



**PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN DENGAN
EDUKASI TERHADAP PELAKSANAAN STANDAR
KESELAMATAN PASIEN (PATIENT SAFETY)
DI RSUD KRAMAT JATI JAKARTA TIMUR**

Ketua : Ns. Ulfah Nuraini karim, SKep, MKep NIDN 0318077602
Anggota : Dr. Aliana Dewi, SKp, MN NIDN 0330016902
Ns. Yoanita Hijriyati, SKep., M.Biomed NIDN 0326117902

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
UNIVERSITAS BINAWAN**

2022

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pasien Dengan Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur

Kode>Nama Rumpun Ilmu : 340/Ilmu Kesehatan

Ketua Peneliti

a. Nama Lengkap : Ns. Ulfah Nuraini karim, SKep, MKep
b. NIDN : 0318077602
c. Jabatan Fungsional : Lektor
d. Program Studi : S1 Keperawatan
e. Nomor HP : 081352508894
f. Alamat surel (e-mail) : ulfah@binawan.ac.id

Anggota Peneliti

a. Nama Lengkap : Dr. Aliana Dewi, SKp, MN
b. NIM : 0330016902
c. Program Studi : Keperawatan
e. Alamat surel (e-mail) : aliana@binawan.ac.id
a. Nama Lengkap : Ns. Yoanita Hijriyati, SKep., M.Biomed
b. NIM : 0326117902
c. Program Studi : Keperawatan
e. Alamat surel (e-mail) : yoanita@binawan.ac.id

Jakarta, 3 Oktober 2022

Mengetahui,

Ketua Peneliti,



Dr. Aliana Dewi, SKp, MN
NIDN: 0330016902

Ns. Ulfah Nuraini karim, SKep, MKep
NIDN: 0318077602

Menyetujui,

Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat

(Maryuni, SKM, M.KM)
NIDN: 0317038003

RINGKASAN

Keselamatan pasien (patient safety) merupakan tindakan yang diambil untuk mencegah kesalahan yang dialami individu selama pemberian layanan kesehatan, kecacatan bahkan kematian pasien, dengan adanya Pengetahuan, keterampilan, dan sikap dapat meningkatkan keselamatan pasien. Tujuan Menganalisa Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pasien Dengan Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur.

Metode Kuantitatif dengan Quasi Experiment. Sampel berjumlah 80 responden, instrumen yang digunakan patient safety. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan total sampling, hasil uji paired t test didapatkan Nilai P value (Sig.) pada hasil penelitian ini 0,001 sehingga P value (Sig.) < 0,05 maka Ho ditolak dan Ha di terima.

Perawat diharapkan dapat memberikan edukasi yang baik pada pihak keluarga. Sesuai dengan standar keselamatan pasien nomor perawat maupun pihak rumah sakit dapat memberikan penjelasan bagaimana risiko tentang tindakan yang akan merugikan pasien maka angka Kejadian tidak diharapkan (KTD) akan kecil.

Kata Kunci : Keselamatan pasien, edukasi, pengetahuan

DAFTAR ISI

Daftar Isi.....	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Keselamatan pasien (patient safety)	6
2.2 Konsep pengetahuan.....	12
2.3 Kerangka Teori.....	18
2.4. Hipotesis	19
BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN.....	20
3.1 Desain Penelitian.....	20
3.2. Kerangka Konsep Penelitian.....	21
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	22
3.3 Populasi dan Sampel.....	22
3.4. Instrumen Penelitian/ Alat dan Bahan	22
3.5. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	23
3.6. Instrumen Penelitian/ Alat dan Bahan.....	24
3.7. Data Penelitian.....	24
3.8. Teknik Pengambilan Data	25
3.9. Prosedur Penelitian.....	25
3.10. Teknik Pengolahan Data Dan Analisis Data.....	26
3.11. Etika Penelitian.....	27
BAB IV BIAYA PENELITIAN.....	29
BAB V HASIL PENELITIAN.....	30
5.1. Gambaran Data Demografi Responden.....	30
5.2. Hasil Analisa Univariat.....	31
5.3. Hasil Analisa Bivariat.....	32
BAB VI PEMBAHASAN.....	34
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....	37
DAFTAR PUSTAKA	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH

Keselamatan pasien yang harus dipastikan pada setiap tahap pemberian layanan sebagai salah satu yang paling penting elemen dalam penyediaan kualitas dalam pelayanan kesehatan, dan pencegahan kesalahan medis yang merupakan dasar dari keselamatan pasien adalah salah satu prioritas sistem perawatan kesehatan (Kirimlioğlu, N, 2018).

Yang dimaksud dengan “aman” di antara ciri-ciri pelayanan kesehatan adalah pencegahan terhadap kerugian dari layanan yang diberikan daripada manfaat, dan pencegahan cedera, sehingga menyebabkan kecacatan dan kematian (Fitriana, Y, 2018).

Keselamatan pasien adalah tindakan lengkap yang diambil oleh institusi kesehatan dan karyawan dalam organisasi untuk mencegah kerusakan yang mungkin dialami individu selama pemberian layanan kesehatan. Pelayanan kesehatan tidak merugikan orang. Kerusakan yang disebutkan di sini adalah yang timbul karena risiko yang timbul dalam proses pemberian layanan kesehatan. Hal ini untuk mendefinisikan elemen yang mengancam keselamatan pasien sebagai hal negatif yang dapat mempengaruhi keberhasilan pengobatan dalam semua proses pelayanan yang diberikan kepada pasien (Kirimlioğlu, N, 2018).

Perkembangan pelayanan kesehatan menjadi struktur yang lebih kompleks, perubahan dan perkembangan kesehatan kebutuhan dan perkembangan teknologi kesehatan yang pesat berdampak terhadap faktor risiko dari sudut pandang keduanya penyedia layanan dan penerima layanan, dan dengan demikian, subjek keselamatan karyawan menempati posisi penting menjadi agenda kesehatan semua negara saat ini. Sedangkan definisi karakteristik pelayanan kesehatan kontemporer, hal itu diterima secara umum sebagai penyediaan pengiriman yang aman, efektif, berorientasi pada pasien, efisien dan merata dalam waktu. Memberikan pelayanan kesehatan yang lebih aman kepada pasien dan semua orang sehat telah menjadi prioritas pertama. Oleh karena itu, hak untuk memilih dokter, serta hak untuk mendapatkan informasi dan hak untuk menerima layanan kesehatan yang aman menjadi lebih penting (Wu, W, A, 2019).

Menurut definisi National Patient Safety Foundation, keselamatan pasien adalah pencegahan kesalahan yang terkait dengan perawatan kesehatan dan pengurangan kerusakan pasien yang disebabkan oleh kegagalan terkait kesehatan (Salawati, L, 2020).

Secara etis, prinsip “nonmaleficence” digunakan sebagai dasar dalam definisi dan implementasi keselamatan pasien; sejalan dengan prinsip ini, pasien berusaha dilindungi dari faktor-faktor penyajian layanan kesehatan di semua aplikasi (Wu, W, A, 2019).

Peningkatan kualitas perawatan, pengurangan dan pencegahan efek samping dan pengendalian kesehatan status dengan sudut pandang yang akuntabel dan berbasis nilai adalah tiga tujuan dasar upaya keselamatan pasien (Aslan, Ulutaş, 2015).

Keselamatan pasien penting untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman, efektif, berorientasi pada pasien, efisien dan setara (Emül, D, 2018). Keselamatan pasien mencakup dan berhubungan dengan berbagai faktor organisasi dan manajerial seperti kerja tim, komunikasi, kepemimpinan, dan dukungan.

Sedangkan kejadian terkait keselamatan pasien memberikan konsekuensi yang merugikan bagi pasien yang datang ke institusi kesehatan dengan harapan manfaat, kejadian ini juga menimbulkan biaya tambahan bagi RSUD. Kerusakan yang dilakukan pada pasien dapat menyebabkan cedera serius, rawat inap yang berkepanjangan, kecacatan bahkan kematian pasien (Karaca, Aslan, 2014).

Pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang meningkatkan keselamatan pasien dan memfasilitasi pembelajaran dari kesalahan dapat diperoleh baik oleh profesional kesehatan maupun pendidikan pasien. Kesadaran individu, keluarga dan masyarakat melalui pendidikan dapat dipastikan ketika mereka mengambil tanggung jawab lebih besar untuk kesehatan/penyakit mereka (Emül, D, 2018).

WHO bertujuan untuk memastikan bahwa pemikiran pasien dan konsumen layanan kesehatan dibawa ke pusat gerakan keselamatan pasien. Untuk meningkatkan kepemimpinan dan partisipasi pasien dengan ide keselamatan pasien untuk pasien, studi yang mendorong dilakukan untuk membangun kerjasama dengan pasien dan keluarganya. Kemitraan adalah tema kunci, dan realisasinya kemitraan dapat dilakukan melalui pendidikan (WHO, 2018).

Sistem kesehatan rentan terhadap perubahan besar. Poin utama dari perubahan ini terkait dengan layanan pengiriman dan biaya. Ada gerakan menuju pengobatan preventif dari terapeutik obat-obatan. Perlindungan terhadap penyakit adalah pekerjaan paling penting bagi pasien dan perawatan kesehatan profesional dan hanya mungkin dengan pelatihan. Selain kepuasan dan harapan pasien untuk dokter dan profesional kesehatan lainnya, banyak alasan memerlukan pendidikan pasien. Itu yang terpenting adalah meningkatkan kualitas pelayanan dan menjalin hubungan yang lebih baik. Ini akan meningkatkan kepatuhan terhadap pelayanan dan pengobatan yang diberikan. Kepatuhan dengan pengobatan akan meningkatkan keberhasilan dan keselarasan pelatihan, tingkat kesehatan yang lebih baik akan tercapai, dan morbiditas akan berkurang (Kirimlioğlu, N, 2018).

Rumah sakit dalam melaksanakan tujuan, fungsi dan perannya memerlukan suatu bentuk pengaturannya yang jelas. Banyak unsur-unsur yang terkandung di dalam penyelenggaraan Rumah Sakit terutama terkait dengan tugas utamanya dalam pelayanan publik yakni melakukan pelayanan kesehatan, maka membutuhkan perangkat hukum yang memadai.

Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi KTD (Depkes RI, 2016)

Di Indonesia sendiri kesalahan prosedur rumah sakit sering disebut sebagai malpraktik. Kejadian di Jawa dengan jumlah penduduk 112 juta orang, sebanyak 4.544.711 orang (16,6%) penduduk yang mengalami kejadian merugikan, sebanyak 2.847.288 orang dapat dicegah, 337.000 orang cacat permanen, dan 121.000 orang mengalami kematian

Berdasarkan data yang diperoleh dari ruangan Rumah Sakit Umum Daerah Kramat Jati Jakarta Timur terhitung dari bulan Juli s.d bulan September tahun 2021 , jumlah pasien sebanyak 221 orang dengan jumlah perawat 46 orang .

Dari hasil survey pendahuluan dan wawancara yang dilakukan pada tanggal 18 Januari 2021 terhadap 8 pasien yang ditemui, bahwa 4 pasien menyatakan mendapatkan secara utuh tentang hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan, komunikasi, namun terdapat 4 pasien lainnya yang tidak mendapatkan secara utuh dari salah satu dari ke 7 standar keselamatan pasien yang meliputi tentang hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan, dan komunikasi disebabkan oleh kondisi beban kerja perawat sehingga perawat tidak melakukan standar keselamatan pasien.

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pasien Dengan Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pasien Dengan Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur

1.3. TUJUAN PENELITIAN

1.3.1. Tujuan Umum

Menganalisa Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pasien Dengan Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui persentasi tingkat Pengetahuan sebelum diberikan Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur.

2. Mengetahui persentasi tingkat Pengetahuan sesudah diberikan Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur.
3. Mengetahui pengaruh tingkat Pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur.

1.4 MANFAAT HASIL PENELITIAN

1.4.1 Bagi Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat berguna sebagai penambah ilmu pengetahuan dan juga menambah wawasan dalam perkembangan ilmu Keperawatan mengenai Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety).

1.4.2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian yang diperoleh diharapkan dapat dijadikan sebagai masukan terhadap Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) yang efektif pada pasien khususnya perawat yang bekerja di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur untuk menerapkan asuhan.

1.4.3. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan pemahaman serta menerapkannya pada asuhan keperawatan dan bisa menjadi masukan dalam penelitian mengenai Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. LANDASAN TEORI

2.1.1 KESELAMATAN PASIEN (PATIENT SAFETY)

2.1.1.1 Definisi

Keselamatan pasien (patient safety) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman dalam upaya mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Salawati, L, 2020).

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit tahun 2008, keselamatan pasien adalah kondisi pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi yang masih bisa dihindari atau bebas dari risiko dan cedera yang berpotensi akan terjadi (Salawati, L, 2020).

2.1.1.2 Jenis Insiden

Jenis insiden dapat dibagi sebagai berikut :

- a. Kejadian tidak diharapkan (KTD) Suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan atau karena tidak bertindak, bukan karena underlying disease atau kondisi pasien.
- b. Kejadian nyaris cedera (KNC) Suatu Insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
- c. Kejadian tidak cedera (KTC) Insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena keberuntungan.
- d. Kondisi potensial cedera (KPC) Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- e. Kejadian sentinel Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

2.1.1.3. Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien rumah sakit di Indonesia mengacu pada Hospital Patient Safety Standard yang dikeluarkan oleh Joint Commmission on Accreditation of Health Organizations Illinois tahun 2012, yang diselaraskan dengan situasi dan kondisi yang terjadi di Indonesia. Standar keselamatan pasien terdiri dari 7 standar yaitu sebagai berikut :

1. Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD. Kriterianya adalah sebagai berikut: a) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan, b) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan, c) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan tau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

2. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan keperawatan. Kriterianya adalah keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien sebagai partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan keperawatan. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat: a) Memberikan info yang benar, jelas, lengkap dan jujur, b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab, c) Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti, d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan, e) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit, f) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa, g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan dengan kriteria sebagai berikut: a) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit, b) Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar, c) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya, d) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

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

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memantau dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, analisis data secara intensif, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien dengan kriteria berikut : a) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan yang baik, sesuai dengan slogan Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit, b) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja, c) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif, d) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis.

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Peran pimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien adalah sebagai berikut: a) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program melalui penerapan 7 Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit, b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko

keselamatan pasien dan program mengurangi KTD, c) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien, d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta tingkatkan keselamatan pasien, e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien
- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari kejadian nyaris cedera (near miss) sampai dengan KTD (adverse event)
- c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien - Tersedia prosedur cepat-tanggap terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis
- d. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah near miss, KTD dan kejadian sentinel pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan - Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani kejadian sentinel atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian sentinel
- e. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin

- f. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut - Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien Standar mendidik staf tentang keselamatan pasien adalah sebagai berikut: a) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas, b) Menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien, c) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien, dengan kriteria sebagai berikut: - Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien - Mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan inservice training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien Standar komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien adalah sebagai berikut: a) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal, b) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat, dengan kriteria sebagai berikut: - Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendisain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien - Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada

2.1.1.4. Sasaran Keselamatan Pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan selain diwajibkan untuk melaksanakan standar keselamatan pasien, juga melakukan perbaikan tertentu dalam keselamatan pasien. Penyusunan sasaran keselamatan pasien mengacu pada Nine Life saving Patient Safety Solution dari WHO tahun 2007 dan International Patient Safety Goals (IPSGs) dari Joint Commission International (JCI).^{7,8} Di Indonesia secara nasional untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional (SKPN), yang terdiri dari:⁵

- SKP 1: Mengidentifikasi pasien dengan benar
- SKP 2: Meningkatkan komunikasi yang efektif
- SKP 3: Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
- SKP 4: Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
- SKP 5: Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
- SKP 6: Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

2.1.1.5. Pelaporan Insiden

Rumah sakit harus melaporkan segera setiap insiden yang terjadi, oleh karena itu rumah sakit harus mempunyai pedoman yang jelas tentang mekanisme pelaporan insiden. Sistem pelaporan insiden meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan. Format pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) dapat digunakan oleh setiap rumah sakit. Laporan berisi tentang insiden, lokasi, kronologis, waktu dan akibat kejadian, serta analisis akar masalah near miss, KTD, atau kejadian sentinel.^{3,4} 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 www.buk.depkes.go.id

2.1.2. KONSEP PENGETAHUAN

2.1.2.1. Definisi Pengetahuan

Menurut Notoadmodjo dikutip dalam buku (Titik Lestari, 2014) pengetahuan merupakan hasil tahu, dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indera manusia yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga yaitu proses melihat dan mendengar. Selain itu juga bisa di dapat dari pengalaman dan proses belajar dalam pendidikan formal maupun informal. Pengetahuan juga merupakan domain yang penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

Sedangkan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2016) pengetahuan adalah sesuatu atau segala sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran. Proses ini dipengaruhi berbagai faktor dari dalam individu, seperti motivasi dan faktor luar berupa sarana informasi yang tersedia, serta keadaan sosial budaya masing – masing individu. Berdasarkan definisi – definisi di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari proses mengingat dan mengenal kembali obyek yang telah dipelajari melalui panca indera pada suatu bidang tertentu secara baik (Titik Lestari, 2014).

2.1.2.2. Tingkat Pengetahuan

Menurut (Titik Lestari, 2014), tingkat pengetahuan adalah tingkat seberapa kedalaman seseorang dapat menghadapi, mendalami, memperdalam perhatian seperti sebagaimana manusia menyelesaikan masalah tentang konsep – konsep baru dan kemampuan dalam belajar. Untuk mengukur tingkat pengetahuan seseorang secara rinci terdiri dari enam tingkatan :

- a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu yang dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang telah di pelajari atau rangsangan yang sudah diterima. Kata kerja untuk yang digunakan untuk menggambarkan bahwa orang tahu apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*)

Kemampuan untuk menjelaskan secara baik dan benar tentang obyek yang diketahui dan menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Individu yang telah memahami suatu bahan dengan baik harus bisa menjelaskan, menyebutkan contoh yang telah dipelajari, menyimpulkan, meramalkan yang akan terjadi berkaitan dengan obyek yang telah di pelajari sebelumnya.

c. Aplikasi (*application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada suatu kondisi atau situasi nyata. Aplikasi ini merupakan bentuk penggunaan hukum – hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks dan situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan materi ke dalam komponen – komponen, tapi masih dalam suatu struktur kesatuan materi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek atau materi. Penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang telah ditentukan individu sendiri atau dengan kriteria – kriteria yang sudah ada sebelumnya.

2.1.2.3. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Maliono dikutip dalam buku (Titik Lestari, 2014), faktor - faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah

a. Sosial Ekonomi

Lingkungan social akan mendukung tingginya pengetahuan seseorang bila ekonomi baik, tingkat pendidikan tinggi maka tingkat pengetahuan akan tinggi pula.

b. Kultur (budaya dan agama)

Seseorang memperoleh suatu kebudayaan dalam hubungannya dengan orang lain, karena hubungan tersebut seseorang mengalami suatu proses belajar dan memperoleh suatu pengalaman. Seseorang akan mempunyai pengetahuan berbeda berdasarkan sosial budaya dan agama yang dia anut.

c. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu. Seseorang yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi akan mempunyai keinginan untuk mengembangkan dirinya, sedangkan yang mempunyai tingkat pendidikan rendah cenderung mempertahankan tradisi yang ada dan tidak mengembangkan potensi yang dimiliki. Dapat ditarik kesimpulan bahwa seseorang yang memiliki pendidikan yang tinggi memiliki pengetahuan yang tinggi juga.

d. Pengalaman

Pengalaman disini berkaitan dengan umur dan pendidikan individu. Pendidikan yang tinggi, maka pengalaman akan lebih luas, sedangkan semakin tua umur seseorang maka pengalamannya akan semakin banyak.

2.1.3.3. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut (Titik Lestari, 2014), ada 2 cara memperoleh pengetahuan adalah sebagai berikut:

a. Cara Kuno

- 1). Cara coba salah (*Trial and Error*)

Cara ini dipakai oleh manusia sebelum adanya kebudayaan atau bahkan peradaban. Cara ini dilakukan dengan menggunakan

kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba kemungkinan lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

2). Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara ini dapat berupa pimpinan – pimpinan masyarakat baik formal maupun informal, ahli agama, pemegang pemerintah. Berbagai prinsip dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas kemudian di ikuti oleh orang lainnya tanpa di uji terlebih dahulu dan di buktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri

3). Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi juga dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi di masa lalu.

b. Cara Modern Dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer disebut dengan metodologi penelitian. Cara ini dikembangkan oleh Francis Deobold van Daven kemudian dikembangkan oleh *Deobold Van Daven*. Akhirnya lahir suatu cara untuk melakukan penelitian yang kita sebut sekarang dengan penelitian ilmiah

2.1.2.4. Sumber Pengetahuan

Berbagai upaya dapat dilakukan oleh manusia untuk memperoleh pengetahuan.

Upaya – upaya tersebut adalah :

a. Orang yang memiliki otoritas

Salah satu upaya mendapatkan pengetahuan yaitu bertanya pada orang yang memiliki otoritas atau dianggap lebih tahu. Pada zaman modern ini,

orang yang ditempatkan memiliki otoritas melalui pengakuan dengan gelar. Mendapatkan pengetahuan dari otoritas bisa juga melalui hasil publikasi resmi mengenai kesaksian otoritas seperti buku atau publikasi resmi pengetahuan lainnya.

b. Indra

Indra adalah peralatan pada diri manusia sebagai salah satu sumber internal pengetahuan, disebutkan sebelumnya juga bahwa pengetahuan pada dasarnya adalah dan hanyalah pengalaman – pengalaman konkret kita yang terbentuk karena presepsi indra, seperti presepsi penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman, dan pencicipan dengan lidah.

c. Akal

Dalam kenyatannya ada pengetahuan yang bisa dibangun oleh manusia tanpa harus di presepsikan oleh indra terlebih dahulu. Pengetahuan melalui akal ini dapat diketahui dengan pasti dan dengan sendirinya karena adanya potensi dari akal.

d. Intuisi

Intuisi atau pemahaman yang langsung dan bukan hasil dari pemikiran yang sadar atau persepsi rasa yang langsung. Intuisi dapat berarti kesadaran tentang data – data yang langsung dirasakan (Titik Lestari, 2014).

1.1.1. Pengukuran Pengetahuan

Skala pengukuran menggunakan skala Gutman, skala pengukuran dengan tipe ini akan di dapatkan jawaban yang tegas, diantaranya “ya-tidak”, “benar-salah”, “positif-negatif” dan lainnya. Penelitian menggunakan skala Gutman bila ingin mendapatkan jawaban yang tegas terhadap suatu permasalahan yang diganyakan. Skala Gutman selain dapat dibuat dalam bentuk pilihan ganda dapat juga dibuat dalam bentuk *checklist*.

Jawaban setuju diberi skor 1 dan tidak setuju diberi skor 0. Hasil jawaban responden di jumlahkan dan dibandingkan dengan jumlah tertinggi lalu dikaitkan 100% (Suyanto, 2011)

Rumus :

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

Keterangan :

P : Presentase

f : Jumlah jawaban yang benar

N : Jumlah skor maksimal

Menurut (Nursalam, 2016) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala ordinal, yaitu :

1. Pengetahuan baik bila responden dapat menjawab 76-100%
2. Pengetahuan cukup bila responden dapat menjawab 56-75%
3. Pengetahuan kurang bila responden dapat menjawab < 56%

2.2. KERANGKA TEORI

Standar Keselamatan Pasien

1. Hak pasien
2. Mendidik pasien dan keluarga
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
5. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja
6. Peran kepemimpinan
7. Mendidik staf ttg keselamatan pasien
8. Komunikasi

Edukasi

Pengetahuan

Gambar 2.1 : Kerangka Teori

Sumber: Modifikasiteori Lawrence Green (Notoatmodjo, 2010)

2.3. Hipotesis Penelitian

Ada Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pasien Dengan Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur

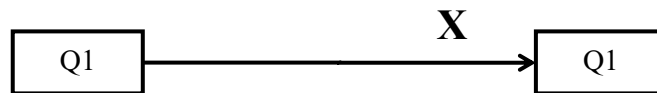
BAB III

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain Penelitian ini jenis Metode Kuantitatif dengan Quasi Experiment. Jenis penelitian yang akan digunakan adalah Quasi Experiment. Penelitian ini bertujuan untuk menyelidiki ada-tidaknya hubungan sebab akibat serta berapa besar hubungan sebab akibat dengan cara menyelidiki perlakuan (*treatment*) pada kelompok eksperimental (Masyhuri dan Zainuddin, 2017). berdasarkan jenis penelitian maka penelitian ini bertujuan untuk mengungkap kemungkinan adanya pengaruh pemberian edukasi terhadap perubahan pengetahuan.

Rancangan penelitian yang digunakan adalah *one group pretest-posttest design*, yaitu penelitian ini dilakukan dengan cara memberikan pengamatan awal atau pretest terlebih dahulu sebelum diberikan intervensi, kemudian dilakukan pengamatan akhir atau posttest (Hidayat, 2017).



Gambar 3.1 Desain Penelitian

Keterangan :

Q1 : Sebelum dilakukan perlakuan edukasi

Q2: sesudah dilakukan intervensi edukasi

X : perlakuan (edukasi)

3.2. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep lainnya, atau variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti. (Notoatmodjo, 2017).

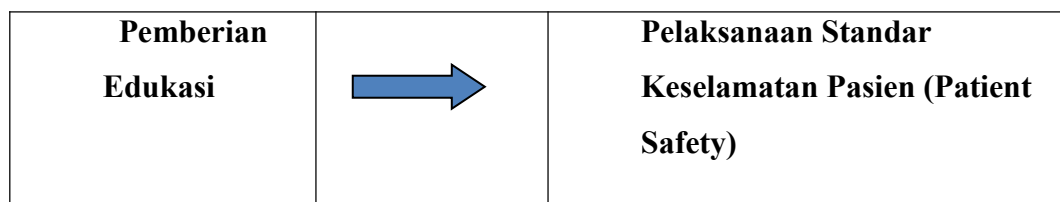
Penyusunan kerangka konsep akan membantu kita untuk membuat hipotesis, menguji hubungan tertentu, dan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori yang dapat diamati atau diukur melalui konstruk atau variabel (Nursalam, 2018).

Dalam penelitian ini variabel yang akan diteliti adalah sebagai berikut :

1. Variabel bebas (*independent*) merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat. Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah pengaruh Edukasi.
2. Variabel terikat (*dependent*) merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety).

Sehingga kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



3.3. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian Ini Dilakukan Pada Bulan Oktober-November 2022 Di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur.

3.4. Populasi, Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

3.4.1. Populasi Penelitian

Populasi adalah seluruh subjek yang akan diteliti dan memenuhi karakteristik yang ditentukan (Agus, R, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang telah melakukan pengobatan pada bulan Oktober-November 2022 yang berjumlah 80 responden yang dirawat di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur.

3.4.2. Sampel Penelitian

3.4.2.1. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *total sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan cara mengambil seluruh anggota populasi sebagai responden atau sampel. Teknik *total sampling* dipilih karena rata-rata pasien rawat inap di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur per hari ± 10 pasien (RSUD Kramat Jati Jakarta Timur, 2022). Sampel diperoleh dari seluruh pasien yang melakukan rawat inap di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur selama waktu pengambilan data sampai memenuhi minimal 80 responden.

3.5. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel Independent Edukasi. Variabel Dependent Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety). Menurut Sugiono (2016) definisi operasional adalah penentuan konstrak atau sifat yang akan dipelajari sehingga menjadi variabel yang dapat di ukur. Definisi operasional menjelaskan cara tertentu yang digunakan untuk meneliti dan mengoperasikan konstrak, sehingga memungkinkan bagi peneliti yang lain untuk melakukan replikasi pengukuran dengan cara yang sama untuk mengembangkan cara pengukuran konstrak yang lebih baik.

3.4.1. Definisi Operasional Dan Skala Pengukuran Variabel

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	Variabel	Definisi Kriteria	Alat ukur Skala Data
1)	(2)	(3)	(4)
1	Edukasi segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat	Kuesioner Baik = 76-100% Cukup = 56-75% Kurang < 56%	Nominal
2	Patient safety penilaian risiko, identifikasi risiko terkait pasien, pelaporan dan analisis kejadian. (keselamatan pasien)	Observasi Baik = 51-100% Kurang < 50 %	Nominal

3.6. Instrumen Penelitian/ Alat dan Bahan

3.6.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data penelitian (Notoatmodjo, 2010). Instrumen dalam penelitian ini adalah:

3.6.1.1. Kuesioner

Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang diketahui (Arikunto, 2021). Kuesioner bertujuan untuk mengetahui informasi mengenai Edukasi Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety).

3.6.1.2. Observasi

Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) dilakukan observasi dengan instrumen Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety).

3.7. Data Penelitian

3.7.1. Data PRIMER

Kuantitatif Data Primer diambil dari tindakan Edukasi Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety).

3.7.2. Data Sekunder Rekam Medik, Riwayat Medik

3.8. Teknik Pengambilan Data

3.8.1 Wawancara dengan kuesioner

Metode wawancara merupakan suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (Notoatmodjo, 2010).

Wawancara dilakukan dengan menggunakan kuesioner kepada responden untuk mengetahui nama, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan terakhir, status pekerjaan, lama menderita hipertensi, keikutsertaan asuransi kesehatan, tingkat pengetahuan tentang hipertensi, keterjangkauan akses pelayanan kesehatan, dukungan keluarga, peran tenaga kesehatan, motivasi berobat.

3.8.2 2 Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui sesuatu pengamatan, dengan disertai pencatatan-pencatatan terhadap keadaan atau perilaku objek sasaran.

3.9. Prosedur Penelitian

3.9.1 Pra Penelitian

Tahap persiapan meliputi:

1. Mengurus *ethical clearance* dari lembaga penelitian Universitas Binawan
2. Mengajukan surat ijin penelitian di Prodi Keperawatan kepada RSUD Kramat Jati Jakarta Timur

3.9.2 Penelitian

Tahap pelaksanaan penelitian meliputi :

1. Pengambilan data mengenai usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan terakhir, status pekerjaan, tingkat pengetahuan tentang
2. Waktu pengambilan data pada bulan Oktober-November 2022.
3. Observasi standar patient safety
4. Pre Post Test responden dengan menggunakan kuesioner

3.9.3 Paska Penelitian

1. Mengolah data dengan bantuan komputer untuk memudahkan dalam analisis data
2. Menyusun hasil penelitian.

3.10 Teknik Pengolahan Data Dan Analisis Data

3.10.1. Teknik Pengolahan Data

Langkah pengolahan data yang digunakan dalam penelitian adalah:

3.10.1 1 Editing (Pemeriksaan Data)

Editing merupakan kegiatan pengecekan isi kuesioner apakah kuesioner sudah diisi dengan lengkap, jelas jawaban dari responden, relevan jawaban dengan pertanyaan, dan konsisten. Kalau ternyata masih ada data atau informasi yang tidak lengkap, dan tidak mungkin dilakukan wawancara ulang, maka kuesioner tersebut dilekuarkan (drop out).

3.10.1 2 Coding (Pemberian Kode)

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Pemberian kode bertujuan untuk mempermudah analisis data dan entry data.

3.10.1 3 Skoring

Pemberian skor atau nilai pada setiap jawaban yang diberikan oleh responden.

3.10.1 4 Tabulasi

Tabulasi dimaksudkan untuk memasukan data ke dalam tabel-tabel dan mengatur angka-angka sehingga dapat dihitung jumlah kasus dalam berbagai kategori.

3.10.1 5 Entry (Memasukan Data)

Memasukan data yang diperoleh ke dalam perangkat komputer SPSS Versi 28.

3.10.2 Teknik Analisis Data

3.10.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya. Untuk data numerik digunakan nilai mean (rata-rata), median, dan standar deviasi. Pada umumnya analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel. Data hasil penelitian dideskripsikan dalam bentuk tabel, grafik maupun narasi, untuk mengevaluasi besarnya proporsi dari masing-masing variabel bebas yang diteliti (Notoatmodjo, 2010).

3.10.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi yaitu antara variabel bebas dan variabel terikat. Analisis ini dilakukan untuk mengetahui Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pasien Dengan Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur.

Berdasarkan uji normalitas data pada penelitian ini dengan Shapiro-Wilk didapatkan data berdistribusi normal sehingga dilakukan uji paired t test. Derajat kemaknaan jika $p \leq \alpha$ (0.05), ada pengaruh yang bermakna antara kedua variable, dan jika $p \geq \alpha$ (0.05) tidak ada pengaruh antara kedua variable tersebut.

3.11. Etika Penelitian

Kode etik penelitian merupakan suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti dan masyarakat yang memperoleh dampak hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2017). Peneliti meminta persetujuan dalam bentuk *informed consent* kepada kepada subjek peneliti serta penjelasan maksud, tujuan, dan manfaat dari penelitian. Subjek penelitian berhak menolak dan keluar dari penelitian sesuai dengan keinginannya. Biaya yang dibutuhkan selama penelitian ditanggung oleh peneliti.

3.1.1 Menjaga Privasi Responden

Setelah melakukan penelitian dan memperoleh informasi dari responden, peneliti harus memperhatikan privasi dari responden. Untuk itu peneliti harus melakukan penyesuaian terhadap waktu dan tempat untuk dilakukan pengambilan data sehingga tidak mengganggu aktifitas atau privasi responden.

3.1.2 Menjaga Kerahasiaan Responden

Peneliti harus menjaga kerahasiaan dari informasi yang diperoleh dari responden. Peneliti tidak diperbolehkan menyampaikan kepada orang lain tentang apapun yang diketahui tentang responden kecuali untuk kepentingan penelitian.

3.1.3 Memberikan Kompensasi

Setelah mendapatkan informasi dari responden maka peneliti juga memenuhi kewajibannya. Kewajiban peneliti bukan sekedar ucapan terima kasih saja kepada responden, namun dapat diwujudkan dalam bentuk penghargaan yang lain, misalnya memberikan sesuatu berupa kenang-kenangan atau apapun sebagai apresiasi peneliti terhadap responden yang telah mengorbankan waktu, pikiran, mungkin tenaga dalam rangka memberikan informasi yang diperlukan peneliti (Notoatmodjo, 2017).

3.1.4 Memberikan Keamanan dan Kenyamanan

Penelitian ini tidak membahayakan partisipan dan peneliti telah berusaha melindungi partisipan dari bahaya ketidaknyamanan (*protection from discomfort*). Peneliti menjelaskan tujuan, manfaat, penggunaan alat perekam, dan penggunaan data penelitian sehingga dapat dialami oleh partisipan dan bersedia menandatangani surat ketersediaan berpartisipasi atau Informed Consent. Selama proses wawancara berlangsung peneliti memperhatikan beberapa hal yang dapat merugikan partisipan antara lain status hemodinamik, kenyamanan, dan perubahan perasaan. Apabila kondisi tersebut membahayakan kondisi partisipan maka peneliti menghentikan

wawancara terlebih dulu dan memulainya lagi ketika kondisi sudah stabil dan partisipan siap untuk melakukan wawancara

BAB IV
BIAYA PENELITIAN

4.1 BIAYA PENELITIAN (lampiran 1)

BAB V HASIL PENELITIAN

Bab ini berisi tentang hasil penelitian dan pembahasan mengenai Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pasien Dengan Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur. Penelitian ini dilaksanakan tanggal 03 Oktober 2022 sampai dengan 25 November 2022 dengan cara pembagian dan pengumpulan kuesioner yang disebarakan pada 80 responden di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur. Hasil penelitian ditampilkan dalam tiga bagian yaitu gambaran data demografi responden, analisa univariat yang menampilkan data distribusi frekwensi variable independent dan variable dependent, dan analisa bivariante yang menampilkan hubungan antara variable independent dan variable dependent.

5.1. Gambaran Data Demografi Responden

Tabel 5.1 Distribusi Responden Menurut Usia, Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan Pasien di rawat di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur Desember Tahun 2020

No	Data Demografi	Frekuensi	Persentase %	
1	Usia	45-55 Tahun	16	20.0
		56-65 Tahun	38	47.5
		66-75 Tahun	22	27.5
		75-90 Tahun	4	5.0
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	22	27.5
		Perempuan	58	72.5
3	Pendidikan	SD	5	6.25
		SMP	25	31.25
		SMA/SMK	33	41.25
		Diploma 3	8	10.0
		Sarjana/ S1	9	11.25

Sumber: data primer yang diolah

Berdasarkan data demografi pada table 5.1, dari total 80 responden di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur distribusi frekuensi responden berdasarkan usia lansia menunjukkan bahwa persentase tertinggi adalah usia 56-65 tahun (47,5 %), pada Jenis kelamin adalah perempuan (72.5%) sedangkan pada Pendidikan yang tertinggi adalah SMA/SMK (41.25%).

5.2. Hasil Analisa Univariat

Tingkat Pengetahuan

a. Tingkat Pengetahuan Sebelum Diberikan Edukasi

Tabel 5.2 Tingkat Pengetahuan Sebelum Diberikan Edukasi
(n=80)

Karakteristik	Penilaian				
	Min	Max	Mean	SD	Median
Pengetahuan Sebelum	2	4	2,9	0,359	3

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa rata-rata Tingkat Pengetahuan Sebelum Diberikan Edukasi adalah 2,9 dengan median 3, standar deviasi 0,359, Tingkat Pengetahuan terendah adalah 2 dan skala nyeri tertinggi adalah 4.

b. Tingkat Pengetahuan Sesudah Diberikan Edukasi

Tabel 5.3 Tingkat Pengetahuan Sesudah Diberikan Edukasi
(n=80)

Karakteristik	Penilaian				
	Min	Max	Mean	SD	Median
Pengetahuan Sesudah	3	5	3,9	0,427	4

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa rata-rata skala nyeri sebelum adalah 3,9 dengan median 4, standar deviasi 0,427, skala nyeri terendah adalah 3 dan skala nyeri tertinggi adalah 5.

5.1 Hasil Analisa Bivariat

Perbedaan Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Diberikan Edukasi

Analisa bivariat dalam penelitian ini untuk mengetahui perbedaan tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Diberikan Edukasi di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur. Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan uji *paired t test*. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5.4. Hasil Uji *Paired t test*

Tingkat Nyeri	Hasil Uji <i>Paired t test</i>		
	Rata-rata	<i>P-values</i>	Selisih rata
Pengetahuan sebelum	2,9	0,001	1.00
Pengetahuan sesudah	3,9		

Berdasarkan Tabel 5.4. menunjukkan hasil uji paired t test didapatkan Nilai P value (Sig.) pada hasil penelitian ini 0,001 sehingga P value (Sig.) < 0,05 maka Ho ditolak dan Ha di terima. Maka dapat disimpulkan terdapat pengaruh Edukasi terhadap Tingkat Pengetahuan Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur

BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan membahas mengenai hasil penelitian yang diuraikan Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pasien Dengan Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur. Pada bab ini, peneliti akan mengaitkan hasil penelitian dengan teori-teori yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya dan dibandingkan dengan hasil penelitian yang terdahulu. Selain itu, juga dibahas mengenai implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan dan penelitian serta keterbatasan penelitian.

6.1. Pembahasan Analisa Univariat

Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Diberikan Edukasi

Tingkat Pengetahuan Sebelum Edukasi menunjukkan bahwa rata-rata Tingkat Pengetahuan Sebelum Diberikan Edukasi adalah 2,9 dengan median 3, standar deviasi 0,359, Tingkat Pengetahuan terendah adalah 2 dan skala nyeri tertinggi adalah 4.

Tingkat Pengetahuan Sesudah Diberikan Edukasi menunjukkan bahwa rata-rata skala nyeri sebelum adalah 3,9 dengan median 4, standar deviasi 0,427, skala nyeri terendah adalah 3 dan skala nyeri tertinggi adalah 5

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap obyek tertentu. Pengetahuan juga merupakan domain yang penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Titik Lestari, 2018).

Pengetahuan adalah sesuatu atau segala sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran. Proses ini dipengaruhi berbagai faktor dari dalam individu, seperti motivasi dan faktor luar berupa sarana informasi yang tersedia, serta keadaan sosial budaya masing – masing individu.

Dalam data dapat dilihat bahwa mayoritas lansia menunjukkan memiliki pengetahuan yang baik, hal itu dapat dimungkinkan dengan adanya data tingkat pendidikan yang tertinggi adalah SMA/SMK (41.25 %) sejalan dengan hasil penelitian terdahulu menurut (Harjo et al., 2019) gambaran tingkat pendidikan responden dalam katagori baik yaitu tingkat pendidikan SLTA dan perguruan tinggi sejumlah 25 responden (45.5%). Hal ini sesuai dengan tingkat pengetahuan responden sebesar (50.9%) dalam katagori baik.

Pada hasil penelitian dalam pengetahuan baik sebesar 53.5%, hal ini dikarenakan tingkat pendidikan lansia SMA/SMK (41.25 %). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian terdahulu menurut Suaib et al., (2019) dengan Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) Wilayah Kecamatan Sukamaju Tahun 2018 pengetahuan kurang sebanyak 58 orang (58,1%). Hal ini disebabkan sebagian besar responden berpengetahuan kurang lebih banyak pada responden dengan pendidikan rendah. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat (Soekidjo. Notoatmodjo, 2018) pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan itu dapat berdiri sendiri.

Berdasarkan hasil pembahasan tersebut didukung teori dan penelitian terkait, peneliti menyimpulkan bahwa di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur mengidentifikasi bahwa pendidikan yang tinggi akan mempengaruhi Perilaku, maka dari itu semakin tinggi pendidikan maka pengetahuan terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) semakin tinggi (Harjo et al., 2019).

6.2. Hasil Analisa Bivariat

Perbedaan Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Diberikan Edukasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa menunjukkan hasil uji paired t test didapatkan Nilai P value (Sig.) pada hasil penelitian ini 0,001 sehingga P value (Sig.) < 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a di terima.

Patient safety (keselamatan pasien) berarti rumah sakit dapat membuat pelayanan keperawatan pasien yang lebih aman melalui sistem ini. Keselamatan pasien adalah penilaian risiko, identifikasi risiko terkait pasien, pelaporan dan analisis kejadian. Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjut serta menerapkan solusi untuk meminimalkan risiko. Sistem tersebut dapat mencegah cedera yang disebabkan oleh kesalahan yang disebabkan oleh implementasi atau kegagalan untuk mengimplementasikan tindakan yang harus diambil.

Dampak positif setelah rumah sakit menerapkan dan memberikan edukasi bagi pasien dan keluarga adalah pasien dan keluarganya akan mendapat pengetahuan untuk ikut serta berpartisipasi dalam proses dan pengambilan keputusan asuhan pasien di rumah sakit, pasien serta keluarga didorong untuk ikut berpartisipasi dalam proses pelayanan dengan

memberikan kesempatan untuk mengeluarkan pendapat dan mengajukan pertanyaan kepada petugas untuk lebih meyakinkan keluarga mengenai asuhan pengobatan yang dijalankan untuk pasien. Sedangkan dampak negatif jika rumah sakit tidak menerapkan dan melaksanakan standar pendidikan bagi pasien dan keluarga adalah pasien dan keluarga akan kurang mengerti mengenai kewajiban dan tanggung jawabnya terhadap rumah sakit, pasien dan keluarga akan kurang memahami instruksi yang diberikan dan menghormati peraturan rumah sakit, serta akan kurang memiliki sikap saling menghormati baik antar pasien, pengunjung maupun petugas kesehatan dan tenggang rasa di rumah sakit. Selain itu juga dapat meningkatkan risiko KTD kepada pasien karena kurangnya edukasi dalam memerhatikan aspek keselamatan pasien.

Keselamatan pasien di definisikan sebagai suatu system 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 tnelaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kemkes, 2019).

Pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien merupakan pelayanan yang terintegrasi dari pelayanan kesehatan yang lainnya dan memiliki peran yang cukup penting bagi terwujudnya kesehatan dan 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.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai kesimpulan dari hasil penelitian dan beberapa saran mengenai penelitian yang berjudul Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pasien Dengan Edukasi Terhadap Pelaksanaan Standar Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur.

7.1. Kesimpulan

7.1.1. Berdasarkan data demografi pada table 5.1, dari total 80 responden di RSUD Kramat Jati Jakarta Timur distribusi frekuensi responden berdasarkan usia lansia menunjukkan bahwa persentase tertinggi adalah usia 56-65 tahun (47,5 %), pada Jenis kelamin adalah perempuan (72.5%) sedangkan pada Pendidikan yang tertinggi adalah SMA/SMK (41.25%).

7.1.2. Tingkat Pengetahuan Sebelum Edukasi menunjukkan bahwa rata-rata Tingkat Pengetahuan Sebelum Diberikan Edukasi adalah 2,9 dengan median 3, standar deviasi 0,359, Tingkat Pengetahuan terendah adalah 2 dan skala nyeri tertinggi adalah 4.

7.1.3. Tingkat Pengetahuan Sesudah Diberikan Edukasi menunjukkan bahwa rata-rata skala nyeri sebelum adalah 3,9 dengan median 4, standar deviasi 0,427, skala nyeri terendah adalah 3 dan skala nyeri tertinggi adalah 5

7.1.4. Hasil penelitian menunjukkan bahwa menunjukkan hasil uji paired t test didapatkan Nilai P value (Sig.) pada hasil penelitian ini 0,001 sehingga P value (Sig.) < 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a di terima.

7.2. Saran

Berdasarkan penelitian yang telah diperoleh, ada beberapa saran yang perlu dijadikan pertimbangan bagi peneliti dan hasil penelitian, antara lain :

Perawat diharapkan dapat memberikan edukasi yang baik pada pihak keluarga. Sesuai dengan standar keselamatan pasien nomor perawat maupun pihak rumah sakit dapat memberikan penjelasan bagaimana risiko tentang tindakan yang akan merugikan pasien maka angka KTD akan kecil.

Selain itu perlu melibatkan keluarga pasien dalam pengambilan keputusan. Keluarga pasien layak mendapat penjelasan tentang apa saja risiko kerugian maupun keuntungan berdasarkan tindakan pelayanan keperawatan. Dengan begitu pihak keluarga akan mempertimbangkan terlebih dahulu sebelum mengambil keputusan dalam mempertahankan keselamatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Aasheim, L. (2012). *Practical Clinical Supervision For Counselors: An Experiential Guide*. New York: Springer Publishing Company.
- Adzrieman, N., Rahman, A., Mohamad, B., Ashikin, N., & Rahman, A. (2014). Factors Influencing the Quality of e-Services on Hospital Information System (HIS) in Malaysia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 155(October), 507–512. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.10.331>
- Afridawaty MJ. (2017). *Studi Fenomenologi Budaya Keselamatan Pasien dari Perspektif Kepala Ruangan di Instalasi Rawat Inap RSUD Raden Mattaher Jambi*.
- Akdag, H., Kalaycı, T., Karagöz, S., Zülfikar, H., & Giz, D. (2014). The evaluation of hospital service quality by fuzzy MCDM. *Applied Soft Computing Journal*, 23, 239–248. <https://doi.org/10.1016/j.asoc.2014.06.033>
- Anggraeni, D., Hakim, L., & I, C. W. (2014). Evaluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Evaluation on Patient Identification System Implementation in Hospital TMs Inpatient Unit, 28(1), 99–104.
- Arbianti, K., Suparman, A., & Aini, Q. (2015). Tinjauan Penerapan Nine Live Saving Patient Safety Solutions (Studi Kasus di RS PKU Muhammadiyah Bantul). *ODONTO Dental Journal*, 2(2), 28–35. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.30659/odj.2.2.28-35>
- Ardizzone, L. (2009). Impact of a patient safety curriculum for nurse anesthesia student. *J Nurs Educ*, 48(12), 706–10. <https://doi.org/DOI: 10.3928/01484834-20091113-01>
- Astriana, N, N. B., & Sidin, A. I. (2014). Relation of Education , Years of Work and Workload on Patient Safety Of Haji Makassar Hospital, 1–8.
- Badudu, JS. Zain, S. (1994). *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Basuki, D. (2012). *Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Supervisi Pimpinan Ruang Dengan Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur Pemberian Obat Parenteral Intravena di Rumah Sakit Daerah Sidoarjo*. Universitas Indonesia, Jakarta.
- Chang, T. (2014). Fuzzy VIKOR method : A case study of the hospital service evaluation in Taiwan. *INFORMATION SCIENCES*, (March). <https://doi.org/10.1016/j.ins.2014.02.118>

- Circenis, K., Jeremejeva, J., Millere, I., & Deklava, L. (2015). Supervision in Nursing : Latvian Sample study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205(May), 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.023>
- Costa, T. et al. (2017). evaluation procedure in healt: perspective of nursing care in patien safety. *Applied Nursing Research*, 18. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.015>
- Darmadi. (2008). *Infeksi Nosokomial: Problematika dan Permasalahannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Departemen Kesehatan RI. (2006). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Depkes, R. (2011). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, (September).
- Devkaran, S., & Farrell, P. N. O. (2015). The impact of hospital accreditation on quality measures : an interrupted time series analysis. *Health Services Research*, 12(137), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0784-5>
- Fitriati, R., & Rahmayanti, K. P. (2012). “ Government Support in Triple Helix Collaboration to Provide Health Service Delivery : Case Study Government Hospital in Bengkulu Hospital ,” 52, 160–167. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.452>
- Harmatiwi, D. D., Sumaryani, S., & Rosa, E. M. (2017). Evaluasi Pelaksanaan Supervisi Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul, 6(1), 47–54. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6126.Evaluasi>
- Harus, B. D. A. S. (2015). Pengetahuan Perawat Tentang Keselamatan Pasien dengan Palaksanaan Prosedur Keselamatan Pasien Rumah Sakit Panti Waluyo Sawahan Malang. *CARE*, 3(1), 25–32.
- Hastono, S. P. (2006). *Analisa Data*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Hermanto, B. Risdiana, I. Harimurti, S. (2012). Pengelolaan obat High Alert Medication pada Tahap Distribusi dan Penyimpanan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II tahun 2012.
- Hutagaol, R., & Hariyati, R. T. S. (2013). Gambaran Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RS Tentara.
- Ida Sukaesi, Setyawati Soeharto, A. (2015). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Perawat Melaksanakan Keselamatan Pasien. *Ejournal UMM*, 6(P-ISSN: 2086-3071, E-ISSN: 2443-0900), 34–42

- Umatermate, T. S. L. T. K. (2015). Hubungan Pelaksanaan Identifikasi Pasien Secara Benar Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Di RSUP Prof Dr RD Kandou Manado, 3(2), 1–6.
- Untachai, S. (2013). Modeling Service Quality in Hospital as a Second Order Factor. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 88, 118–133. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.08.487>
- Utami, N., Saparwati, M., & Siswanto, Y. (2016). Hubungan Kualitas Supervisi Kepala Ruang Terhadap Kepatuhan Perawat Melakukan Standar Cuci Tangan di Instalasi Rawat Inap RST Dr. Soedjono Magelang, 2–15. UU RI No 13. (2003). Undang-undang RI No.13 Tentang Ketenagakerjaan (pp. 1–50).
- Westhuizen, J. Van Der, & Stanz, K. (2017). Critical incident reporting systems : A necessary multilevel understanding. *Safety Science*, 96, 198–208. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.04.004>
- WHO. (2015). Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien. (L. K. B. K. K. B. Kemuliaan, Ed.) (Multi Prof). Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/44641>
- Widyaningtyas, K. S. (2010). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan, 1–10.
- Wuri, P., Nizar, A., & Indahati, P. (2015). Expert Systems with Applications Strategic hospital services quality analysis in Indonesia. *EXPERT SYSTEMS WITH APPLICATIONS*, 42(6), 3067–3078. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2014.11.065>
- Yulia, Sri, A. Y. H. (2012). Peningkatan Pemahaman Perawat Pelaksana Dalam Upaya Penerapan Keselamatan Pasien Melalui Pelatihan Keselamatan Pasien. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 15, 8.
- Yusuf, M. (2017). Penerapan Patient Safety Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Dr . Zainoel Abidin Patient Safety Implementation In Ward Of Dr . Zainoel Abidin General Hospital. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 5(1), 1– 6

Lampiran 1 Justifikasi Anggaran

NO	Komponen Pembiayaan	Satuan	Biaya	Jumlah	Total
1.	Pengumpulan data				
	Pengumpulan data kedua				
	Transport responden	OT	100 org x 1 hr x 20.000	2.000.000	2.000.000
2.	Belanja Non Operasional				
	Ijin penelitian		2 x Rp 1.000.000	2.000.000	2.000.000
	Ethical Clearence	PT	1 PT x 480.000	480.000	480.000
	Konsumsi responden dan transportasi	OK	2 klp x 50 org x 20.000	2.000.000	2.000.000
	Pengolahan data	PT	1 lt x 1 klp x 1.000.000	1.000.000	1.000.000
	SOUVENIR Responden	PK	2 klp x 50 org x 10.000	1.000.000	1.000.000
	Total				8.480.000

KUESIONER PENELITIAN

PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN DENGAN EDUKASI TERHADAP PELAKSANAAN STANDAR KESELAMATAN PASIEN (PATIENT SAFETY) DI RSUD KRAMAT JATI JAKARTA TIMUR

No. Responden :

Tgl Wawancara :

Petunjuk pengisian kuesioner:

1. Pertanyaan pada kuesioner ditujukan langsung kepada responden
2. Jawaban diisi oleh pewawancara dengan menanyakan langsung kepada responden
3. Jawablah pertanyaan ini dengan benar dan sejujur-jujurnya
4. Selamat mengisi dan terimakasih

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :

2. Alamat :

3. TTL/Umur :

4. Jenis Kelamin : 1) Laki-laki
2) Perempuan

5. Pendidikan Terakhir : 1) Tidak Sekolah
2) Tidak Tamat SD
4) Tamat SMP/MTs
5) Tamat SMA/SMK

3) Tamat SD

6) Tamat Perguruan Tinggi

6. Pekerjaan : 1) PNS
2) Pegawai swasta
3) Pedagang
4) Petani/Buruh
5) Tidak bekerja
6) Lain-lain, sebutkan

B. PERTANYAAN

PELAKSANAAN STANDAR KESELAMATAN PASIEN (PATIENT SAFETY)

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Sikap Keselamatan Pasien, Keterampilan dan Pengetahuan		
2.	Sikap terhadap Keamanan pasien Kuesioner III		
3.	Pasien Profesional Kesehatan Kurikulum Penilaian Keselamatan Survei		
4.	Pendidikan Profesi Kesehatan dalam Survei Keselamatan Pasien		
5.	Kompetensi Keselamatan Pasien Diri Evaluasi		
6.	Sikap dan Keterampilan Perawat seputar Konsep Keselamatan yang Diperbarui		
7.	Kompetensi Keselamatan Pasien Skala Evaluasi Perawat		