

SKRIPSI

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT
TERHADAP PENERAPAN PROGRAM *PATIENT SAFETY* DI
INSTALASI RAWAT INAP RSUD DAYA MAKASSAR
TAHUN 2012**

**EVERISTA NGALNGOLA
K 111 08 511**



*Skripsi ini di ajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar sarjana kesehatan masyarakat*

**JURUSAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama :Everista ngalngola

Nim :K11108511

Program :Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau karya orang lain .apabila di kemudian hari terbukti bahwa pernyataan saya tidak benar ,maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, april 2012

Yang membuat pernyataan

Everista ngalngola

ABSTRAK

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Manajemen Rumah sakit
Skripsi, februari 2012

EVERISTA NGALNGOLA

“GAMBARAN PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT TERHADAP PENERAPAN PROGRAM PATIENT SAFETY DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD DAYA MAKASSAR TAHUN 2012”

(dibimbing oleh prof.Dr.dr.H.Alimin Maidin,MPH dan Dr.syahrir A.Pasinringi)

(xiii + 80 halaman + 16 tabel +7 lampiran)

Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan modern adalah suatu organisasi yang sangat kompleks yang didalamnya sangat padat modal, padat teknologi, padat karya, padat profesi, padat sistem, dan padat mutu serta padat resiko sehingga tidak mengejutkan bila kejadian tidak diinginkan (*adverse event*) akan sering terjadi dan akan berakibat terjadinya injuri atau kematian pada pasien.berdasarkan data sekunder yang di peroleh di instalasi rawat inap RSUD Daya Makassar pada tahun 2011 (1,52%) terjadi infeksi nososkomial bila di bandingkan dengan standar permenkes 1,5 % Hal ini menggambarkan bahwa sikap perawat dalam motivasinya melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien secara aman yang merujuk pada konsep *patient safety* belum optimal.

Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran pengetahuan dan motivasi perawat terhadap penerapan program patient safety di instalasi rawat inap RSUD Daya Makassar Tahun 2012.jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptifdanpopulasi adalah semua perawat yang bekerja di instalasi rawat inap khususnya ruanganperawatan interna, perawatan anakdanperawatanbedah ,Sampel adalah semua perawat yang berjumlah 71 orang dengan menggunakan metode total sampling.

Hasil penelitian menunjukkan Pengetahuan perawat di instlasi rawat inap pada ruang perawatan anak RSUD Daya Makassar umumnya baik yaitu 21 orang (100,0%).Ruang perawatan interna umumnya baik yaitu 27 orang (93,1%) Ruang perawatan bedah umumnya baik 21 orang (100,0%) dan Motivasi perawat pada ruang perawatan anak umumnya sedang yaitu 12 orang (54,5%) Ruang Interna umumnya Tinggi yaitu 21 orang (72,4%) Ruang perawatan Bedah umumnya Tinggi yaitu 16 orang (76,2%)

Penelitian ini di sarankan Kepada tim KPRS RSUD Daya Makassar untuk Memotivasi perawat merupakan salah satu cara agar rumah sakit dapat memperoleh mutu yang baik.sehingga harus menjadi kewajiban bagi pihak RSUD Daya Makassar untuk terus memotivasi perawatnya dalam melaksanakan asuhan keperawatan bagi pasien yang berlandaskan pada prinsip *patient safety*.

Daftar pustaka :32 (1996-2012 Kata kunci : Gambran Penerapan program patient safety,pengetahuan perawat dan motivasi perawat

ABSTRACT

Hasanuddin University
School of Public Health
Hospital Management
Thesis, February 2012

EVERISTA NGALNGOLA

"OVERVIEW OF KNOWLEDGE AND MOTIVATION NURSE PATIENT SAFETY PROGRAM APPLICATION IN POWER INSTALLATION INPATIENT HOSPITAL MAKASSAR IN 2012"

(Guided by prof. Dr. H. Alimin Maidin, MPH and Dr. Syahrir A. Pasinringi)

(Xiii + 75 pages + 16 table + 7 appendix)

Hospital as a place of modern health care is a very complex organization in which highly capital intensive, technology-intensive, labor-intensive, profession dense, solid systems, and solid quality and solid risk so it is not surprising when undesirable events (adverse event) will often occur and will result in the injury or death in patient. Based on secondary data obtained in inpatient hospitals Power Makassar in 2011 (1.52%) nosocomial infection when compared with the 1.5% standard Permenkes. This illustrates that attitudes of nurses in their motivation to carry out nursing care of patient safety in reference to the concept of patient safety has not been optimal.

This study aims to look at picture knowledge and motivation of nurses to patient safety program implementation in inpatient hospitals Power Makassar Year 2012. Kind of this research is descriptive and population are all nurses working in inpatient wards especially internal, child care and surgical treatment, the samples were all nurses are 71 people with a total sampling method.

The results showed knowledge in the installation of inpatient nurses at a hospital child care is generally good Makassar Power yatu 21 (100.0%). Generally good internal treatment room is 27 people (93.1%) surgical treatment room is generally good 21 people (100.0%) and Motivation nurses in child care spaces generally are the 12 people (54.5%) areas generally Interna Height is 21 people (72.4%) High generally Surgical treatment room is 16 people (76.2%)

To suggest that this research team KPRS Hospital Makassar Power to Motivate nurses is one way that hospitals can obtain good. So that quality should be mandatory for the hospitals Power Makassar to continue to motivate nurses in implementing nursing care for patients based on the principle of patient safety.

Bibliography: 32 (1996-2012)

Keywords: Gambran Application of patient safety programs, knowledge and motivation of nurses

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas berkat dan rahmat-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini dengan judul **“Gambaran Pengetahuan Dan Motivasi Perawat Terhadap Penerapan Program Patient Safety Di Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Makassar Tahun 2012”**

Sungguh banyak kendala yang penulis hadapi dalam rangka penyusunan skripsi ini. Namun berkat dukungan dan bantuan dari berbagai pihak, akhirnya penulis dapat melewati kendala-kendala tersebut. Untuk itu dengan segala kerendahan dan ketulusan hati penulis ucapkan terima kasih yang begitu dalam kepada Tuhan Yesus Kristus yang telah menyertaidan memberkati penulis untuk tetap sabar dan setia dalam penelitian dan penulisan skripsi bahkan selama perkuliahan. Tak lupa juga trima kasih yang sebesar-besarnya kepada my sister (yoke ngalngola) dan suaminya (boby wurbanaran) yang dengan penuh kasih sayang membiayai penulis dalam perkuliahan dengan pengorbanan yang tak ternilai harganya, dan terimakasih banyak buat wakil Tuhan dibumi yakni orang tuaku yang tercinta Mikhael (ayah) almarum dan Olempia (ibu), yang dengan penuh kasih membesarkan dan mendidik penulis dengan motivasi dan dorongan, serta kakak tersayang fransiskus ngalngola yang senantiasa mendukung dan memberikan motivasi bagi penulis selama menjalani study.

Dalam kesempatan ini pula penulis menyampaikan rasa syukur dan terima kasih atas segala bantuan, kerjasama dan dukungan selama ini, kepada:

1. Ibu dr. Hj. A. Indawaty Sidin, MHSM selaku Ketua Jurusan Manajemen Rumah Sakit yang selalu memberikan masukan dalam proses perkuliahan maupun penyusunan skripsi ini.
2. Prof.Dr.dr.H.M.Alimin Maidin,MPH selaku Pembimbing I,yang telah meluangkan waktu walaupun ada kesibukannya,dengan secara khusus untuk mengajari penulis bagaimana menjadi seorang “*good researcher*” juga terimah kasih telah berbagai dengan penulis yang sebagai hasilnya penulis yang semakin menemukan “*tacit knowledge*” lebih dari pada yang penulis duga.
3. Bapak Dr. Syahrir A . Pasinringi MS selaku Pembimbing II untuk saran ,kritik yang konstruktif demi kesempurnaan skripsi ini.Terimah kasih telah meluangkan waktu di tengah-tengah kesibukannya.
4. Dr.dr.H.Noer.Bahry Noor.M.Sc .selaku penguji dalam atas segala saran ,pendapat yang berharga mulai dari penyusunan proposal hingga akhir skripsi ini di buat.
5. dr.M.Furqaan Naiem.M.Sc.Ph.D selaku penguji atas masukan dan koreksi yang sangat membangun selama proses penyusunan skripsi.
6. Sudirman Nasir,S.Ked,MWH.Ph.D Selaku penguji atas bantuan dorongan semangat kepada penulis untuk tetap ‘survive’ hingga garis batas.
7. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat yang telah ikhlas memberikan bekal ilmu selama perkuliahan hingga selesai serta seluruh

pegawai Staff Tata Usaha Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah banyak membantu penulis.

8. Pegawai jurusan MARS (Kak Ruri, Kak masna, Kak Adi dan Kak Eda) untuk segala bantuan dan dukungan kepada penulis selama penyusunan skripsi.
9. Bapak Kepala Badan Kabid Data dan Publikasi Prov. Sulsel dan bapa walikota makassar yang telah memberikan izin/rekomendasi penelitian kepada penulis untuk melakukan penelitian.
10. Pimpinan RSUD Daya Makassar dan para responden, terima kasih atas kesempatan yang diberikan kepada penulis untuk melakukan penelitian sehubungan dengan judul skripsi pada instansi tersebut.
11. Keluarga Besar Ngalngola- Seran yang telah mendukung dan terus mendoakan penulis..
12. Teman – Teman SMA Budi Saumlaki angkatan 2005 yang telah mendukung dan mendoakan penulis.
13. Teman-teman PBL Kelurahan Tammua, Makassar atas dukungan dan kebersamaannya selama masa PBL.
14. Teman-teman KKN Profesi Kesehatan Angkatan 38, Kel. palangiseng Kec.lilirilau Kab. Soppeng atas dukungan dan kebersamaannya selama masa KKN.
15. Teman-teman Kos assalam (tantri,lisa,ikha, dan vhia) terima kasih atas dukungan dan kebersamaannya.
16. Teman-teman dan sahabat-sahabatku (neli,ida,ikha,beni ,enjel dan eci)

17. Kakak dan orang yang selalu mendukung penulis (K'Pastor Paul,Ais,stewar,sintia)
18. Teman-teman angkatan 2008, dan teman-teman seperjuanganku di jurusan MARS, terima kasih buat dukungan dan kebersamaannya.
19. Semua pihak yang banyak membantu dan memberikan dukungan yang tidak sempat penulis sebutkan satu persatu terima kasih yang tak terhingga.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga saran dan masukan yang sifatnya membangun dari semua pihak sangat kami hargai. Akhir kata penulis menaruh harapan besar semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak.

Makassar,03 Mei2013

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
RINGKASAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Tinjauan Umum Tentang Pasien Safety	10
B. Tinjauan Umum Tentang Perawat.....	24
C. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan perawat.....	27
D. Tinjauan Umum Tentang Motivasi Perawat.....	29
E. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit	35
F. Matriks Penelitian	39

G. Kerangka Operasional Penelitian.....	42
H. Kerangka Teori	43
BAB III KERANGKA KONSEP	44
A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti	44
B. Kerangka Konsep.....	45
C. Defenisi Operasional Dan Kriteria Objektif	45
BAB IV METODE PENELITIAN	47
A. Jenis Penelitian	47
B. Lokasi Dan Waktu Penelitian	47
C. Populasi Dan Sampel.....	47
D. Pengumpulan Data	48
E. Pengolahan Data.....	49
F. Analisis Data.....	50
G. Pengkajian Data.....	50
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	51
A. Gambaran Umum Tentang RSUD Daya Makassar.....	51
B. Pembahasan	65
C. Keterbatasan Penelitian	74
BAB VI PENUTUP.....	75
A. Kesimpulan	75
B. Saran	76
DAFTAR PUSTAKA.....	78

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Matriks Penelitian.....	38
Gambar 2 Kerangka operasional penelitian	42
Gambar 3 Kerangka Teori	43
Gambar 4 Kerangka Konsep.....	45

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Angka infeksi nosokomial di instalasi rawat inap RSUD Daya Makassar Tahun 2010 -2011.....	5
2. Distribusi Tenaga perawat di instalasi rawat inap RSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	48
3. Distribusi Tenaga Berdasarkan Kualifikasi di RSUD DayaMakassaTahun2012.....	52
4. Distribusi Responden Berdasarkan umur Perawat Di Unit Rawat Inap RSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	54
5. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Perawat Di Unit Rawat Inap RSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	55
6. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Perawat Di Unit Rawat InapRSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	56
7. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan di Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	57
8. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden di Instalasi rawat inap RSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	58
9. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden di Instalasi rawat inap ruang perawatan anak RSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	59
10. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden di Instalasi rawat inap ruang perawatan interna RSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	59
11. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden di Instalasi rawat inap ruang perawatan bedah RSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	60
12. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Tingkat Motivasi di Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	61
13. Distribusi Frekuensi Motivasi Responden di Instalasi rawat inap RSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	63

14. Distribusi Frekuensi Motivasi Responden di ruang perawatan anak Instalasi rawat inap RSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	63
15. Distribusi Frekuensi Motivasi Responden di ruang perawatan interna Instalasi rawat inap RSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	64
16. Distribusi Frekuensi Motivasi Responden di ruang perawatan bedah Instalasi rawat inap RSUD Daya Makassar Tahun 2012.....	64

DAFTAR LAMPIRAN

1. surat izin penelitian dari Gubernur Sulawesi selatan C.q
2. surat izin penelitian dari Wali Kota Makassar
3. surat keterangan penelitian dari rumah sakit
4. lembar kuesioner
5. Master Tabel
6. Hasil Analisis
7. Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN DAN ARTI

1. IPTEK : Ilmu perilaku dan teknologi
2. *Commission* : akibat melaksanakan suatu tindakan
3. *Omission* : tindakan yang seharusnya di ambil
4. KKPRS : Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
5. IOM : Institute of Medicine USA
6. Patient safety : keselamatan pasien
7. PERSI : Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia
8. KTD : kejadian tak di harapkan
9. KNC : kejadian nyeri cedera
10. *attitude* : sikap
11. *Responsible* : bertanggung jawab
12. *Accountability* : akuntabilitas
13. *Dicubitus* : perawatan luka yang terjadi karena tekanan yang terus menerus pada bagian-bagian tubuh hingga sirkulasi darah kearah Tersebut terganggu dan mengakibatkan dekrasi jaringan tubuh
14. *Phlebitus* : inflamasi vena yang disebabkan oleh iritasi kimia maupun mekanik
15. Blame Free Culture : Budaya safety meningkat dan berkembang
16. Reporting Culture : laporan budaya
17. Learning Culture : belajar budaya
18. Keluhan litigasi : tuntutan hukum
19. JCI : Joint Commission International
20. *read back* : membacakan kembali
21. *cito* : segera
22. *High-Alert* : keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai
23. *sentinel event* : kesalahan serius
24. adverse outcome : dampak yang tidak di inginkan

25. NORUM : Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip
26. Lasa : Look Alike Sound
27. *Restricted* : area yang dibatasi ketat
28. *site marking* : penandaan lokasi
29. *illegible hand writing* : permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca
30. *laterality* : Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi
31. multipel struktur : jari tangan, jari kaki, lesi
32. multipel level : tulang belakang
33. *imaging* :foto
34. *Time out* : Sebelum insisi
35. *Checklist* ;cek list
36. *blood stream infections*: infeksi pada aliran darah
37. pneumonia : sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis
38. *hand hygiene* :cuci tangan
39. KARS : Keselamatan Pasien RS
40. Independen : tindakan perawat tidak memerlukan perintah dokter.
41. Dependen : Perawat membantu dokter memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan khusus yang menjadi wewenang dokter dan seharusnya dilakukan dokter
42. Interdependen : Tindakan perawat berdasar pada kerja sama dengan tim perawatan atau tim kesehatan
43. *Know* :mengetahui
44. *Comprehension* :memahami
45. *Aplication* : Menggunakan
46. *Analysis* : Menguraikan
47. *Synthesis* : Menyimpulkan

- 48. Evaluation** : Mengevaluasi
- 49. Achievement** : Kebutuhan akan prestasi
- 50. Power** : Kebutuhan akan kekuasaan
- 51. Thinking** : Pemikiran
- 52. Action** : Tindakan
- 53. insentive** : perangsang
- 54. integral** :menyeluru

BAB I

PENDAHULAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan modern adalah suatu organisasi yang sangat kompleks yang didalamnya sangat padat modal, padat teknologi, padat karya, padat profesi, padat sistem, dan padat mutu serta padat resiko sehingga tidak mengejutkan bila kejadian tidak diinginkan (*adverse event*) akan sering terjadi dan akan berakibat terjadinya injuri atau kematian pada pasien (Depkes RI, 2006)

Dengan makin meningkatnya perkembangan IPTEK kedokteran, meningkatnya tingkat pendidikan dan kesadaran masyarakat akan hak asasi manusia maka rumah sakit tidak hanya dituntut untuk meningkatkan kualitas pelayanan tapi juga menjaga keselamatan pasien secara konsisten dan terus-menerus. Pasien Safety didefinisikan sebagai suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan yang aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommission*). (Kepmenkes tentang Keselamatan Pasien No.1691 Tahun 2011)

Dalam pengembangan tenaga kesehatan guna mewujudkan Indonesia sehat 2010 adalah meningkatnya pemberdayaan atau daya guna tenaga kesehatan dan penyediaan tenaga kesehatan di Rumah Sakit yang bermutu dari masyarakat

dan pemerintah. Tenaga kesehatan secara umum merupakan satu kesatuan tenaga yang terdiri dari tenaga medis, tenaga perawatan, tenaga paramedis non perawatan dan tenaga non medis. Dari semua katagori tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit, tenaga perawatan merupakan tenaga terbanyak dan mereka mempunyai waktu kontak dengan pasien lebih lama dibandingkan tenaga kesehatan yang lain, sehingga mereka mempunyai peranan penting dalam menentukan baik buruknya mutupelayanan kesehatan di rumah sakit. (Depkes RI, 2000)

Menurut laporan dari Institute of Medicine USA (IOM) tahun 2000 di Amerika Serikat diproyeksikan terjadi 44.000 sampai dengan 98.000 kematian setiap tahun akibat dari medical error jauh lebih tinggi dibandingkan AIDS (16,516), kanker payudara (42,297) dan kecelakaan (43,458). (Karsh dalam Raidah 2011)

Hasil yang hampir sama juga dilaporkan melalui The Harvard study of Adverse events dalam Said (2010). Dalam temuannya terbukti bahwa biaya yang harus dikeluarkan per pasien akibat medical error adalah sekitar US \$ 2595 (lebih dari Rp 25 juta) dengan perpanjangan masa rawat di rumah sakit rata-rata 2,2 hari.

Di Indonesia sendiri, kasus medical eror sulit diidentifikasi. Laporan insiden baru tercatat di Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) mulai September 2006. Hasil laporan insiden sejak September 2006 sampai Agustus 2007 sebanyak 145 insiden. Kasus medical erorr identik disebut kejadian gunung

es, tidak tampak didasar tetapi angka kejadiannya sangat tinggi (Classen et al dalam Rusmi 2010).

Berdasarkan laporan dari Institute of Medicine USA (IOM) berbagai negara mulai mengembangkan suatu gerakan yang disebut sebagai Patient Safety (Keselamatan Pasien). Lembaga Kesehatan Dunia (WHO) sendiri mendirikan lembaga World Alliance for Patient Safety pada tahun 2004 dan Indonesia memulai gerakan keselamatan pasien ini pada tahun 2005 yaitu dengan didirikannya Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) oleh Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) pada tanggal 1 Juni 2005 dan dicanangkannya gerakan Keselamatan Pasien secara nasional oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada tanggal 21 Agustus 2005.

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global untuk rumah sakit. 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 yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan bisnis rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit (DepKes RI, 2006).

Data tentang KTD (Kejadian Tak Diharapkan) dan KNC (Kejadian Nyaris Cedera) di Indonesia masih langka, namun dilain pihak terjadi peningkatan praktek yang belum tentu sesuai dengan pembuktian akhir. Insidensi pelanggaran *patientsafety* 28,3% dilakukan oleh perawat. Perawat harus menyadari perannya

sebagai keselamatan pasien di rumah sakit sehingga harus dapat berpartisipasi aktif dalam mewujudkan dengan baik. Kerja keras perawat tidak dapat mencapai optimal jika tidak didukung dengan sarana prasarana, manajemen rumah sakit dan tenaga kesehatan lainnya. Karakteristik profesi adalah memiliki ilmu pengetahuan, *attitude* (sikap berarti suatu keadaan jiwa (mental) dan keadaan pikir yang di persiapkan untuk memberi tanggapan terhadap objek yang di organisir melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung kepada perilaku.), *responsible* (tanggungjawab dapat di artikan bahwa segala sesuatu yang telah di pilih dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi misalnya seorang perawat mau menerapkan keselamatan pasien meskipun mendapat tantangan dari teman sejawat di rumah sakit), dan *accountability* (akuntabilitas merupakan kebijakan yang meningkatkan mutu pelayanan terhadap pasien dan masyarakat di rumah sakit) tenaga kesehatan profesional harus bertanggung jawab dan bertanggung gugat, dengan demikian mengurangi resiko pelanggaran *patient safety* (Adib,2009).

Adapun Rumah Sakit RSUD Daya Makassar yang memiliki Kebijakan strategi penerapan *patient safety* yaitu Sosialisasi *patient safety* pada seluruh unit pelayanan, pencatatan dan pelaporan internal insiden kasus, solusi masalah dan akar masalah, standarkeselamatan pasien dan masalah perawatan diri dalam akreditasi, Pendidikan, pelatihan dan penelitian, *patient safety* sesuai kementrian kesehatan.

Tabel 1
 Angka Infeksi Nosokomial Di Instalasi Rawat Inap
 Rumah Sakit Daya Makassar Tahun 2010-2011

Tahun	Angka infeksi nosokomial		
	Plebitus	Dikubitus	Standar (Kepmenkes No 129 tahun 2008)
2010	83	-	-
2011	120	32 (1,52 %)	1,5 %
Jumlah	203	32	-

Sumber: Instalasi RawaPt Inap,2012

Dari tabel di atas dapat menunjukkan bahwa jumlah kejadian infeksi nosokomial di Instalasi rawat inap belum optimal karena di lihat dari tahun 2011 kejadian plebitus meningkat dari tahun sebelumnya . Hal ini menggambarkan bahwa sikap perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien secara aman yang merujuk pada konsep *patient safety* belum optimal.

Program *patient safety* adalah untuk menjamin keselamatan pasien di rumah sakit melalui pencegahan terjadinya kesalahan dalam memberikan pelayanan kesehatan antara lain : infeksi nosokomial, pasien jatuh, pasien *dicubitus*(perawatan luka yang terjadi karena tekanan yang terus menerus pada bagian-bagian tubuh hingga sirkulasi darah kedarah tersebut terganggu dan mengakibatkan dekrasi jaringan tubuh. *Phlebiti*(inflamasi vena yang

disebabkan oleh iritasi kimia maupun mekanik) pada pemasangan infus, tindakan bunuh diri yang bisa dicegah, kegagalan profilaksis. Program pasien safety yang berhubungan dengan perawat yaitu tingkat pengetahuan dan motivasi dalam mendukung sikap dalam kinerja untuk meningkatkan keselamatan pasien dengan baik ,dan kenapa harus di perlukan untuk menjamin pelayanan kesehatan dalam rumah sakit.

Menurut teori Griffiths,dkk (dalam Jeles A. Atihuta,dkk 2010), insiden ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor fasilitas rumah sakit yang belum memenuhi standar, faktor kepemimpinan dan faktor tenaga kerja itu sendiri baik dokter, perawat, bidan, apoteker, fisioterapis, dan profesi kesehatan lainnya. Sedangkan, menurut Nursalam (2011) faktor yang berpengaruh terhadap insiden *Patient Safety* adalah kinerja individu perawat.

Penelitian Huber tahun 1996 menunjukkan bahwa pelayanan yang paling banyak diberikan kepada pasien di rumah sakit adalah pelayanan keperawatan yaitu sebesar 90%. Sehingga dapat dikatakan bahwa baik buruknya pelayanan kesehatan di rumah sakit khususnya dalam melaksanakan *Patient Safety* sangat ditentukan oleh kinerja perawat itu sendiri. (Nursalam 2011)

Menurut Gibson (1987), kinerja individu perawat dipengaruhi oleh 3 variabel yaitu variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Variabel individu, terdiri dari kemampuan, keterampilan, pengetahuan, demografi dan latar belakang keluarga. Variabel psikologi terdiri dari persepsi,

sikap, motivasi, kepribadian dan belajar. Sedangkan, variabel organisasi terdiri dari sumber daya, imbalan, beban kerja, struktur, supervisi dan kepemimpinan. (Firmansyah 2009)

Berdasarkan beberapa penelitian terdahulu, terdapat hasil penelitian yang berbeda. Beberapa penelitian memperoleh hasil bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam melaksanakan *Patient Safety* yaitu variabel pengetahuan dan variabel motivasi. Namun, berdasarkan hasil penelitian Rusdi (2001) di RSUD Ciawi Bogor justru menunjukkan bahwa supervisi merupakan faktor determinan terhadap pelayanan mutu perawat pelaksana. Maka, bertolak dari uraian di atas, peneliti tertarik untuk menganalisis kedua variabel tersebut yaitu variabel pengetahuan, dan motivasi perawat dalam melaksanakan program *Patient Safety* khususnya di Instalasi rawat inap

B. RUMUSAN MASALAH

1. Bagaimana gambaran pengetahuan perawat dalam melaksanakan penerapan program *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Makassar?
2. Bagaimana gambaran motivasi perawat dalam melaksanakan penerapan program *patient safety* di Instalasi rawat inap RSUD Daya Makassar ?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan motivasi perawat dalam melaksanakan program *Patient Safety* di Instalasi rawat inap RSUD Daya Makassar.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui gambaran pengetahuan perawat dalam melaksanakan program *patient safety* di Instalasi rawat inap yaitu ruang perawatan anak, ruang perawatan interna dan ruang perawatan bedah RSUD Daya Makassar
- b. Mengetahui gambaran motivasi perawat dalam melaksanakan program *patient safety* di Instalasi rawat inap yaitu ruang perawatan anak, ruang perawatan interna dan ruang perawatan bedah RSUD Daya Makassar

D. MANFAAT PENELITIAN

Manfaat penelitian ini dapat di sampaikan sebagai berikut:

- a. Manfaat bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
Diharapkan penulisan ini dapat memperkaya bahasa dalam bidang manajemen sumber daya manusia bidang kesehatan tentang gambaran pengetahuan dan motivasi perawat dalam menerapkan program *patient safety*

b. Manfaat bagi RSUD Daya Makassar

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam upaya pengembangan sumber daya manusia, khususnya meningkatkan pengetahuan dan motivasi perawat dalam penerapan program *patient safety*.

c. Manfaat bagi peneliti

Peneliti dapat menerapkan ilmu atau teori pada waktu kuliah yang digunakan untuk penelitian ini. Disamping itu penelitian ini menambah wawasan bagi peneliti mengenai faktor pengetahuan dan motivasi terhadap perawat dalam menerapkan program *patient safety*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN UMUM TENTANG PATIENT SAFETY

1. Defenisi Patient Safety

Patient safety di 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 meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kepmenkes Keselamatan Pasien Rumah Sakit 2011)

Pada hakekatnya program keselamatan pasien harus meliputi tiga hal: pertama, perubahan budaya yaitu perubahan dari mencari kesalahan personal menjadi mencari kesalahan sistem. Tujuan dari perubahan budaya adalah transparansi. Kedua, perubahan proses. Proses memerlukan standarisasi dan meminimalisir variasi guna meningkatkan kualitas pelayanan dan menurunkan KTD. Ketiga, mengukur proses. Proses harus dapat diukur apakah sudah baik atau belum (Frankel, Gandhi and Bates, 2003 dalam Rusmi Sari Tajuddin).

2. Tujuan *Patient Safety*

- 1) Tujuan *patient safety* menurut Kebijakan Depkes tentang keselamatan pasien rumah sakit antara lain: (Ariyani 2009) adalah:
 - a. Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit
 - b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
 - c. Menurunnya Kejadian Tak Diharapkan (KTD)
 - d. Terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD
- 2) Kebijakan *patient safety* di rumah sakit antara lain:
 - a. Rumah Sakit wajib melaksanakan sistim keselamatan pasien.
 - b. Rumah Sakit wajib melaksanakan 7 langkah menuju keselamatan pasien.
 - c. Rumah Sakit wajib menerapkan standart keselamatan pasien.
 - d. Evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien akan dilakukan melalui program akreditasi rumah sakit.

3. Manfaat Penerapan *Patient Safety*

- a. Budaya safety meningkat dan berkembang. (Blame Free Culture, Reporting Culture, Learning Culture)
- b. Komunikasi dengan pasien berkembang
- c. KTD menurun, peta KTD selalu ada dan terkini
- d. Resiko klinis menurun

- e. Keluhan litigasi (tuntutan hukum) berkurang
- f. Mutu pelayanan meningkat
- g. Citra rumah sakit dan kepercayaan masyarakat meningkat, diikuti kepercayaan diri yang meningkat

4. Sasaran *Patient Safety*

Sasaran Keselamatan Pasien menurut permenkes RI NOMOR 1691/MENKES/PER/VIII/2011, merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Sasaran tersebut mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions dari WHO Patient Safety* tahun 2007. Sasaran tersebut juga digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI) dan dari Joint Commission International (JCI).

Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran-sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini.

Enam sasaran keselamatan pasien rumah sakit menurut Kepmenkes No 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan pasien Rumah Sakit adalah sebagai berikut.

a. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki atau meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

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

Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam

medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi.

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

3) Elemen Penilaian Sasaran

- a) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- c) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis
- d) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur.
- e) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi

b. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi yang Efektif

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis.

Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (atau memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat.

Kebijakan dan/atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

3) Elemen Penilaian Sasaran II

- a) Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
- b) Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
- c) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
- d) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

c. Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

(High-Alert)

1) Standar

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

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high-alert medications) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (adverse outcome) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look Alike Sound/LASA).

Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat = 50 % atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/ kurang hati-hati.

3) Elemen Penilaian Sasaran

- a) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- b) Implementasi kebijakan dan prosedur.
- c) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
- d) Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

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

Operasi

1) Standar

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

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

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

Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible hand writing*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor sering terjadi. Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal*

Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery.

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat.

Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang). Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar, memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang, melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant-implant yang dibutuhkan. Tahap “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*.

3) Elemen Penilaian Sasaran

- a) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
- b) Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
- c) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/ *time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
- d) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

e. Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

1) Standar

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

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan.

Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

3) Elemen Penilaian Sasaran

- a) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari *WHO Patient Safety*).
- b) Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
- c) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan

pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

f. Sasaran VI : Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien Rawat Darurat. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit.

3) Elemen Penilaian Sasaran

- 1) Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
- 2) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap beresiko jatuh.

- 3) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- 4) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

5. Menurut (Depkes RI,2006) Standar *patient safety*

Adapun 7 Standar Keselamatan Pasien RS (KARS – DepKes)

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

B. TINJAUAN UMUM TENTANG PERAWAT

1. Defenisi Perawat

Perawat berasal dari bahasa latin yaitu dari kata *Nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Perawat adalah profesi yang difokuskan pada perawatan individu, keluarga, dan masyarakat sehingga mereka dapat

mencapai, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan yang optimal dan kualitas hidup dari lahir sampai mati.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan biopsikososial dan spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Lokakarya Keperawatan 1983 dalam A. Aziz alimul hidayat).

2. Peran Perawat

Menurut (konsirsium ilmu kesehatan tahun 1989) peran perawat terdiri dari :

- a. Peran Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan
- b. Peran Perawat sebagai advokat klien
- c. Peran Perawat sebagai Edukator
- d. Peran Perawat sebagai koordinator
- e. Peran Perawat sebagai kolaborator
- f. Peran Perawat sebagai Konsultan
- g. Peran Perawat sebagai Pembaharuan

Selain peran perawat berdasarkan konsirsium ilmu kesehatan, terdapat pembagian peran perawat menurut hasil lokakarya keperawatan tahun 1983, yang membagi empat peran perawat.(Nursalam.2002)

- a. Peran Perawat sebagai Pelaksana Pelayanan Keperawatan
- b. Peran Perawat sebagai Pendidik dalam Keperawatan
- c. Peran Perawat sebagai Pengelola pelayanan Keperawatan
- d. Peran Perawat sebagai Peneliti dan Pengembang pelayanan Keperawatan.

3. Fungsi Perawat

Fungsi perawat meliputi:

- a. Fungsi Independen

Dalam fungsi ini, tindakan perawat tidak memerlukan perintah dokter. Tindakan perawat bersifat mandiri, berdasarkan pada ilmu keperawatan. Oleh karena itu, perawat bertanggung jawab terhadap akibat yang timbul dari tindakan yang diambil. Contoh tindakan perawat dalam menjalankan fungsi independen adalah Pengkajian seluruh sejarah kesehatan pasien/keluarganya dan menguji secara fisik untuk menentukan status kesehatan.

- b. Fungsi Dependen

Perawat membantu dokter memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan khusus yang menjadi wewenang dokter dan seharusnya dilakukan dokter, seperti pemasangan infus, pemberian obat, dan melakukan suntikan.

c. Fungsi Interdependen

Tindakan perawat berdasar pada kerja sama dengan tim perawatan atau tim kesehatan. Fungsi ini tampak ketika perawat bersama tenaga kesehatan lainnya berkolaborasi mengupayakan kesembuhan pasien. Mereka biasanya tergabung dalam sebuah tim yang dipimpin oleh seorang dokter

C. TINJAUAN UMUM TENTANG PENGETAHUAN PERAWAT

a. Pengetahuan.

Pengetahuan adalah pengetahuan adalah hasil “tahu” manusia setelah melakukan penginderaan terhadap objek tertentu melalui pancaindera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Pengetahuan tersebut dapat diperoleh dari pengalaman langsung maupun dari pengalaman orang lain.

Menurut Jann Hidayat Tjakraatmadja dan Donald Crestofel Lantu dalam bukunya *Knowledge Management* dalam (Ariyani 2009) disebutkan bahwa pengetahuan diperoleh dari sekumpulan informasi yang saling terhubung secara sistematis sehingga memiliki makna. Informasi diperoleh dari data yang sudah diolah (disortir, dianalisis, dan ditampilkan dalam bentuk yang dapat dikomunikasikan melalui bahasa, grafik atau tabel), sehingga memiliki arti. Selanjutnya data ini akan dimiliki seseorang dan akan tersimpan dalam neuron-neuron (menjadi memori) di otaknya.

Kemudian ketika manusia tersebut dihadapkan pada suatu masalah maka informasi-informasi yang tersimpan dalam neuron-neuronnya dan yang terkait dengan permasalahan tersebut, akan saling terhubung dan tersusun secara sistematis sehingga ia memiliki model untuk memahami atau memiliki pengetahuan yang terkait dengan permasalahan yang dihadapinya. Kemampuan memiliki pengetahuan atas obyek masalah yang dihadapi sangat ditentukan oleh pengalaman, latihan atau proses belajar.

b. Tingkat Pengetahuan

Intensitas atau tingkat pengetahuan seseorang terhadap obyek tertentu tidak sama. Secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkatan pengetahuan, yaitu:

- a. Mengetahui (*know*), artinya mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.
- b. Memahami (*comprehension*) artinya suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang di ketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- d. Menggunakan (*aplication*) artinya kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang nyata.
- e. Menguraikan (*analysis*), yaitu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

- f. Menyimpulkan (*synthesis*), maksudnya suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- g. Mengevaluasi (*evaluation*), yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin di ukur dari subyek penelitian atau responden.(Ariyani 2009)

D. TINJAUAN UMUM TENTANG MOTIVASI PERAWAT

Menurut .(Mc Clelland,2006) Achievement Motivation Theory oleh Mc. Celland, Motivasi berasal dari perkataan motif (*motive*) yang artinya adalah rangsangan dorongan dan ataupun pembangkit tenaga yangdimiliki seseorang sehingga orang tersebut memperlihatkan perilakutertentu. Sedangkan yang dimaksud dengan motivasi ialah upaya untuk menimbulkan rangsangan, dorongan ataupun kelompok masyarakat tersebut mau berbuat dan bekerja sama secara optimal melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.Motivasi mempunyai arti mendasar sebagai inisiatif penggerak perilaku seseorang secara optimal, hal ini di sebabkan karena motivasi merupakan kondsisi internal, kejiwaan dan mental manusia seperti aneka keinginan, harapan kebutuhan, dorongan dan kesukaan yangmendorong individu untuk berperilaku kerja guna mencapai tujuan yang dikehendakinya atau

mendapatkan kepuasan atas perbuatannya. Motivasi juga merupakan konsep yang di pakai untuk menguraikan keadaan ekstrinsik yang ditampilkan dalam perilaku. Respon instrinsik disebut juga sebagai motif (pendorong) yang mengarahkan perilaku ke rumusan kebutuhan atau pencapaian tujuan. Stimulus ekstrinsik dapat berupa hadiah atau insentif, mendorong individu melakukan atau mencapai sesuatu. Jadi motivasi adalah interaksi instrinsik dan ekstrinsik yang dapat dilihat berupa perilaku atau penampilan.

Dalam perilaku organisasi motivasi merupakan kemauan yang kuat untuk berusaha ke tingkat yang lebih tinggi atau lebih baik untuk mencapai tujuan organisasi, tanpa mengabaikan kemampuan untuk memperoleh kepuasan dalam pemenuhan kebutuhan pribadi. (McClelland, 2006) antara lain mengemukakan bahwa yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu atau bekerja adalah berfokus pada tiga kebutuhan dasar yaitu:

- a) Kebutuhan akan prestasi (achievement) dorongan untuk mengungguli atau berprestasi,
- b) Kebutuhan akan afiliasi atau ikatan hasrat untuk berhubungan antar pribadi yang ramah dan karib.
- c) Kebutuhan akan kekuasaan (power) kebutuhan yang mendorong seseorang untuk menguasai atau mendominasi orang lain. Selanjutnya motivasi akan dikaitkan dengan tindakan, sebab motif yang besar tidak efektif tanpa ada tindakan yang merupakan *follow-up* dari motif tersebut. Oleh karena itu, perlu dipahami terlebih dahulu apa sebenarnya tindakan itu. Tindakan apapun

merupakan satu jenis perbuatan manusia. Akan tetapi, perbuatan tersebut mengandung maksud tertentu yang memang dikehendaki oleh orang yang melakukan kegiatan. Ada dua macam perbuatan yaitu:

- a. Pemikiran (*thinking*), yaitu perbuatan rohani yang menghendaki bekerjanya daya pikir (otak) manusia.
- b. Tindakan (*action*), yakni perbuatan jasmani yang amat membutuhkan gerak otot tubuh manusia. Perbuatan ini mengandung maksud tertentu yang memang dikehendaki oleh yang bersangkutan. Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa motivasi merupakan suatu yang dapat menimbulkan semangat atau dorongan bekerja individu atau kelompok untuk mencapai tujuan dalam memuaskan kebutuhan-kebutuhan

1. Teori para ahli tentang Motivasi

1) Teori Abraham Maslow Motivasi manusia timbul karena adanya kebutuhan-kebutuhan, yaitu:

- a. fisiologis, antara lain rasa lapar, haus, dan kebutuhan jasmani lainnya.
- b. keamanan, antara lain keselamatan dan perlindungan terhadap kerugian fisik dan emosional, sosial, meliputi di terima baik, rasa memiliki, kasih sayang,
- c. Penghargaan, meliputi faktor penghormatan dari luar seperti status, pengakuan dan perhatian,

d. aktualisasi diri, dorongan untuk menjadi seseorang sesuai ambisinya yang meliputi pencapaian potensi dan pemenuhan kebutuhan diri.

2) Teori Herzberg

Menurut Herzberg, tinggi rendahnya motivasi dan tingkat kepuasan kerja seseorang ditentukan oleh faktor atau kondisi tertentu. Faktor-faktor tersebut adalah:

- a) Motivator yaitu faktor-faktor yang mendorong seseorang kepada sikap positif dan lebih bermotivasi, sehingga menambah kepuasan kerja, misalnya: prestasi, kemajuan, keberhasilan dalam mencapai tujuan, peningkatan atas prestasi seseorang (penghargaan), peningkatan yang dapat diraih oleh sifat pekerjaannya, sifat pekerjaan yang menarik dan menantang, tanggung jawab atas sesuatu pekerjaan, kesempatan untuk mengembangkan diri,
- b) faktor higiene adalah faktor pencegahan kemerosotan semangat kerja dan dapat menghindarkan kekacauan yang menekan produktivitas, meliputi: kebijaksanaan dan administrasi, pengawasan dan mutu pengawasan (supervisi), hubungan pribadi sesama pegawai, atasan dan bawahan, kondisi lingkungan kerja dan keamanan kerja, gaji dan insentif.

3) Teori Mc. Clelland

Menurut David Mc Clelland teori motivasi dibagi menjadi tiga macam yaitu:

- a) motif berprestasi, yaitu dorongan untuk mencapai sukses dalam berkompetensi dengan standar sendiri selalu berusaha meningkatkan kemampuan dalam mewujudkan cita-citanya,
- b) afiliasi, yaitu dorongan untuk diterima orang lain dan bersatu, pegawai yang bermotif afiliasinya diterima, diakui dan dihargai orang lain,
- c) motif berkuasa, yaitu dorongan yang timbul dalam diri seseorang untuk menguasai atau mempengaruhi orang lain.

4) Teori Morgan

Dalam bukunya *Introduction to Psychology*, menjelaskan beberapa teori motivasi sebagai berikut:

- a. Teori insentif, seseorang berperilaku tertentu untuk mendapatkan sesuatu, sesuatu ini disebut sebagai insentif dan adanya diluar diri orang tersebut. Insentif biasanya hal-hal yang menarik dan menyenangkan, dan bisa juga sesuatu yang tidak menyenangkan, maka orang berperilaku tertentu untuk menghindari mendapatkan insentif yang tidak menyenangkan ini. dapat juga terjadi sekaligus, orang berperilaku tertentu

untuk mendapatkan insentif menyenangkan dan menghindari insentif yang tidak menyenangkan

- b. Pandangan hedonistik, seseorang didorong untuk berperilaku tertentu yang akan memberinya perasaan senang dan menghindari perasaan tidak menyenangkan Perangsang Motivasi. Agar seseorang mau dan bersedia melakukan seperti yang diharapkan, kadang kala perlu di sediakan perangsang (*insentive*). Perangsang dibedakan atas dua macam yaitu:

- a) Perangsang positif

Perangsang positif (*positive incentive*) adalah imbalan yang menyenangkan yang disediakan untuk karyawan yang berprestasi. Rangsangan positif ini banyak macamnya, antar lain hadiah, pengakuan promosi, dan ataupun melibatkan karyawan tersebut pada kegiatan yang bernilai gengsi yang lebih tinggi

- b) Perangsang negatif.

Perangsang negatif (*negative incentive*) ialah imbalan yang tidak menyenangkan berupa berupa hukuman bagi karyawan yang tidak berprestasi dan ataupun yang berbuat tidak seperti yang di harapkan. Macam perangsang yang negatif banyak pula

jenisnya, antara lain denda, teguran, pemindahan tempat kerja (mutasi) dan ataupun pemberhentian.

E. TINJAUAN UMUM TENTANG RUMAH SAKIT

1. Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan suatu organisasi tempat berbagai profesi melakukan kegiatan, dengan bergerak dibidang pelayanan kesehatan dimana salah satu upaya yang dilakukan ialah mendukung rujukan pelayanan dari tingkat dasar, seperti Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), untuk itu sebagai pusat rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat dasar, maka pelayanan rumah sakit perlu dijaga kualitas pelayanan terhadap masyarakat yang membutuhkan. Pelayanan kesehatan inilah yang selalu dituntut para pengguna jasa dibidang kesehatan untuk selalu bertambah baik dan pada akhirnya tujuan organisasi dalam melakukan pelayanan prima berkualitas dapat terwujud.

Untuk mewujudkan hal ini, tidak mudah karena sudah apsti terdapat persaingan yang semakin ketat atntar rumah sakit. Karena rumah sakit tidak hanya bersaing dengan rumah sakit lain, namun juga bersaing dengan rumah bersalin, klinik 24 jam, prkatek dokter, praktek bidan swasta dan pelayanan kesehatan laiinya. perubahan yang terjadi dalam masyrakat dewasa ini sanagt mempegaruhi persaingan tersebut, baik perubahan demografi, sosial ekonomi, ilmu pengetahuan, dan teknologi (IPTEK), kompetisi pasar

maupun sumber daya manusianya. Strategi yang tepat untuk menghadapi tantangan dan persaingan di pasar pelayanan kesehatan ini, dimasa depan juga perlu direncanakan dengan baik.

WHO (1957) memberikan batasan tentang rumah sakit, yaitu : suatu bagian menyeluruh (integral) dari organisasi sosial dan medis berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun rehabilitative, dimana pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan, dan rumah sakit juga merupakan pusat latihan tenaga kesehatan, serta untuk penelitian biososial (Yaslis 2002 dalam Rasjid 2006).

Selain rumah sakit merupakan pusat pelayanan rujukan medic spesialistik dan sub spesialistik dengan fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) pasien sesuai dengan fungsi utamanya tersebut, perlu pengaturan sedemikian rupa sehingga rumah sakit mampu memanfaatkan sumber daya yang dimilikinya dengan lebih berdaya guna (efisien) dan berhasil guna (efektif) (Yaslis,2002).

2. Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit menurut surat keputusan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.340/MENKES/PER/III/2010 Tentang kasifikasi rumah sakit. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang

menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan semua jenis penyakit, serta klasifikasi rumah sakit pengelempokan kelas rumah sakit berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan.

Klasifikasi Tersebut Adalah Sebagai Berikut :

1. Rumah sakit umum kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan sub spesialisik luas.
2. Rumah sakit umum kelas B adalah rumah sakit umum mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medic sekurang-kurangnya sebelas spesialisik dan sub spesialisik terbatas.
3. Rumah sakit umum kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar.
4. Rumah sakit umum kelas D adalah Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar.

Rumah sakit merupakan tempat dimana terjadi proses perubahan masukan menjadi keluaran. Masukan utama adalah pasien, dokter, perawat, personel lainnya, prasarana, sarana, peralatan dan sebagainya merupakan juga bagian dari rumah sakit bertemu dengan berbagai administrasi, staf medis dan laboratorium, radiologi, bagain gizi, dan instalasi rawat Inap, rawat

Jalan , IRD (instalasi rawat darurat), ICU (intensif care unit), Kamar Operasi (OK) dan sebagainya, sebagai bagian dari proses pada system rumah sakit.

Selain itu lingkungan luar rumah sakit mempunyai pengaruh seperti, peraturan pemerintah, hukum, masyarakat, pihak asuransi dan sebagainya. Keluaran proses jasa rumah sakit meliputi system biologis yaitu pasien sembuh, cacat atau meninggal. Seluruh produk jasa rumah sakit berefek terhadap tumbuh kembangnya bisnis rumah sakit.

G. MATRIKS PENELITIAN

Tabel 3
Matriks Penelitian

Pengarang	Judul	Masalah	Variabel	Sampel	Metode Penelitian	Hasil
Ariyani (2009) Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang	Analisis Pengetahuan dan Motivasi Perawat yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan Program <i>Patient Safety</i> di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr Moewardi Surakarta Tahun 2008	Angka kematian baik NDR maupun GDR di Rumah Sakit Dr Moewardi melebihi standar yang ditetapkan oleh Depkes.	Variabel Independen: 1. Pengetahuan 2. Motivasi Variabel Dependen: Sikap Mendukung Penerapan Program <i>Patient Safety</i>	Total perawat pelaksana yang bertugas di Instalasi Perawatan Intensif (76 orang)	Observasional dengan menggunakan pendekatan secara deskriptik analitik	1. Ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan sikap mendukung penerapan program patient safety di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta 2. Ada hubungan antara motivasi dengan sikap mendukung penerapan program patient safety di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta

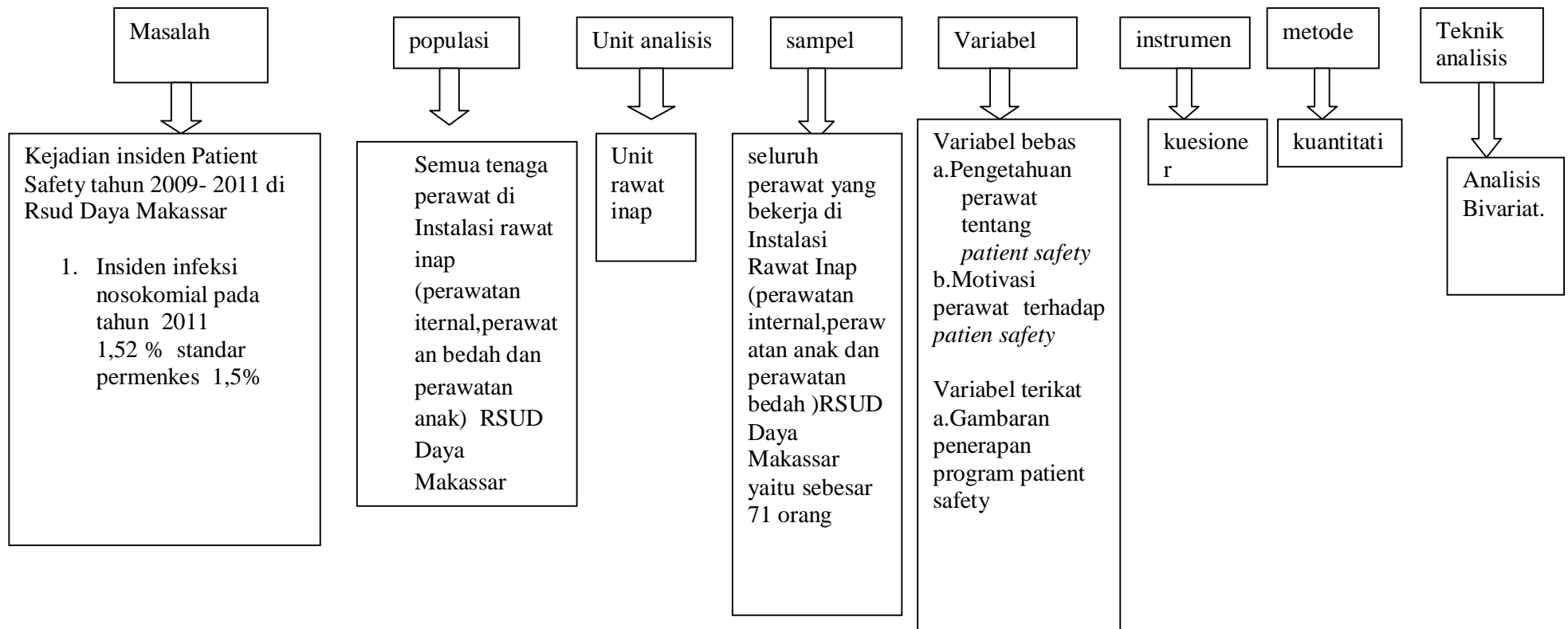
<p>Sri Rahayu, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga 2010</p>	<p>Pengembangan Program Patient Safety Berdasarkan Analisis Pengaruh Faktor Pengetahuan, Persepsi, Awareness, Komitmen dan Efektifitas Teamwork terhadap Kinerja Pelaksanaan <i>Patient Safety</i> (Di Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik)</p>	<p>Insiden patient safety yang terjadi di Rumah Sakit Ibnu Sina Kabupaten Gresik pada Januari- September 2009 adalah 215 dan 94,42% sebenarnya dapat ini dapat dicegah.</p>	<p>Variabel Independen: Pengetahuan,Pers epsi, Awareness,Komit men Dan Efektifitas Teamwork Variabel Dependen: Kinerja Pelaksanaan <i>Patient Safety</i></p>	<p>Seluruh Perawat yang ada di ruang Rawat Darurat.</p>	<p>Observasional dan Analitik</p>	<p>Pengetahuan, persepsi, awareness, komitmen dan efektifitas teamwork berpengaruh terhadap kinerja pelaksanaan <i>Patient Safety</i></p>
<p>Saptorini Murdyastuti. Tesis : Program Studi Magister Kedokteran Keluarga, Program Pascasarjana, Universitas Sebelas Maret Surakarta 2010</p>	<p>Pengaruh Persepsi, Pengetahuan, dan Motivasi Perawat Terhadap Pelaksanaan Patient Safety di Ruang Rawat Darurat RSO Prof . Dr. R Soeharto Surakarta</p>	<p>Profesionalitas tenaga kesehatan ditunjukkan dari perilaku tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan termasuk pelaksanaan program menjaga keamanan pasien (patient safety)</p>	<p>Variabel Independen: Pengetahuan,Pers epsi, motivasi Variabel Dependen: Pelaksanaan program Patient Safety</p>	<p>Perawat</p>	<p>Explanatory research</p>	<p>Variabel persepsi, pengetahuan tentang patients safety, dan motivasi perawat berpengaruh terhadap pelaksanaan program patients safety</p>

Rina Amelia (2009)	Pengaruh Motivasi Berprestasi terhadap Kinerja Perawat dalam Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara, Medan	Rata-rata (LOS) dari tahun 2002 sampai 2006 berkisar 84.6 hari, yang jauh melebihi standar Depkes yaitu 14 hari.	Variabel Independen: Motivasi Variabel dependen: Kinerja	seluruh perawat di ruang Rawat Darurat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara, berjumlah 59 orang.	Penelitian survey dengan metode eksplanatory	Motivasi berpengaruh terhadap kinerja perawat.
Jeles A. Atihuta, dkk (2010)	Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Mutu Pelayanan di RSUD Dr. M. Haulussi Ambon	Angka kejadian infeksi nosokomial khususnya Flebitis di RSUD Dr. M. Haulussy Ambon pada tahun 2009 masih tinggi yaitu sebesar 9,29% dibandingkan standar pelayanan minimal Depkes RI yaitu sebesar $\leq 1,5\%$.	Variabel Independen: Peran Manajemen Keperawatan (Perencanaan, Pengorganisasian, Pelaksanaan, Pengawasan) dan clinical governance. Variabel Dependen: Kinerja mutu pelayanan	Sub sistem ruang perawatan RSUD Dr. M. Haulussi Ambon	Deskriptif dan analitik dengan pendekatan Cross sectional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor Manajemen Keperawatan (Perencanaan, Pengorganisasian, Pelaksanaan, Pengawasan) berpengaruh terhadap kinerja. 2. Faktor clinical governance (standar klinik, indikator klinik, audit klinik) berpengaruh terhadap kinerja.

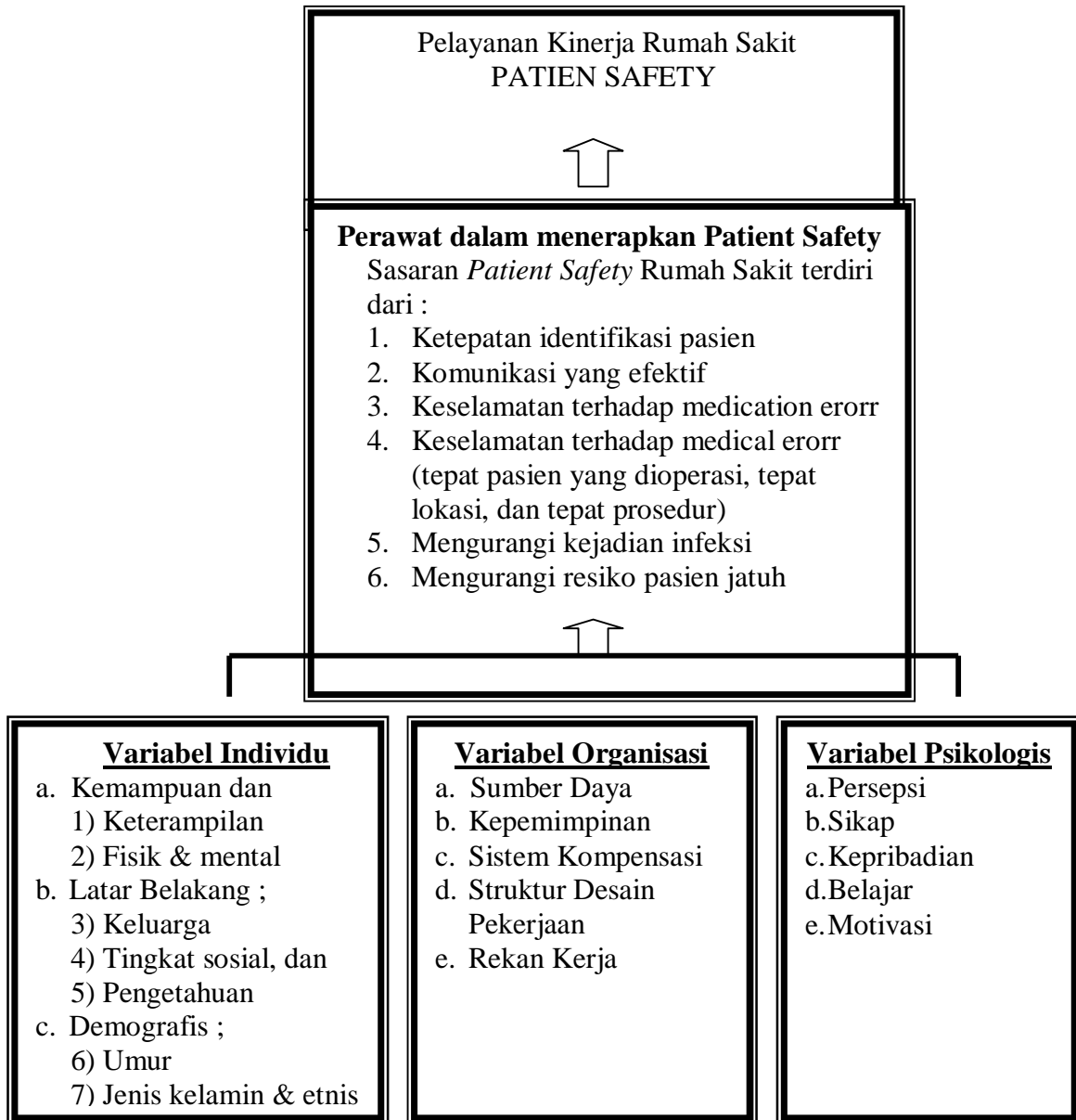
H. KERANGKA OPERASIONAL PENELITIAN

GAMBARAN PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT TERHADAP PROGRAM PATIENT SAFETY DI INSTALASI

RAWAT INAP RSUD DAYA MAKASSAR



I. KERANGKA TEORI



Gambar 2 Kerangka Teori Penelitian (Modifikasi Teori Gibson, 1987 & Nursalam, 2011)