cedera dari

proses pelayanan kesehatan. Prosedur keselamatan pasien ini sangat menjamin peningkatan mutu dari rumah sakit. Karena suatu rumah sakit dapat dikatakan baik jika pelayanan untuk keselamatan pasien juga sudah baik (Galleryzki *et al*, 2021).

Keselamatan pasien merupakan sistem yang dibentuk rumah sakit untuk mencegah dan mengurangi kesalahan dalam perawatan terhadap pasien akibat dari kelalaian atau kesalahan asuhan yang diberikan (Hutafea *et al*, 2021). Keselamatan pasien rumah sakit merupakan sistem yang dibuat untuk mencegah terjadinya KTD yang disebabkan ada tidaknya tindakan oleh medis atau nonmedis (Hutauruk, 2021).

Kesalahan dan efek samping (AE) dalam perawatan kesehatan telah menjadi target keprihatinan di seluruh dunia, upaya untuk menghentikan kerusakan yang disebabkan oleh bantuan yang tidak aman tetap tidak mencukupi, dan tingkat iatrogenik tetap mengkhawatirkan. Data literatur menunjukkan bahwa 10% pasien yang dirawat di rumah sakit menderita AE yang dapat dicegah, dan di negara-negara seperti Argentina, Kolombia, Kosta Rika, Meksiko dan Peru, prevalensi AE diperkirakan 10,5% dari total 11.379 pasien rawat inap (Da Costa *et al*, 2017).

Keselamatan pasien di rumah sakit menjadi isu penting karena banyaknya kasus medical error yang terjadi di berbagai negara. Penelitian Pham *et al* (2016) dilakukan di 11 rumah sakit dari 5 negara

terdapat 52 insiden keselamatan pasien yaitu Hongkong 31%, Australia 25%, India 23%, Amerika 12% dan Kanada 10%.<sup>3</sup> Sementara di Brazil, kejadian adverse event di rumah sakit diperkirakan 7,6% (Da Costa *et al*, 2017).

Laporan Keselamatan Pasien 2030, diterbitkan oleh *National Institute for Health Research Imperial Patient Safety Translational Research Center* bagian dari Institut Nasional untuk Penelitian Kesehatan menyatakan bahwa kegagalan untuk menjamin keselamatan pasien merupakan masalah utama dalam pemberian pelayanan kesehatan. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan bahwa 134 juta efek samping terjadi setiap tahun karena penyediaan perawatan kesehatan yang tidak aman di rumah sakit di negara-negara rendah (Unver, 2020). Cedera yang menyebabkan kematian di United States of America berada di angka 44.000-98.000, yang secara tidak langsung lebih banyak dibandingkan kematian akibat kecelakaan lalu lintas, kanker payudara dan HIV AIDS (Galleryzki *et al*, 2021).

Tahun 2006 juga dilakukan studi oleh the World Health Organisation (WHO), Eastern Mediterranean and African Regions (EMRO and AFRO), dan WHO Patient safety di 8 negara berkembang. Hasilnya insiden keselamatan pasien terjadi pada 2,5%-18,4% dari 15.548 rekam medis di 26 rumah sakit, 83% diantaranya dapat dicegah, 30% berhubungan dengan kematian pasien dan 34% berkaitan dengan

kesalahan terapeutik pada situasi klinik yang relatif tidak kompleks (Who, 2007).

*International Alliance of Patient's Organizations* (2018) mengatakan bahwa setiap tahunnya diperkirakan terdapat 42,7 juta kejadian buruk yang terjadi pada pasien, data tersebut menunjukkan bahwa cedera pada pasien merupakan penyebab utama dari morbiditas dan mortalitas di dunia. *National Patient Safety Agency* (2017) melaporkan bahwa dalam rentang waktu April hingga Juni 2017 angka kejadian keselamatan pasien yang dilaporkan dari Negara Inggris adalah sebanyak 496.683 kejadian. Jumlah tersebut mengalami kenaikan sebesar 0,6% dibandingkan dengan rentang waktu April hingga Juni 2016 yaitu sebesar 493.930 (Larasati, 2021).

Data di Indonesia tentang KTD apalagi Kejadian Nyaris Cedera (*Near Miss*) masih langka, namun dilain pihak terjadi peningkatan tuduhan “mal praktek”, yang belum tentu sesuai dengan pembuktian akhir. Insidensi pelanggaran patient safety 28.3% dilakukan oleh perawat (Kartika, 2019).

Laporan tentang insiden keselamatan pasien di Indonesia oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPPRS), menyebutkan bahwa insiden keselamatan pasien pada tahun 2015 sebanyak 289 insiden dan meningkat secara drastis pada tahun 2018 menjadi 1.489 insiden. Berdasarkan jenis insiden tahun 2018, Kejadian Nyaris Cedera (KNC) 33%, Kejadian Tidak Cedera (KTC) 37% dan Kejadian Tidak

Diharapkan (KTD) 30%. Pada tahun 2019 yang dilaporkan didapatkan kejadian nyaris cedera (KNC) sebanyak 38%, kejadian tidak cedera (KTC) sebanyak 31%, kejadian tidak diinginkan (KTD) sebanyak 31%. Berdasarkan akibat insiden tahun 2019, kasus kematian 171 kasus, cedera berat 80 kasus, cedera sedang 372 kasus, cedera ringan 1.183 kasus dan tidak ada cedera 5.659 kasus (Arjaty, 2020). Data-data di atas menunjukkan bahwa banyaknya masalah keselamatan pasien yang seharusnya dapat dicegah dengan penerapan standar *International Patient Safety Goal* dalam akreditasi JCI (Isclawati, 2020).

Berdasarkan hasil telaah literatur, di Indonesia diperoleh data bahwa perawat melakukan implementasi keselamatan dengan baik sebanyak 44,26%. Dapat disimpulkan masih lebih dari 50% perawat belum melakukan implementasi keselamatan pasien dengan baik. Sedangkan, rata-rata skor implementasi enam sasaran keselamatan pasien dari 4 rumah sakit Indonesia adalah 64,81%. Hal tersebut masih jauh dibawah target KARS yaitu pencapaian 100%. Jika perawat tidak melaksanakan implementasi keselamatan pasien dengan baik, dikhawatirkan dapat memicu insiden keselamatan pasien di rumah sakit (Galleryzki *et al*, 2021).

Salah satu rumah sakit yang angka kejadian insiden keselamatan pasiennya cukup tinggi di Kota Makassar adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar merupakan rumah sakit pemerintah yang

menjadi salah satu rumah sakit pusat rujukan pintu gerbang utara Makassar sesuai dengan Keputusan Gubernur Propinsi Sulawesi Selatan berdasarkan SK Gubernur Nomor 13 tahun 2008. Dengan terbitnya Sertifikat Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Tipe B Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: HK.03.05/I/1043/12, tanggal 20 Juni 2012, RSUD Kota Makassar resmi menjadi Rumah Sakit Type B.

Dengan menjadi rumah sakit rujukan, RSUD Daya Kota Makassar dituntut untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan paripurna yang berkualitas tanpa mengesampingkan aspek keselamatan pasien. Tetapi angka kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Daya Kota Makassar masih tinggi. Hasil wawancara yang dilakukan tanggal 7 Juli 2021 dengan kepala bidang manajemen mutu pelayanan di RSUD Daya, menyatakan bahwa berdasarkan data pelaporan kasus insiden tiga tahun terakhir yaitu pada tahun 2018 sebanyak 13 kasus, yaitu KTC sebanyak 6 kasus, KNC sebanyak 4 kasus, dan KTD sebanyak 3 kasus. Pada tahun 2019 sebanyak 35 kasus yaitu, KTC sebanyak 22 kasus, KNC sebanyak 11 kasus, KTD sebanyak 1 kasus, dan KPC sebanyak 1 kasus. Pada tahun 2020 sebanyak 8 kasus yaitu KTC sebanyak 3 kasus, KNC sebanyak 4 kasus dan KTD sebanyak 1 kasus.

Data insiden keselamatan pasien masih tinggi karena setiap tahunnya terdapat pelaporan kasus insiden keselamatan pasien yang

tidak sesuai dengan standar SPM rumah sakit No 129 Tahun 2008 yang seharusnya tidak boleh terjadi. Hal ini mengindikasikan bahwa pihak Rumah Sakit perlu melakukan tindakan demi mengurangi bahkan jika perlu meniadakan insiden keselamatan pasien. Menurut peneliti kondisi ini perlu mendapatkan perhatian dan pengkajian secara obyektif, karena data IKP sangat bermanfaat untuk melakukan evaluasi dan perbaikan sistem pelayanan yang berbasis keselamatan pasien.

Menjamin keselamatan pasien merupakan salah satu elemen dasar asuhan keperawatan. Laporan Keselamatan Pasien 2030 menyatakan bahwa inisiatif utama untuk meningkatkan keselamatan pasien dalam 15 tahun ke depan termasuk meningkatkan prevalensi perawatan pasien yang lebih aman di kalangan profesional kesehatan dan meningkatkan kesadaran mereka tentang masalah ini (Unver, 2020). Meningkatnya kesadaran akan insiden kesalahan medis dan dampaknya terhadap hasil pasien telah mendorong pencapaian strategi untuk memberikan perawatan yang lebih aman (Tlili *et al*, 2021).

Dalam hal melaksanakan keselamatan dan kesehatan pasien di rumah sakit, banyak sekali hal-hal yang menjadi pertimbangan yang akan menjadi faktor pengaruh pelaksanaan kebijakan keselamatan dan kesehatan pasien (Sari, 2019). Menurut Chalik *et al* (2019), perilaku perawat dalam melaksanakan keselamatan pasien dipengaruhi oleh berbagai macam faktor yang berkontribusi terhadap insiden keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang

dilakukan Romayani (2019), yang menyatakan bahwa ada berbagai faktor yang dapat mempengaruhi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan. Kesalahan praktek keperawatan dapat terjadi dalam tahap pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan perencanaan keperawatan, evaluasi atau penilaian proses keperawatan.

Tahap pengkajian keperawatan merupakan suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Pengkajian keperawatan secara umum terdiri atas anamnesis dan pemeriksaan fisik. Keahlian dalam melakukan observasi, komunikasi, wawancara dan pemeriksaan fisik sangat penting untuk mewujudkan fase pengkajian keperawatan yang akurat (Nasution, 2020).

Dari penelusuran hasil wawancara yang dilakukan pada tanggal 19 Agustus 2021 dengan bidang keperawatan di RSUD Daya, didapatkan jenis kejadian kecelakaan kerja yang terjadi yaitu pada saat pergantian *shift*. Dimana jenis kecelakaan kerja yang terjadi yaitu kesalahan yang mengakibatkan pasien tertimpa dan terjatuh. Berdasarkan observasi dilakukan peneliti pada 3 pasien dengan nilai resiko jatuh tinggi tidak diberi tanda fall risk dan 5 pasien pagar pengaman tempat tidur tidak dipasang. Dimana terjadi juga kesalahan dalam pengidentifikasian pasien yang dilakukan oleh perawat baik berupa kesalahan pemberian obat, disebabkan oleh petugas kesehatan

salah mengenali identitas pasien dan juga disebabkan adanya faktor komunikasi yang kurang baik antar petugas kesehatan pada saat pergantian *shift* tersebut.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Larasati (2020) yang menyatakan bahwa komunikasi efektif merupakan salah satu cara untuk mengurangi risiko terjadinya kesalahan dalam proses interaksi antar tenaga kesehatan. Dengan meningkatkan komunikasi efektif diharapkan dapat terjadi kesepahaman antara pemberi perintah dan penerima perintah sehingga terhindar dari kesalahan persepsi antar kedua belah pihak, karena insiden keselamatan pasien dapat terjadi akibat adanya kesalahan dalam proses komunikasi.

Pengumpulan data yang tidak akurat akan dapat menyebabkan identifikasi kebutuhan perawatan pasien yang tidak tepat dan akibatnya diagnosa keperawatan yang dibuat menjadi tidak akurat, dan tidak lengkap. Pengaruh dari pengkajian keperawatan yang tidak lengkap oleh perawat dapat berakibat pada tidak munculnya rencana asuhan keperawatan dan asuhan keperawatan yang tidak berkualitas (Nasution, 2020).

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Perawat

sebagai asuhan keperawatan harus dapat menelaah dan mengidentifikasi serta memberikan intervensi yang akurat untuk mengubah status kesehatan pasien yang lebih optimal. Apabila diagnosa keperawatan dilakukan secara tidak benar dan tidak sesuai fakta pasien, maka pasien dapat menuntut karena mengalami kerugian. Sehingga peran perawatlah yang harus menegakkan diagnosa keperawatan secara faktual dan tidak berdampak pada keselamatan pasien yang semakin memburuk namun menunjukkan suatu perkembangan yang signifikan (Sinulingga, 2019).

Perencanaan keperawatan atau biasa disebut intervensi keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan yaitu tahap ketiga. Setelah mengetahui diagnosa keperawatan yang tepat untuk pasien, selanjutnya perawat menentukan dan mempersiapkan perencanaan keperawatan untuk diimplementasikan ketika memberi asuhan keperawatan. Perencanaan keperawatan yang dipersiapkan oleh perawat tentunya harus berhubungan dengan kondisi pasien berdasarkan pengkajian dan diagnosa keperawatan (Simanulang, 2019).

Implementasi merupakan tindakan langsung dan implementasi dari rencana serta meliputi pengumpulan data. Dalam melakukan implementasi Keperawatan atau tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah dibuat. Implementasi keselamatan pasien merupakan tindakan yang dilakukan untuk mengurangi

kemungkinan terjadinya efek samping dari perawatan kesehatan yang diberikan. Peran perawat dalam meningkatkan keselamatan pasien juga telah menjadi standar kelima dalam target keselamatan pasien RS di Indonesia (Hutauruk, 2021).

Kemudian pada tahap evaluasi seorang perawat harus mampu membimbing klien sehingga klien mampu menentukan tujuan selanjutnya dalam identifikasi masalah yang dialami klien. Tujuan evaluasi adalah untuk memperbaiki atau meningkatkan kinerja organisasi melalui peningkatan kinerja dari SDM organisasi. Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2017 yaitu terkait dengan standar penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien sebagaimana dipaparkan dalam penelitian Hakim bahwa program keselamatan pasien merupakan never ending proses, karena itu diperlukan budaya termasuk motivasi yang cukup tinggi untuk bersedia melaksanakan program keselamatan pasien secara berkesinambungan dan berkelanjutan (Simanulang, 2019).

Dukungan manajemen terhadap pelaksanaan keselamatan pasien adalah pihak manajemen menyediakan sumber daya, kebijakan, dan menciptakan suasana yang mendukung dalam pelaksanaan keselamatan pasien demi mencegah insiden keselamatan pasien. Salah satu dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit adalah memberi dukungan kepada staf. Pelaksanaan manajemen

keselamatan memerlukan dukungan dari organisasi dan petugas pelayanan Kepemimpinan untuk pemenuhan keselamatan pasien rumah sakit (Wianti, 2021).

Berdasarkan data insiden keselamatan pasien Rumah Sakit Umum Daerah Daya Kota Makassar, pendapat, dan hasil penelitian para tokoh yang sudah dipaparkan di atas maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang penerapan standar asuhan keperawatan terhadap keselamatan pasien di pasien Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah yang dikemukakan tersebut di atas, maka peneliti mengajukan rumusan masalah yaitu: “Bagaimana Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Terhadap Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk menganalisis standar asuhan keperawatan terhadap penerapan keselamatan pasien di rumah sakit umum daerah (RSUD) Daya Kota Makassar.

## **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk menganalisis hubungan pengkajian keperawatan terhadap penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar.
- b. Untuk menganalisis hubungan diagnosa keperawatan terhadap penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar.
- c. Untuk menganalisis hubungan perencanaan keperawatan terhadap penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar.
- d. Untuk menganalisis hubungan pelaksanaan keperawatan terhadap penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar.
- e. Untuk menganalisis hubungan evaluasi keperawatan terhadap penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah kepustakaan tentang manajemen mutu dan penerapan keselamatan pasien, serta dapat memberikan kontribusi terhadap ilmu perumahsakitkan khususnya mengenai keselamatan pasien.

## **2. Bagi Institusi Rumah Sakit**

Penelitian ini berguna bagi rumah sakit untuk dapat lebih meningkatkan kinerja dan mutu pelayanannya. Karena keselamatan pasien dapat mempengaruhi mutu pelayanan sebuah rumah sakit. Juga sebagai bahan untuk pengambilan keputusan dalam rangka peningkatan kualitas sumber daya manusia yang dimiliki khususnya mengenai keselamatan pasien dan penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan pembelajaran informasi atau bahan evaluasi dalam penerapan keselamatan pasien.

## **3. Bagi Peneliti**

Penelitian ini dapat diharapkan menjadi salah satu sumber referensi informasi penelitian berhubungan dengan masalah yang telah diangkat pada penelitian ini atau menjadi sumbangan untuk memperluas ilmu, khususnya yang berkaitan dengan penerapan keselamatan pasien di rumah sakit.

**BAB II**  
**TINJAUAN PUSTAKA**  
**A. Asuhan Keperawatan**

**1. Pengertian Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah pada pasien dengan memberikan pelayanan keperawatan. Proses asuhan keperawatan merupakan tugas dan kewajiban seorang perawat dari pasien datang sampai pasien pulang, dimulai dengan pengkajian secara menyeluruh, kemudian menegakkan diagnosa keperawatan dari data pengkajian tersebut, serta melaksanakan intervensi, implementasi dan evaluasi keefektifan diagnosa awal yang sudah ditegakkan (Sabrina, 2020). Menurut Hidayat (2011) Asuhan keperawatan merupakan suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai pelayanan kesehatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan yang terdiri dari lima tahap, berpedoman kepada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab perawat.

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan atau praktek keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan, dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu

profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Perkembangan pelayanan keperawatan saat ini telah melahirkan paradigma keperawatan yang menuntut adanya pelayanan keperawatan yang bermutu. Fungsi asuhan keperawatan (Perry and Potter, 2009), sebagai berikut:

- a. Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi tenaga keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan
- b. Memberi ciri profesionalisasi asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah dan pendekatan komunikasi efektif dan efisien
- c. Memberi kebebasan pada klien untuk mendapat pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhan dalam kemandiriannya di bidang kesehatan

## **2. Tujuan Asuhan Keperawatan**

Adapun tujuan dalam pemberian asuhan keperawatan adalah (Hidayat, 2011):

- a. Membantu individu untuk mandiri
- b. Mengajak individu atau masyarakat berpartisipasi dalam bidang kesehatan

- c. Membantu individu dalam mengembangkan potensi untuk memelihara kesehatan secara optimal agar tidak tergantung pada orang lain dalam memelihara kesehatannya
- d. Membantu individu dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal

### **3. Proses Keperawatan**

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan sistematis untuk mengenai masalah-masalah pasien dan mencari alternatif pemecahan masalah dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan pasien, memperbaiki, dan meningkatkan kesehatan pasien sampai tahap maksimum, dan terdiri dari tahap yaitu: pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Komponen standar asuhan keperawatan (Depkes, 1995) terdiri dari :

- a. Standar pengkajian keperawatan, meliputi pengumpulan data dengan kriteria menggunakan format yang baku, sistematis, di idi sesuai item yang tersedia, aktual, data terbaru, absah dan valid, pengelompokan data dengan dengan kriteria data biologis, data psikologis, data sosial dan data spritual, perumusan masalah dengan kriteria kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan dan perumusan masalah ditunjang oleh data yang telah dikumpulkan.
- b. Standar diagnosa keperawatan, dirumuskan berdasarkan data status kesehatan pasien, dianalisis dan dibandingkan dengan

norma fungsi kehidupan pasien dengan kriteria: diagnosis dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien, dibuat sesuai dengan wewenang perawat, komponennya terdiri dari masalah, penyebab dan gejala, bersifat aktual atau potensial, dan dapat ditanggulangi oleh perawat.

- c. Standar perencanaan keperawatan, melalui prioritas masalah, tujuan asuhan keperawatan dan rencana tindakan dengan kriteria: disusun berdasarkan tujuan asuhan keperawatan, melibatkan pasien dan keluarga, mempertimbangkan latar belakang budaya, menentukan alternative tindakan yang tepat, mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku, lingkungan, sumber daya dan fasilitas yang ada, menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien, serta memakai kalimat instruksi, ringkas, tegas dengan bahasa yang mudah dimengerti.
- d. Standar tindakan keperawatan dengan kriteria : dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan, menyangkut keadaan pasien, menjelaskan setiap tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga, sesuai dengan waktu yang telah ditentukan, menggunakan sumber daya yang ada, menerapkan prinsip aseptik dan antiseptik, menerapkan prinsip aman. Nyaman, ekonomik, privacy dan mengutamakan kesehatan pasien, melaksanakan perbaikan tindakan berdasarkan respon pasien, merujuk dengan segera bila ada masalah yang mengancam

keselamatan pasien, mencatat semua tindakan yang telah dilaksanakan, merapikan pasien dan alat setiap selesai melakukan tindakan, dan melaksanakan tindakan keperawatan berpedoman pada prosedur teknis yang telah ditentukan.

- e. Standar evaluasi keperawatan, dilakukan secara priodik, sistematis dan berencana untuk menilai perkembangan pasien dengan kriteria: setiap tindakan perawat dilakukan evaluasi, evaluasi hasil menggunakan indikator yang ada pada rumusan tujuan, hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan, evaluasi melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain, dan dilakukan sesuai dengan standar.
- f. Standar dokumentasi/catatan asuhan keperawatan, dengan kriteria : dilakukan selama pasien di rawat inap dan rawat jalan, sebagai bahan informasi, komunikasi dan laporan, dilakukan segera setelah tindakan dilaksanakan, penulisannya harus jelas, ringkas serta menggunakan istilah yang baku, sesuai dengan pelaksanaan proses keperawatan, mencantumkan initial/paraf/nama perawat dan waktu pelaksanaan, menggunakan formolir.

Adapun tahap-tahap dalam proses asuhan keperawatan yaitu:

- a. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian keperawatan merupakan suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari

klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Perawat perlu membekali diri dengan pengetahuan dan keterampilan yang optimal di dalam melakukan pengkajian keperawatan agar pelaksanaan pengkajian dapat lebih sistematis dan analisis yang dilakukan dapat lebih terdali secara menyeluruh sehingga perawat dapat mengetahui semua permasalahan klien. Pengkajian keperawatan secara umum terdiri atas anamnesis dan pemeriksaan fisik. Keahlian dalam melakukan observasi, komunikasi, wawancara dan pemeriksaan fisik sangat penting untuk mewujudkan fase pengkajian keperawatan yang akurat (Nasution, 2020).

Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Diagnosis yang diangkat akan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi. Tujuan dari pengkajian adalah untuk menyusun data dasar mengenai kebutuhan, masalah kesehatan, tujuan, nilai, dan harapan terhadap sistem pelayanan kesehatan.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan keputusan klinis tentang respon klien mengenai masalah kesehatannya yang dilandaskan dengan teori pendidikan dan pengetahuan. Perawat sebagai asuhan keperawatan harus dapat menelaah dan mengidentifikasi serta memberikan intervensi yang akurat untuk mengubah status kesehatan pasien yang lebih optimal. Menurut Nursalam (2008) diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Menurut Carpenito (2009) diagnosa keperawatan adalah suatu kesimpulan yang dihasilkan dari analisa data. Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya (Sinulingga, 2019).

Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah dikelompokkan dibawah pola kesehatan. Langkah-langkah menentukan diagnosis keperawatan (Hidayat, 2011), yaitu:

1) Klasifikasi data

Klasifikasi data adalah aktivitas mengelompokkan data-data klien atau keadaan tertentu tempat klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahan.

2) Interpretasi data

Perawat bertugas membuat interpretasi data yang sudah di kelompokkan dalam bentuk masalah keperawatan atau masalah kolaboratif.

3) Menentukan hubungan sebab akibat

Dari masalah keperawatan yang telah ditentukan kemudian, perawat menentukan faktor-faktor yang berhubungan atau faktor risiko yang menjadi kemungkinan penyebab dari masalah yang terjadi.

4) Merumuskan diagnosis keperawatan

Perumusan diagnosis didasarkan pada identifikasi masalah dan kemungkinan penyebab.

c. Perencanaan keperawatan

Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien (Hidayat, 2011).

Kegiatan dalam tahap perencanaan (Nursalam, 2008), yaitu:

1) Menentukan prioritas masalah keperawatan

Kegiatan ini dimaksudkan untuk menentukan masalah yang akan menjadi skala prioritas untuk diselesaikan atau diatasi terlebih dahulu.

2) Menetapkan tujuan dan kriteria hasil

Tujuan merupakan perubahan perilaku pasien yang diharapkan oleh perawat setelah tindakan berhasil dilakukan. Sedangkan kriteria hasil merupakan rumusan yang singkat dan jelas, disusun berdasarkan diagnosis keperawatan, spesifik, observasi dan terdiri dari subjek, perilaku pasien, kondisi dan kriteria tujuan.

3) Merumuskan rencana tindakan keperawatan

Langkah dalam tahap ini dilaksanakan setelah menentukan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dengan menentukan rencana tindakan apa yang akan dilaksanakan dalam mengatasi masalah klien. Dalam membuat rencana tindakan perawatan harus mengetahui juga tentang instruksi atau perintah tentang tindakan keperawatan apa yang akan dilakukan dari perawat primer (pembuat asuhan keperawatan).

4) Menetapkan rasional rencana tindakan keperawatan

Rasional rencana tindakan keperawatan adalah dasar pemikiran atau alasan ilmiah yang mendasari ditetapkannya rencana

tindakan keperawatan. Rasional rencana tindakan keperawatan menerapkan berfikir kritis dan tanggung jawab terhadap pengambilan keputusan dalam menyelesaikan masalah klien.

d. Pelaksanaan (*implementasi*) keperawatan

Tahap pelaksanaan merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan (Perry & Potter, 2009), yaitu:

- 1) Kemampuan intelektual, teknikal dan interpersonal
- 2) Kemampuan nilai data baru
- 3) Kreativitas dan inovasi dalam membuat modifikasi rencana tindakan
- 4) Penyesuaian selama interaksi dengan klien
- 5) Kemampuan mengambil keputusan dalam modifikasi pelaksanaan

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan evaluasi adalah untuk memperbaiki atau meningkatkan kinerja organisasi melalui peningkatan kinerja dari SDM organisasi. Secara lebih spesifik, tujuan evaluasi kinerja sebagaimana dikemukakan:

- 1) Meningkatkan saling pengertian antara karyawan tentang persyaratan kinerja
- 2) Mencatat dan mengakui hasil kerja seorang karyawan, sehingga mereka termotivasi untuk berbuat yang lebih baik, atau sekurang-kurangnya berprestasi sama dengan prestasi yang terdahulu.
- 3) Memberikan peluang kepada karyawan untuk mendiskusikan keinginan dan aspirasinya dan meningkatkan kepedulian terhadap karier atau terhadap pekerjaan yang diembannya sekarang.
- 4) Mendefinisikan atau merumuskan kembali sasaran masa depan, sehingga karyawan termotivasi untuk berprestasi sesuai dengan potensinya.
- 5) Memeriksa rencana pelaksanaan dan pengembangan yang sesuai dengan kebutuhan pelatihan, khusus rencana diklat, dan kemudian menyetujui rencana itu jika tidak ada hal-hal yang perlu diubah (Romayani, 2019).

## **B. Keselamatan Pasien**

### **1. Pengertian Keselamatan Pasien**

Keselamatan pasien merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien terbentuk dari kompleksitas dalam sistem pelayanan kesehatan dan peningkatan

cedera pasien di fasilitas pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien berperan penting dalam pencegahan dan penurunan risiko, eror dan cedera yang dapat terjadi selama proses pelayanan (WHO, 2017; Galleryzki *et al*, 2021). Keselamatan pasien merupakan salah satu dimensi mutu yang saat ini menjadi pusat perhatian para praktisi pelayanan kesehatan dalam skala nasional maupun internasional. Penerapan program keselamatan pasien di rumah sakit merupakan hal yang sangat kompleks dan dipengaruhi oleh banyak faktor (Limbong, 2018).

Menurut PMK 1691/2011, Keselamatan Pasien adalah suatu sistem di rumah sakit yang menjadikan pelayanan kepada pasien menjadi lebih aman, oleh karena dilaksanakannya: asesmen resiko, identifikasi dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat tindakan medis atau tidak dilakukannya tindakan medis yang seharusnya diambil. Sistem tersebut merupakan sistem yang seharusnya dilaksanakan secara normatif (Ahmad *et al*, 2015).

Keselamatan pasien menurut Carl de Wet (2012) adalah kebebasan yang terkait dengan kesehatan pencegahan bahaya. Sebuah penjelasan sederhana adalah bahwa "bila ada sesuatu yang benar, tidak ada yang buruk terjadi". Untuk meningkatkan

keselamatan pasien, kesalahan kesehatan harus dicegah, pulih atau setidaknya diminimalkan. Insiden keselamatan pasien sebuah insiden keselamatan pasien adalah insiden kesehatan yang berhubungan setiap yang tidak diinginkan, tak terduga dan tidak diinginkan dan yang dapat memiliki atau melakukan membahayakan pasien. Hal ini telah menjadi istilah yang lebih disukai ketika membahas efek samping, dekat meleset dan peristiwa penting acara yang merugikan. Kejadian yang tidak diinginkan dalam proses kesehatan karena kinerja atau kurangnya itu dari penyedia layanan kesehatan atau sistem kesehatan. Efek samping yang ditandai dengan tiga aspek kunci: negatif, keterlibatan pasien (dampak) dan sebab akibat.

Menurut Vincent (2008), keselamatan pasien didefinisikan sebagai penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari hasil tindakan yang buruk atau injuri yang berasal dari proses perawatan kesehatan. Pengertian lain tentang keselamatan pasien yaitu menurut Emanuel (2008), yang menyatakan bahwa keselamatan pasien adalah disiplin ilmu di sektor perawatan kesehatan yang menerapkan metode ilmu keselamatan menuju tujuan mencapai sistem penyampaian layanan kesehatan yang dapat dipercaya. Keselamatan pasien juga merupakan atribut sistem perawatan kesehatan; Ini meminimalkan kejadian dan dampak, dan memaksimalkan pemulihan dari efek samping (Tutiany *et al*, 2017).

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: *assessmen 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 meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Rahmi, 2018). Setiap rumah sakit diharuskan memiliki manajemen *patient safety* demi menjamin keselamatan dan keamanan bagi pasien yang mendapatkan layanan kesehatan. Artinya rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan beserta tenaga kesehatan di dalamnya semestinya memberikan pelayanan medis yang bermutu, prima dan maksimal sehingga tercipta keselamatan bagi pasien (Rachmawati, 2018).

Keselamatan Pasien Dalam UU No 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 43:

1. RS wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien
2. Standar Keselamatan Pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

3. RS melaporkan kegiatan ayat 2 kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan Menteri
4. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) pada ayat 2 dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien
5. Ketentuan lebih lanjut mengenai keselamatan pasien ayat 1 dan ayat 2 diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Pasal 6 :
  - a. Setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien.
  - b. TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit.
  - c. Keanggotaan TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari manajemen rumah sakit dan unsur dari profesi kesehatan di rumah sakit.
  - d. TKPRS melaksanakan tugas :
    - 1) mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut
    - 2) menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit

- 3) menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi) tentang terapan (implementasi) program keselamatan pasien rumah sakit
- 4) bekerja sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit
- 5) melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran
- 6) memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- 7) membuat laporan kegiatan kepada kepala rumah sakit.

## **2. Tujuan Keselamatan Pasien**

Tujuan system keselamatan pasien rumah sakit adalah:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurun nya kejadian tak diharapkan (KTD) dirumah sakit
- d. Terlaksana nya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi penanggulangan KTD

Adapun Tujuan kegiatan patient safety di rumah sakit (Dirjen Yanmed RI, 2008) sebagai berikut:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

Sedangkan tujuan keselamatan pasien secara internasional adalah:

- a. *Identify patients correctly* (mengidentifikasi pasien secara benar)
- b. *Improve effective communication* (meningkatkan komunikasi yang efektif)
- c. *Improve the safety of high-alert medications* (meningkatkan keamanan dari pengobatan resiko tinggi)
- d. *Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong procedure surgery* (mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi)
- e. *Reduce the risk of health care associated infections* (mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)
- f. *Reduce the risk of patient harm from falls* (mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh).

### 3. Manfaat Keselamatan Pasien

Program keselamatan pasien ini memberikan berbagai manfaat bagi rumah sakit antara lain:

- a. Adanya kecenderungan “*Green Product*” produk yang aman di bidang industry lain seperti halnya menjadi persyaratan dalam berbagai proses transaksi, sehingga suatu produk menjadi semakin laris dan dicari masyarakat.
- b. Rumah Sakit yang menerapkan keselamatan pasien akan lebih mendominasi pasar jasa bagi Perusahaan-perusahaan dan Asuransi-asuransi dan menggunakan Rumah Sakit tersebut sebagai provider kesehatan karyawan/klien mereka, dan kemudian di ikuti oleh masyarakat untuk mencari Rumah Sakit yang aman.
- c. Kegiatan Rumah Sakit akan lebih memfokuskan diri dalam kawasan keselamatan pasien.

### 4. Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran pasien merupakan syarat yang harus diterapkan di semua rumah sakit yang telah terakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Penyusunan sasaran ini mengacu pada *Nine Life-Saving Patient Safety Solution* dari WHO Patient Safety 2007, yang juga digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS PERSI) dari *Joint Commission International* (JCI). Sasaran

keselamatan pasien mencakup enam sasaran (Kemenkes, 2011), yaitu:

a. Ketetapan identifikasi pasien

Rumah Sakit telah berupaya untuk memperbaiki pelaksanaan identifikasi pasien sesuai prosedur. Proses identifikasi pasien dilakukan sejak dari awal pasien masuk rumah sakit dan akan selalu dikonfirmasi dalam segala proses di rumah sakit. Semua pasien baru yang masuk telah diberikan gelang identitas dan ditanyakan namanya saat gelang disematkan, pemberian gelang tersebut untuk memudahkan proses identifikasi pasien. Pada saat pemasangan gelang identitas, pasien akan diberitahu mengenai manfaat gelang dan perawat wajib menjelaskan Resiko yang akan timbul jika tidak dipasang gelang identitas.

b. Peningkatan komunikasi yang efektif

Komunikasi efektif merupakan kunci untuk mencapai keselamatan pasien di rumah sakit. Menurut Kemenkes, (2011) komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat instruksi atau perintah diberikan melalui telepon. Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien dan wajib mengupayakan pemenuhan keselamatan pasien. Salah satunya adalah peningkatan komunikasi yang efektif. Komunikasi adalah penyebab pertama masalah keselamatan pasien.

Komunikasi yang tepat, akurat, jelas, lengkap, dan dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Jenis komunikasi yang dapat dilakukan untuk menunjang pelaksanaan keselamatan pasien menurut Sammer, Lykens, Sigh, Mains, & Lackan, (2010) diantaranya; Structured techniques (read-back, SBAR). Manojlovich, (2007) menyatakan komunikasi dokter dan perawat mempunyai peran penting dalam menentukan derajat kesehatan pasien, dan kualitas pelayanan yang diberikan. Semakin baik komunikasi di antara perawat dan dokter semakin baik hasil perawatan yang diberikan.

c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

Salah satu tindakan yang mengancam keselamatan pasien adalah kesalahan pemberian obat yang dilakukan oleh perawat. Sebagian besar perawat telah menerapkan keamanan obat dan cairan. Penerapan 8 benar dengan menunjang keselamatan pasien yaitu: benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara atau route pemberian, benar dokumentasi, benar informasi, dan benar pengkajian juga sudah diterapkan.

Menurut Kemenkes (2011), obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen Rumah Sakit harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien.

Nama obat, rupa dan ucapan mirip (NORUM), yang membingungkan staf pelaksana merupakan salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat atau medical error. Oleh karena itu, kewaspadaan terhadap obat-obat yang tingkat bahayanya tinggi harus ditunjukkan dengan menyimpannya di tempat-tempat khusus dan tidak di setiap ruangan. Obat-obatan lain harus di bawah pengawasan apoteker, sehingga kalau ada dosis yang berlebihan dapat disarankan ke dokter untuk meninjau kembali terapinya.

d. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien operasi

Munurut Kemenkes (2011), Salah lokasi, salah prosedur, salah pasien operasi merupakan sesuatu yang mengawatirkan dan sering terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tim bedah yang kurang atau tidak melibatkan pasien saat penandaan lokasi. Disamping itu, ada beberapa faktor yang sering terjadi, antara lain: pengkajian pasien yang tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi antar anggota tim bedah.

e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Rumah Sakit merupakan tempat yang rentan terjadi infeksi nosokomial atau infeksi baru selama perawatan. Meski dapat juga terjadi pada pengunjung, infeksi ini paling sering menjangkiti pasien dengan kondisi daya tahan tubuh yang sedang

menurun. Adanya infeksi baru kadangkadang juga dapat memicu dampak yang lebih fatal saat dirawat di rumah sakit terutama saat berada di ruangan bedah. Infeksi yang terjadi pada pelayanan kesehatan selama masa perawatan merupakan hal yang harus dibatasi penyebarannya dan tindakan pengurangan terhadap risiko infeksi dilaksanakan hand hygiene sesuai aturan adalah cara yang paling efektif untuk dilakukan (KARS, 2017).

f. Pengurangan risiko pasien jatuh

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Mengingat risiko pasien jatuh sangat besar Maka sebagai perawat perlu memikirkan berbagai cara untuk mengurangi terjadinya hal tersebut. Hal ini dilakukan dengan tujuan pasien tidak perlu dirawat di rumah sakit lebih lama akibat komplikasi jatuh. Menurut Potter dan Perry (2009) beberapa intervensi yang dapat dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya jatuh pada pasien antara lain: mengorientasikan pasien pada saat masuk rumah sakit dan menjelaskan sistem komunikasi yang ada, bersikap hati-hati saat mengkaji pasien dengan keterbatasan gerak, melakukan supervisi ketat pada awal pasien dirawat terutama malam hari, menganjurkan menggunakan bel bila membutuhkan bantuan, memberikan alas kaki yang tidak licin, memberikan pencahayaan yang adekuat, memasang pengaman tempat tidur terutama pada

pasien dengan penurunan kesadaran dan gangguan mobilitas, dan menjaga lantai kamar mandi agar tidak licin (Syafawani, 2020).

## 5. Standar Keselamatan Pasien

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya. Standar keselamatan pasien rumah sakit yang disusun ini mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA tahun 2002 yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakitannya di Indonesia. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

- a. Hak pasien
- b. Mendidik pasien dan keluarga
- c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
- d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

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

## 6. Manajemen keselamatan pasien

Manajemen patient safety adalah suatu kebijakan maupun pengaturan yang dilakukan oleh sebuah penyedia layanan kesehatan demi terciptanya keselamatan pasien. Setiap penyedia layanan kesehatan tentunya harus melaksanakan manajemen patient safety ini. Tanpa adanya pelaksanaan *patient safety* terkadang keselamatan pasien belum menjadi hal yang diutamakan. Terkadang petugas medis seolah terjebak pada rutinitas kerja semata sehingga kepekaan terhadap pentingnya keselamatan jiwa manusia terasa bukanlah hal yang utama. Maka, patient safety dan keinginan meningkatkan pelayanan kesehatan sebaik-baiknya seharusnya juga menjadi fokus utama seorang petugas medis.

### a. Pelaksanaan Manajemen *Patient Safety* Di Rumah Sakit

#### 1) Pembentukan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS).

Susunan organisasi dari tim KPRS diketahui oleh seorang dokter. Sementara anggotanya berasal dari dokter, dokter gigi, perawat, tenaga kefarmasian, tenaga laboratorium dan tenaga kesehatan lainnya.

#### 2) Semestinya rumah sakit mengembangkan sistem informasi pencatatan dan pelaporan internal tentang insiden.

- 3) Rumah sakit semestinya melakukan pelaporan insiden ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) secara rahasia.
- 4) Rumah sakit agar memenuhi standar keselamatan pasien rumah sakit dan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit.
- 5) Rumah sakit pendidik mengembangkan standar layanan media berdasarkan hasil dari analisis akar masalah dan sebagai tempat pelatihan standar-standar yang baru dikembangkan.

b. Pelaksanaan Manajemen Patient Safety Di Puskesmas

Puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama yang dalam pelayanannya kepada masyarakat sangat berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. Khususnya bagi masyarakat setempat dengan cakupan wilayah yang ditentukan. Sebagai tingkat pertama, puskesmas tentunya menjadi salah satu layanan penyedia kesehatan yang sangat dekat masyarakat. Bukan hanya rumah sakit, semestinya puskesmas tentunya pun memiliki manajemen patient safety, guna menjamin keselamatan pasien dan menghindari hal-hal yang tidak diinginkan.

Keselamatan pasien di puskesmas adalah suatu sistem dimana puskesmas membuat asuhan pasien lebih aman.

Asuhan tersebut meliputi pengurangan risiko terjadinya kecelakaan yang terjadi pada pasien selama dirawat suatu rumah sakit. Tindakan itu dapat dimulai dengan identifikasi dan praktik manajemen risiko, membuat sistem pencatatan dan pelaporan terjadinya insiden di puskesmas. Melakukan analisis insiden lalu sebagai tindak lanjut adalah dengan menerapkan solusi yang telah dibicarakan ditingkat manajemen keselamatan pasien di puskesmas. Rangkaian tersebut bertujuan untuk mencegah terjadinya hal-hal buruk terulang sehingga dapat mengancam jiwa dan keselamatan pasien di puskesmas.

### **C. Insiden Keselamatan Pasien**

#### **1. Pengertian Insiden Keselamatan Pasien**

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

Pelaporan IKP dilakukan secara: a) Internal pada atasan langsung, Tim Keselamatan Pasien, dan direksi dan eksternal. Pelaporan secara internal pada atasan langsung, Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), dan direksi, b) Eksternal kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dan Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia (PERSI). Alur penanganan IKP adalah sebagai berikut: a) Bila terjadi insiden harus segera ditangani kemudian membuat laporan kepada atasan langsung di unit terjadinya insiden maksimal 2x24 jam, b) Atasan langsung melakukan penentuan dari grading risiko kejadian insiden dan melakukan investigasi sederhana, c) Laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan kepada tim KPRS, d) Tim KPRS membuat laporan dan rekomendasi untuk dilaporkan kepada direksi, e) Laporan hasil investigasi sederhana/ analisis akar masalah/ *Root Cause Analysis* (RCA) serta rekomendasi dari Tim KPRS/Pimpinan kemudian dikirimkan ke KKPRS (KNKP) melalui e-reporting menggunakan anonim melalui website resmi (Salawati, 2020).

## **2. Jenis-jenis insiden keselamatan Pasien**

Australia telah menjadi salah satu pelopor pelaporan kejadian dalam praktik umum, dan studi oleh Badan Ancaman terhadap Keselamatan Pasien Australia (*Threats to Australian Patient Safety / TAPS*) adalah salah satu analisis insiden

keselamatan pasien yang paling komprehensif di dunia internasional (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2010*).

TAPS dan penelitian lainnya telah mengidentifikasi dua jenis insiden keselamatan pasien yang luas:

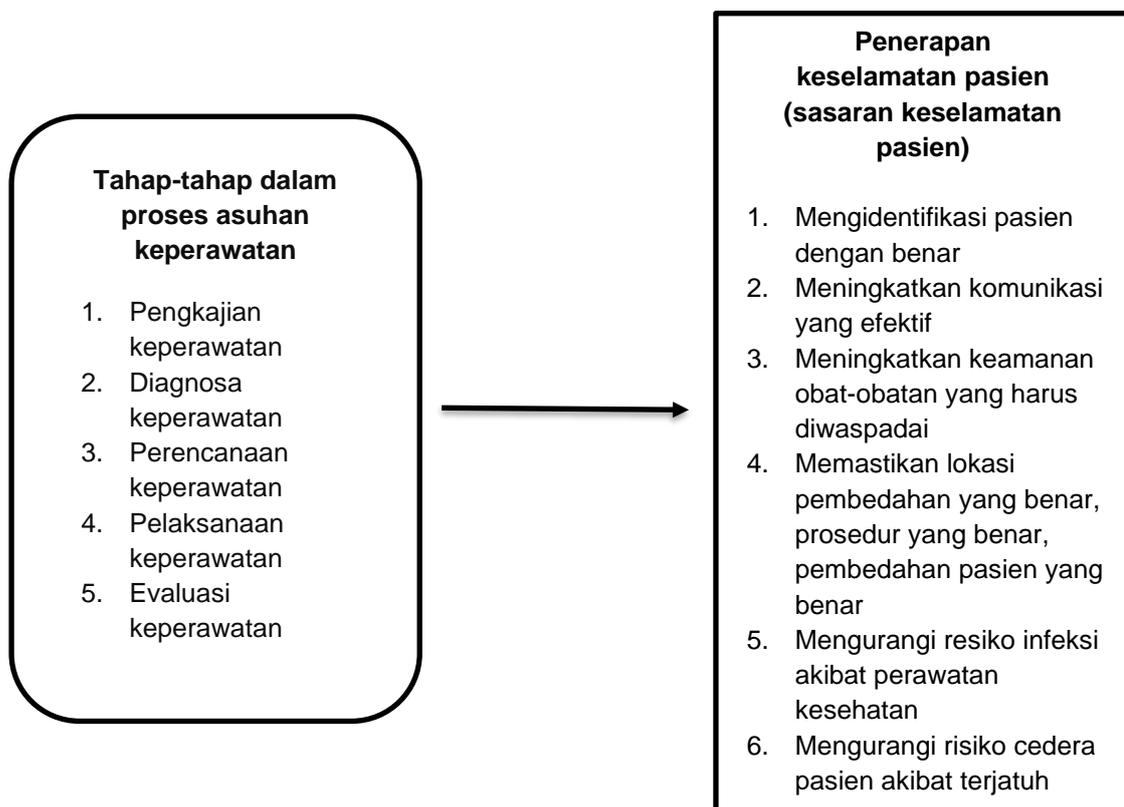
- a. Insiden terkait dengan proses perawatan, termasuk proses administrasi, investigasi, perawatan, komunikasi dan pembayaran. Ini adalah jenis kejadian umum yang dilaporkan (berkisar antara 70% -90% tergantung pada penelitian).
- b. Insiden terkait dengan pengetahuan atau keterampilan praktisi, termasuk diagnosis yang tidak terjawab atau tertunda, perlakuan salah dan kesalahan dalam pelaksanaan tugas.

Adapun istilah insiden keselamatan pasien yang telah dikenal secara luas berikut definisinya yaitu:

- a. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) / *Patient Safety Incident* adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi.
- b. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / *Adverse Event* adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (commission) atau karena tidak bertindak (omission), bukan karena “underlying disease” atau kondisi pasien.

- c. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss* adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
- d. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena “keberuntungan” (misal: pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau “peringanan” (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).
- e. Kondisi Potensial Cedera (KPC) / “*reportable circumstance*” adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- f. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) yaitu suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misalnya Amputasi pada kaki yang salah, dan sebagainya) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

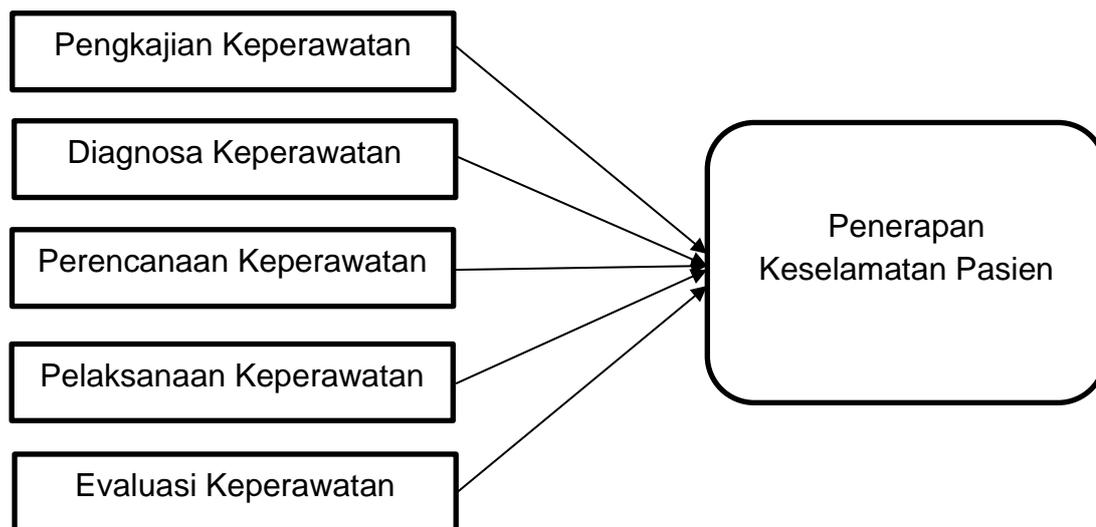
## D. Kerangka Teori



**Gambar 1. Teori Modifikasi Kemenkes 2011 dan Depkes 1995**

## E. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian dapat dijelaskan dalam diagram konseptual sebagai berikut:



Keterangan:

 : Variabel Independent

 : Variabel Dependend

**Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian**

## F. Hipotesis

Hipotesis adalah penjelasan sementara yang dijalankan tentang adanya hubungan antara variabel independent dengan variabel dependen yang tercantum pada kerangka konsep.

Berdasarkan kerangka diatas, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara pengkajian keperawatan dengan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar
2. Ada hubungan antara diagnosa keperawatan dengan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar
3. Ada hubungan antara perencanaan keperawatan dengan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar
4. Ada hubungan antara pelaksanaan keperawatan dengan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar
5. Ada hubungan antara evaluasi keperawatan dengan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar

6. Ada variabel yang paling hubungan terhadap penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Daya Kota Makassar

### **G. Definisi Operasional**

Definisi operasional variabel dibutuhkan dalam rangka memberikan batasan-batasan yang jelas atas variabel yang diteliti dalam penelitian ini. Adapun definisi operasional variabel penelitian ini yaitu:

#### **a. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian keperawatan merupakan suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Pengkajian yang dibahas dalam penelitian ini adalah bagaimana perawat dalam menggali permasalahan dari pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan dengan melakukan observasi, komunikasi, wawancara dan pemeriksaan fisik.

Pengukuran variabel ini menggunakan skala likert dengan empat kategori yaitu sangat setuju (SS) dengan skor 4, setuju (S) dengan skor 3, tidak setuju (TS) dengan skor 2, dan sangat tidak setuju (STS) dengan nilai 1, serta jumlah pertanyaan keseluruhan

berjumlah 4 pertanyaan, sehingga jumlah kemungkinan diperoleh skor (nilai) adalah:

1. Skor tertinggi

$$6 \times 4 = 24$$

2. Skor terendah

$$6 \times 1 = 6$$

3. Interval skor

$$(24 - 6)/2 = 9$$

Kriteria Objektif

Kurang : apabila skor yang diperoleh 6 - 14

Cukup : apabila skor yang diperoleh 15- 24

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan keputusan klinis tentang respon klien mengenai masalah kesehatannya yang dilandaskan dengan teori pendidikan dan pengetahuan. Diagnose keperawatan yang dibahas dalam penelitian ini adalah bagaimana perawat sebagai asuhan keperawatan harus dapat menelaah, merumuskan dan mengidentifikasi masalah serta memberikan intervensi yang akurat untuk mengubah status kesehatan pasien yang lebih optimal.

Pengukuran variabel ini menggunakan skala likert dengan empat kategori yaitu sangat setuju (SS) dengan skor 4, setuju (S) dengan skor 3, tidak setuju (TS) dengan skor 2, dan sangat tidak

setuju (STS) dengan nilai 1, serta jumlah pertanyaan keseluruhan berjumlah 4 pertanyaan, sehingga jumlah kemungkinan diperoleh skor (nilai) adalah:

1. Skor tertinggi

$$6 \times 4 = 24$$

2. Skor terendah

$$6 \times 1 = 6$$

3. Interval skor

$$(24 - 6)/2 = 9$$

Kriteria Objektif

Kurang : apabila skor yang diperoleh 6 - 14

Cukup : apabila skor yang diperoleh 15- 24

- c. Perencanaan Keperawatan

Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien atau pasien. Tahap perencanaan yang dibahas dalam penelitian ini adalah bagaimana kerja sama tim dalam proses merencanakan suatu tindakan keperawatan untuk mencegah terjadinya kesalahan pada pasien.

Pengukuran variabel ini menggunakan skala likert dengan empat kategori yaitu sangat setuju (SS) dengan skor 4, setuju (S) dengan skor 3, tidak setuju (TS) dengan skor 2, dan sangat tidak

setuju (STS) dengan nilai 1, serta jumlah pertanyaan keseluruhan berjumlah 4 pertanyaan, sehingga jumlah kemungkinan diperoleh skor (nilai) adalah:

1. Skor tertinggi

$$5 \times 4 = 20$$

2. Skor terendah

$$5 \times 1 = 5$$

3. Interval skor

$$(20 - 5)/2 = 8$$

Kriteria Objektif

Kurang : apabila skor yang diperoleh 5 - 12

Cukup : apabila skor yang diperoleh 13- 20

d. Pelaksanaan Keperawatan

Tahap pelaksanaan merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dimana yang dibahas dalam penelitian ini adalah bagaimana perawat melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan.

Pengukuran variabel ini menggunakan skala likert dengan empat kategori yaitu sangat setuju (SS) dengan skor 4, setuju (S) dengan skor 3, tidak setuju (TS) dengan skor 2, dan sangat tidak setuju (STS) dengan nilai 1, serta jumlah pertanyaan keseluruhan

berjumlah 4 pertanyaan, sehingga jumlah kemungkinan diperoleh skor (nilai) adalah:

1. Skor tertinggi

$$6 \times 4 = 24$$

2. Skor terendah

$$6 \times 1 = 6$$

3. Interval skor

$$(24 - 6)/2 = 9$$

Kriteria Objektif

Kurang : apabila skor yang diperoleh 6 - 14

Cukup : apabila skor yang diperoleh 15- 24

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi yang dibahas dalam penelitian ini adalah bagaimana mengevaluasi perubahan keadaan pasien dan bagaimana memperbaiki atau meningkatkan kinerja organisasi melalui peningkatan kinerja dari SDM organisasi.

Pengukuran variabel ini menggunakan skala likert dengan empat kategori yaitu sangat setuju (SS) dengan skor 4, setuju (S) dengan skor 3, tidak setuju (TS) dengan skor 2, dan sangat tidak setuju (STS) dengan nilai 1, serta jumlah pertanyaan keseluruhan

berjumlah 4 pertanyaan, sehingga jumlah kemungkinan diperoleh skor (nilai) adalah:

1. Skor tertinggi

$$6 \times 4 = 24$$

2. Skor terendah

$$6 \times 1 = 6$$

3. Interval skor

$$(24 - 6)/2 = 9$$

Kriteria Objektif

Kurang : apabila skor yang diperoleh 6 - 14

Cukup : apabila skor yang diperoleh 15- 24

f. Penerapan keselamatan pasien

Penerapan keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: assessmen 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 meminimalkan timbulnya risiko. Penerapan keselamatan pasien yang dibahas dalam penelitian ini adalah bagaimana kegiatan sebagai tanggapan/respon perawat terhadap ketentuan-ketentuan yang tercantum dalam sasaran keselamatan pasien.

Pengukuran variabel ini menggunakan skala likert dengan empat kategori yaitu sangat sering dilakukan (SSD) dengan skor 4, sering dilakukan (SD) dengan skor 3, kadang dilakukan (KD) dengan skor 2, dan tidak dilakukan (TD) dengan nilai 1, serta jumlah pertanyaan keseluruhan berjumlah 4 pertanyaan, sehingga jumlah kemungkinan diperoleh skor (nilai) adalah:

1. Skor tertinggi

$$32 \times 4 = 128$$

2. Skor terendah

$$32 \times 1 = 32$$

3. Interval skor

$$(128 - 32)/2 = 48$$

Kriteria Objektif

Kurang : apabila skor yang diperoleh 32 - 79

Cukup : apabila skor yang diperoleh 80- 128

## I. Tabel Sintesa

Tabel Sintesa Hasil Penelitian yang Relevan

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti/ Tahun	Populasi dan Sampel	Desain	Kesimpulan
1	A baseline assessment of patient safety culture and its associated factors from the perspective of critical care nurses: Results from 10 hospitals	(Tlili et al, 2020)	249 perawat dari 18 di ruangan ICU	Metode yang digunakan adalah Studi cross-sectional	Frekuensi dimensi AE yang dilaporkan, respons nonpunitive terhadap kesalahan, dan staffing adalah dimensi yang paling tidak berkembang dan harus segera mendapat perhatian khusus. Hasil menunjukkan perlunya penerapan sistem manajemen mutu bersama dengan pelatihan keselamatan pasien dan keterampilan manajemen risiko.
2	Patient Safety Attitude of Nurses Working in Surgical Units: A Cross-Sectional Study in Turkey	(Unver et al, 2020)	Populasi penelitian terdiri dari 225 perawat	Metode yang digunakan adalah studi deskriptif dan cross-sectional.	Perawat yang bekerja di unit bedah memiliki sikap positif terhadap keselamatan pasien. Rekomendasinya adalah untuk melakukan program pelatihan in-service yang efektif untuk keselamatan pasien di rumah sakit dan untuk mendorong partisipasi perawat dalam program pelatihan seperti kursus dan konferensi yang akan menghasilkan peningkatan sikap.

3	Evaluation procedures in health: Perspective of nursing care in patient safety	(Da Costa et al, 2017)	Populasi penelitian sebanyak 73 keperawatan	Penelitian ini merupakan penelitian evaluatif	Keselamatan pasien terganggu akibat tindakan tidak aman dalam proses asuhan keperawatan. Tindakan tidak aman dalam proses perawatan meningkatkan risiko keselamatan pasien, curah hujan, kesalahan dalam pemberian obat, kesulitan komunikasi dan kesinambungan perawatan. Dengan demikian, intervensi segera sangat penting untuk menerapkan budaya keselamatan dan untuk menghindari kelalaian dalam kaitannya dengan perawatan.
4	The implementation of an emergency nursing framework (HIRAID) reduces patient deterioration: A multi-centre quasi-experimental study	Curtis k at al, 2021	Populasi penelitian sebanyak 920 pasien (374 pra dan 546 pasca operasi) yang ada di rumah sakit	Sebuah studi kohort kuasi-eksperimental dilakukan di dua departemen darurat	Asesmen pasien awal dan berkelanjutan, kontrol gejala dan manajemen adalah tanggung jawab inti keperawatan darurat dan terkait langsung dengan keselamatan pasien. Kegagalan dalam mengenali dan menanggapi memburuk Pasien ED dikaitkan dengan efek samping kematian tinggi seperti serangan jantung dan masuk ICU yang tidak direncanakan.
5	Measuring invisible nursing interventions: Development and validation of Perception	Hu´ercanos-Esparza et al, 2021	Populasi penelitian sebanyak 381 pasien	Desain survei cross-sectional	PINC-H adalah instrumen pertama yang dirancang dan divalidasi dengan tujuan eksklusif untuk mengukur dan mengevaluasi intervensi keperawatan

	of Invisible Nursing Care-Hospitalisation questionnaire (PINC-H) in cancer patients				tak terlihat yang diberikan oleh perawat kepada pasien kanker selama masuk rumah sakit. PINC-H juga akan berguna untuk mengevaluasi kualitas asuhan keperawatan yang tidak terlihat pada pasien rawat inap onkologi.
6	Education and training of nurses in the use of advanced medical technologies in home care related to patient safety: A cross-sectional survey	Ten Haken et al, 2021	Populasi penelitian sebanyak 209 perawat perawatan di rumah	Desain cross-sectional deskriptif digunakan, mengikuti pendekatan kuantitatif	Penelitian ini mengungkapkan aspek pendidikan perawat yang menyiratkan faktor risiko keselamatan pasien. Pelatihan praktis tidak selalu diberikan, pelatihan tambahan atau pelatihan ulang sering kali bersifat sukarela, dan keterampilan yang dibutuhkan tidak selalu diuji. Namun, hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat memiliki kesadaran keselamatan pasien yang baik. Insiden terutama dibahas dalam tim, tetapi kurang di tingkat organisasi.
7	Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis	Liu X et al, 2018	Populasi penelitian sebanyak 1.542 dari 23 rumah sakit	Studi cross-sectional	Memperbaiki lingkungan kerja, meningkatkan tingkat staf perawat, dan memberikan dukungan yang cukup bagi perawat untuk menghabiskan lebih banyak waktu pada perawatan pasien langsung akan bermanfaat bagi peningkatan keselamatan pasien.

8	Effect of Implementing Nursing Care Protocol on Critical Patients' Safety Outcomes	Ali Mahmud, 2022	Populasi penelitian sebanyak 63 perawat dan 60 pasien	Sebuah kuasi eksperimenta	Pengetahuan perawat lebih meningkat setelah penerapan protokol asuhan keperawatan daripada sebelum implementasi. Dengan perbedaan yang sangat signifikan secara statistik di antara semua item sebelum. Praktik perawat lebih meningkat setelah penerapan protokol asuhan keperawatan daripada pra implementasi.
9	Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events	Moldskred, P. S, et al, 2021	Populasi penelitian sebanyak 311 perawat dari 29 unit di 5 rumah sakit	Studi cross-sectional	Peringkat PSC yang lebih tinggi dikaitkan dengan lebih sedikit asuhan keperawatan yang terlewatkan, dan asuhan keperawatan yang terlewat dikaitkan dengan jatuh, hasil pasien yang penting. Administrator perawatan kesehatan dan pemimpin perawat memiliki peluang yang kuat untuk meningkatkan perilaku dan dampak asuhan keperawatan dengan mengambil tindakan terpisah untuk meningkatkan unit PSC.
10	Improving the quality of nursing documentation at a residential care home: a clinical audit	Søvik Moldskred et al, 2021	Populasi penelitian sebanyak 38 pasien di rumah sakit	Studi cross-sectional	Kualitas dokumentasi keperawatan tidak memuaskan, tetapi studi menunjukkan bahwa audit klinis berbasis kriteria dapat meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan jika dikombinasikan dengan intervensi

					multifaset yang disesuaikan dengan determinan praktik. Penelitian lebih lanjut diperlukan tentang apa yang merupakan dokumen keperawatan yang berkualitas
11	Hubungan Sikap Keselamatan dengan Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit	(Galleryzki, Hariyati, & Afriani, 2021)	Populasi penelitian sebanyak 330 perawat di rumah sakit	penelitian kuantitatif dengan metodean deskriptif dan cross-sectiona	Sikap keselamatan mempengaruhi implementasi sasaran keselamatan pasien, kecuali bagaimana perawat mengenali stress. Karakteristik individu sebagai besar juga mempengaruhi sikap dan implementasi keselamatan pasien, seperti usia, jenis kelamin, pengalaman kerja, dan jenjang karier.
12	Determinan Kinerja Perawat Dalam Penerapan Patient Safety Di Rs Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2020	(Hutauruk & Fauza, 2020)	Populasi dalam penelitian berjumlah 217 terdiri dari perawat ruang rawat inap RS.IPI, dengan jumlah sampel 140 orang	Penelitian kuantitatif dengan desain penelitian menggunakan studi potong lintang (cross sectional study),	Hasil penelitian diperoleh bahwa ada pengaruh motivasi kerja perawat dalam penerapan patient safety di RS Imelda Pekerja Indonesia dengan p-value=0,000
13	Analisis Penerapan Kebijakan Kesehatan Spesifik Patient Safety Di Rsud Andi Makkasau Kota Parepare	(Isclawati, Usman & Majid, 2020)	10 informan di Rsud Andi Makkasau Kota Parepare	Metode penelitian yang digunakan bersifat deskriptif dengan pendekatan	Pelaksanaan kebijakan patient safety sudah berjalan secara optimal dengan terbentuknya tim manajemen mutu keselamatan. Penerapan indikator patient safety juga telah diterapkan diruang rawat inap untuk mengukur tingkat keselamatan pasien dengan

				penelitian kualitatif	berdasarkan data-data pasien di ruang rawat inap. Kebijakan kesehatan patient safety di rumah sakit sudah terlaksana dengan dilakukannya pengawasan dan evaluasi dari pihak manajemen rumah sakit.
--	--	--	--	-----------------------	--