

LAMPIRAN

Kode Responden :

Lampiran 1. Lembar *Informed*

SURAT PERMOHONAN

Sehubungan dengan penelitian yang akan saya lakukan, dengan ini saya membuat lembar permohonan kepada responden yang akan dilibatkan dalam penelitian ini.

Judul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Sasaran Patient Safety Di Ruang Bedah RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung Tahun 2023

Nama Peneliti : Selpi Tiara Ariska

NIM : 1914301057

Alamat : Jl. Nunyai Indah Blok C NO. 4A Rajabasa. Bandar Lampung

No. Telepon : 082282346438

Pekerjaan : Mahasiswa

Institusi : Politeknik Kesehatan Tanjungkarang

Dalam hal ini, penelitian dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui faktor-faktor apa sajakah yang berhubungan dengan penerapan sasaran patient safety. Penelitian yang dilakukan tidak akan menimbulkan akibat yang dapat merugikan responden. Kerahasiaan semua informasi akan terjaga dan dipergunakan hanya untuk kepentingan penelitian. Jika Anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pernyataan-pernyataan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Bandar Lampung, Maret 2023

Peneli

Selpi Tiara Ariska

Kode Responden :

Lampiran 2. Lembar *Consent*

SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertandatangan
dibawah ini

Inisial :

Usia :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian ini dalam keadaan
sadar, jujur dan tidak ada paksaan dalam penelitian dari :

Nama : Selpi Tiara Ariska

NIM : 1914301057

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jl. Nunyai Indah Blok C NO. 4A Rajabasa. Bandar
Lampung

Judul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan
Sasaran Patient Safety Di Ruang Bedah RSUD Jenderal
Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung Tahun 2023

Setelah memperoleh penjelasan mengenai tujuan, dan prosedur
penelitian, saya menyadari bahwa penelitian ini tidak berdampak
negatif bagi saya. Saya telah diberikan kesempatan bertanya-tanya terkait
hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapat jawaban yang jelas dan
tepat. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela sebagai responden
dalam penelitian serta bersedia menjawab semua pernyataan dengan sadar
dan sebenar-benarnya.

Bandar Lampung, Maret 2023

(.....)
(Nama terang dan tanda tangan)

Kode Responden:

Lampiran 3. Lembar Karakteristik Responden

LEMBAR KUESIONER

PENERAPAN SASARAN PATIENT SAFETY

Petunjuk Pengisian :

Isilah pernyataan-pernyataan di bawah ini dengan tepat mulai dari bagian:

1. Isilah identitas diri saudara dengan lengkap
2. Bacalah pernyataan ini dengan seksama
3. Pilihlah jawaban yang paling sesuai dan benar, pengisian kuesioner tersebut dengan cara memberikan tanda centang (√) pada jawaban yang dianggap benar.

Jawaban saudara adalah benar dan terjamin kerahasiaannya sehingga kejujuran anda dalam menjawab kuesioner ini sangat kami hargai

Tanggal Pengisian : / / 2023

Data Responden

Umur :

Pendidikan Terakhir :

<input type="checkbox"/>	DIII Keperawatan	<input type="checkbox"/>	S1 Keperawatan
<input type="checkbox"/>	DIV Keperawatan	<input type="checkbox"/>	S1 Ners

Jenis Kelamin :

<input type="checkbox"/>	Laki-laki	<input type="checkbox"/>	Perempuan
--------------------------	-----------	--------------------------	-----------

Masa Kerja :

<input type="checkbox"/>	< 1tahun	<input type="checkbox"/>	11-15 tahun
<input type="checkbox"/>	1-5 tahun	<input type="checkbox"/>	16-20 tahun
<input type="checkbox"/>	6-10 tahun	<input type="checkbox"/>	≥ 21 tahun

Mengikuti Sosialisasi *Patient Safety*

<input type="checkbox"/>	Pernah	<input type="checkbox"/>	Belum Pernah
--------------------------	--------	--------------------------	--------------

Sumber Informasi *Patient Safety*

<input type="checkbox"/>	Media elektronik (smartphone, komputer)
<input type="checkbox"/>	Media cetak (buku, jurnal, sop)
<input type="checkbox"/>	Pelatihan
<input type="checkbox"/>	Teman sejawat
<input type="checkbox"/>	Tidak tahu

Lampiran 4.

Kuisisioner Penerapan Sasaran Patient Safety

Petunjuk pengisian: Berilah tanda (√) di dalam kolom yang tersedia di bawah ini. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/i seberapa sering perilaku menerapkan *Patient Safety* yang dilakukan Bapak/Ibu/Saudara/i terhadap pasien di Instalasi rawat inap. Mohon diisi dengan apa adanya dan sejujurnya.

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	selalu	sering
	Mengidentifikasi pasien dengan benar				
1.	Saya menggunakan minimal 2 dari 3 identitas pasien yaitu nama lengkap, tanggal lahir, dan No. RM untuk mengidentifikasi pasien				
2.	Saya mencocokkan gelang identitas pasien dengan etiket obat sebelum memberikan obat-obatan				
3.	Saya mengambil sampel darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis tanpa mencocokkan stiker label pada tabung dengan gelang identitas pasien				
4.	Saya mencocokkan gelang identitas pasien dengan label infus sebelum melakukan pemasangan infus				
5.	Saya menggunakan nomor kamar untuk identifikasi pasien				
6.	Saat pengambilan sampel darah dan spesimen lainnya saya mencocokkan stiker label pada tabung dengan gelang identitas pasien				
7.	Saya mencocokkan gelang identitas pasien hanya saat pertama bertemu pasien saat pengkajian awal				
8.	Saya tetap memanggil pasien yang mengalami koma untuk proses identifikasi				
9.	Saya memberikan edukasi pada pasien pentingnya gelang identitas pasien				
10.	Saya memberikan edukasi pada pasien pentingnya gelang identitas pasien				
11.	Bila ada perintah secara lisan melalui telepon, saya mencatat perintah tersebut secara lengkap				
12.	Bila ada perintah secara lisan melalui				

	telepon, saya membacakan kembali isi dari perintah tersebut				
13.	Pemberi perintah mengkonfirmasi ulang perintah yang ditulis saat ada perintah secara lisan melalui telepon				
14.	Saya meminimalkan penggunaan perintah lisan terkait pengobatan LASA				
15.	Saat melakukan serah terima pasien, saya menjelaskan kondisi terkini yang terjadi pada pasien				
16.	Saya melakukan serah terima pasien tanpa menjelaskan informasi penting berhubungan dengan kondisi pasien				
17.	Saat melakukan serah terima pasien saya menjelaskan hasil pengkajian dari kondisi pasien 1				
18.	Saya memberikan rekomendasi tindakan yang diberikan kepada pasien saat serah terima pasien				
19.	Dokter melakukan pengecekan ulang 1 x 24 jam atas perintah yang tertulis				
	Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan yang Harus Diwaspadai				
20.	Saya melakukan pemantauan dengan ketat pasien yang menggunakan obat HAM (High Alert Medications)				
21.	Saya menyimpan obat high alert dengan memberi label pada tempat penyimpanan				
22.	Saya memberikan label untuk obat LASA				
23.	Sebelum mengoplos obat, saya mencocokkan 2 dari 3 identitas yang ditetapkan dengan jenis obat yang didapat, dosis, waktu dan rute pemberian.				
24.	mencocokkan 2 dari 3 identitas yang ditetapkan dengan jenis obat yang didapat, dosis, waktu dan rute pemberian.				
25.	Saya menyuntikan obat elektrolit pekat (HAM) tanpa mengencerkan terlebih dahulu				
26.	Saya meletakkan KCL 7,46% dekat aquadest agar mudah dijangkau saat diperlukan				
27.	Saya meletakkan semua obat oral di meja pasien				
28.	Saya mencatat dan menyampaikan informasi yang benar tentang pengobatan pasien dalam dokumen termasuk nama obat, dosis, rute, frekuensi, durasi, dan manfaat				

29.	Saya memberikan edukasi pentingnya mengelola informasi tentang obat kepada pasien ketika meninggalkan rumah sakit.				
30.	Saya mencocokkan obat sesuai terapi pasien dengan etiket yang ada di bungkus obat				
Memastikan Benar Lokasi Operasi, Benar Prosedur, dan Benar Pasien					
31.	Saya menggunakan marking yang jelas untuk identifikasi lokasi operasi				
32.	Saya melibatkan pasien dalam proses penandaan lokasi operasi				
33.	Saya melakukan v operasi untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien				
34.	Setelah operasi saya mengecek kelengkapan pengisian safety surgery checklist				
35.	Saya tidak melakukan verifikasi ulang dokumen terhadap pasien pra operasi karena akan dilakukan verifikasi di ruang persiapan tindakan				
36.	Saya melakukan verifikasi pre medikasi pada pasien pre operasi				
	Mengurangi Resiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan				
37.	Saya cuci tangan sebelum mengecek tanda-tanda vital				
38.	Saya cuci tangan setelah mengecek tanda-tanda vital				
39.	Saya cuci tangan sebelum membantu pasien untuk berpindah tempat				
40.	Saya cuci tangan setelah berpindah tempat				
41.	Saya cuci tangan sebelum melakukan injeksi ke pasien				
42.	Saya cuci tangan setelah membuka sistem water seal drainage (WSD)				
43.	Saya cuci membersihkan meja samping tempat tidur pasien jika tangan terlihat kotor				
44.	Saya menggunakan kuku buatan (cat kuku)				
45.	Saya menggunakan sabun dengan hand rubs secara bersamaan				
46.	Saya mengevaluasi semua kateter vena sentral secara rutin				
47.	Saya membuang kateter yang tidak penting				
48.	Saya cuci tangan menggunakan hand rubs				

	jika tangan terlihat kotor karena adanya darah atau cairan tubuh pasien				
49.	Setelah melepas handscoon saya tidak cuci tangan karena masih steril				
50.	Setelah 5 kali menggunakan hand rubs, maka selanjutnya saya menggunakan hand wash				
	Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh				
51.	Saya mengkaji resiko jatuh pada semua pasien baru yang masuk ke ruangan				
52.	Saya menentukan scoring berdasarkan kriteria resiko pasien jatuh				
53.	Saya hanya memberikan gelang identitas warna kuning sebagai tanda kategori resiko jatuh sedang				
54.	Saya mengkaji ulang pada pasien dengan resiko jatuh sedang setiap 4 jam sekali				
55.	Saya mengkaji resiko jatuh khusus untuk pasien lansia				
56.	Saya memberikan edukasi pada keluarga strategi untuk mengurangi jatuh pasien				
57.	Saya melakukan komunikasi dengan pihak yang bertanggungjawab apabila kondisi lingkungan dapat menyebabkan jatuh misalnya lantai licin				
58.	Saya memastikan roda tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci				
59.	Saya melakukan pengawasan ketat pada pasien dengan resiko jatuh tinggi dengan melakukan monitor setiap 1 jam.				
60.	Saya menurunkan pengaman tempat tidur pasien yang mengalami keterbatasan gerak				

Lampiran 5.

Kuesioner Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety*

Berilah penilaian atas masing-masing pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda silang (✓) pada kolom pilihan yang sesuai menurut saudara.

No	Pernyataan	Benar	Salah
	Mengidentifikasi Pasien Secara Benar		
1.	Pemasangan gelang identitas dilakukan pada pasien rawat inap rumah sakit setelah melakukan registrasi di bagian administrasi		
2.	Perawat menjelaskan manfaat gelang identitas dan akibat dari jika menolak, melepas, atau menutupinya		
3.	Gelang identitas berwarna merah muda untuk laki-laki, biru untuk perempuan		
4.	Perawat mengkonfirmasi nama, jenis kelamin, dan tanggal lahir pasien sebelum memasang gelang identitas		
5.	Perawat melakukan konfirmasi verbal dengan menanyakan identitas yang tertulis gelang identitas		
6.	Perawat mengkonfirmasi nama lengkap, tanggal lahir, dan nomor rekam medis ketika akan memberikan asuhan keperawatan atau prosedur medis lainnya		
7.	Gelang identitas dilepas oleh perawat jika pasien telah sembuh, pulang berobat jalan (PBJ), pulang atas permintaan sendiri (PAPS), atau meninggal dunia		
8.	Perawat mengkonfirmasi serah terima berkas-berkas dan obat-obatan (jika ada) serta kelengkapan administrasi kepada pasien atau keluarga sebelum melepas gelang identitas		
	Meningkatkan komunikasi efektif		
9.	SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) merupakan sistem komunikasi lisan saat pelaporan hasil kritis		
10.	SBAR digunakan untuk menyampaikan kondisi pasien saat melakukan serah terima pasien		
11.	Riwayat diagnosa medis tidak perlu disampaikan saat SBAR		
12.	Background hasil pengkajian keperawatan yang telah diperoleh sebelumnya dilaporkan kembali saat operan atau transfer ruangan saat SBAR berlangsung		
13.	Perawat memberitahukan asesmen yang telah, belum, dan akan diberikan kepada pasien dalam SBAR saat serah terima pasien dilakukan		
14.	Instruksi via telepon digunakan dalam keadaan mendesak serta penerima instruksi menggunakan TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi)		
15.	Instruksi via telepon didokumentasikan dalam catatan terintegrasi dikonfirmasi ulang oleh pemberi instruksi dengan batas maksimal waktu 1 x 24 jam dengan cara menandatangani atau memberi stempel pada catatan terintegrasi oleh pemberi instruksi		
	Meningkatkan Keamanan Obat Beresiko Tinggi		
16.	Obat yang beresiko tinggi perlu disimpan terpisah dan diberi label khusus		
17.	Segera beri label pada setiap obat atau cairan yang sudah disiapkan		

	dalam syringe atau container, termasuk kontainer steril.		
18.	Label dituliskan nama pasien pemilik obat, nama obat, dosis, waktu pemberian dan waktu kadaluarsa bila kadaluarsa terjadi dalam waktu <24 jam		
19.	Semua obat yang masuk dalam daftar NORUM (Nama Obat, Rupa, dan Ucapan Mirip) tidak ditempatkan di area yang berdekatan		
20.	Sebelum memberikan obat pada pasien perawat memeriksa kemasan obat dan mencocokkan dengan resep yang ditulis dokter dengan menggunakan double check		
21.	Memastikan benar pasien dengan dua cara identifikasi (mengecek nama pasien dan tanggal lahir/nomor RM), benar obat, benar dosis, benar waktu, dan benar rute setiap kali akan memberikan obat kepada pasien		
	Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi		
22.	Perawat menyiapkan checklist keselamatan bedah sebelum mendaftarkan untuk operasi		
23.	Checklist keselamatan bedah harus dilengkapi dan dilakukan pada pasien yang menerima tindakan bedah atau prosedur invasif lainnya		
24.	Perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya mengkonfirmasi secara verbal kembali lokasi serta jenis prosedur operasi, lokasi operasi sudah ditandai, dan nama pasien yang akan dilakukan operasi pada fase sign in		
25.	Tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing serta memastikan seluruh anggota tim saling kenal sebelum sayatan pertama dilakukan pada fase time out		
26.	Tim operasi melakukan pengecekan seluruh instrument operasi pada fase sign out		
	Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan		
27.	momen mencuci tangan yang benar adalah sebelum kontak dengan tubuh pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah melakukan kontak dengan tubuh pasien, setelah kontak dengan cairan dari tubuh pasien, serta setelah melakukan kontak dengan lingkungan pasien		
28.	6 Langkah Cuci tangan yang benar yaitu tuang cairan pembersih pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar; kedua punggung tangan; sela-sela jari tangan; ujung jari secara bergantian; kedua ibu jari secara bergantian; Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan		
29.	Kegiatan dekontaminasi, pre-cleaning, cleaning, disinfeksi, dan sterilisasi merupakan bukan kegiatan pengurangan resiko infeksi		
30.	Pada skala Morse skor 25-50 merupakan resiko rendah jatuh sedang diatas 51 resiko jatuh tinggi		
31.	Penanda resiko jatuh pada pasien dipasang di tempat yang mudah diperhatikan seperti digantungkan di tempat tidur		
32.	Semua hasil monitor dan intervensi resiko jatuh didokumentasikan di asuhan keperawatan dan catatan terintegrasi		

Lampiran 6.

Kuisisioner Sikap Perawat Terhadap Penerapan Sasaran Patient Safety

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang sesuai menurut anda. (Ket:
SS=Sangat Setuju, S = Setuju, TS=Tidak Setuju, STS=Sangat Tidak Setuju)

NO	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1.	Penerapan sistem keselamatan rumah sakit dalam asuhan keperawatan menjamin pasien lebih aman				
2.	Pentingnya melakukan asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko selama pasien di rumah sakit termasuk ruang lingkup sistem keselamatan pasien.				
3.	Menurut saya identifikasi pasien tidak perlu dilakukan karena sudah hafal dengan pasien saya.				
4.	Memperhatikan setiap upaya pencegahan infeksi nosokomial pasien selama dalam perawatan rumah sakit merupakan hal yang sangat penting				
5.	Memperhatikan setiap upaya pencegahan infeksi nosokomial pasien selama dalam perawatan rumah sakit merupakan hal yang sangat penting				
6.	Dalam menerapkan standar keselamatan pasien pada pekerjaan sehari-hari tanpa diawasi orang lain				
7.	Rekan-rekan sesama perawat tidak mungkin berbuat terjadinya kasus IKP dalam melaksanakan tindakan keperawatan				
8.	Setiap terjadinya Insiden Keselamatan pasien harus dilaporkan, bukan untuk ditutupi atau disembunyikan.				
9.	Setiap terjadinya IKP harus didiskusikan, dikaji, dicari akar masalah dan dijadikan bahan pembelajaran bersama				
10.	Implementasi sistem keselamatan pasien memerlukan keterlibatan pasien dan keluarganya				
11.	Dalam implementasi sistem keselamatan pasien hak-hak pasien perlu dijelaskan lagi				
12.	Perlu ditulis lengkap dan dibacakan ulang untuk instruksi dokter yang diberikan melalui verbal/lisan dan via telephon				
13.	Dalam menerapkan sistem keselamatan pasien tidak termasuk mendidik pasien dan keluarganya				
14.	Sangat penting penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter untuk mencegah/menghindari terjadinya IKP				
15.	Memerlukan perhatian seksama penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter hanya penting pada saat memberikan obat-obat suntikan dan melaksanakan transfusi darah.				
16.	Dalam implementasi sistem keselamatan pasien tidak untuk mencari-cari kesalahan rekan sekerja atau petugas lainnya				

17.	Hasil kritis pemeriksaan penunjang perlu segera dilaporkan kepada dokter				
18.	Diperlukan perhatian tinggi keamanan pemberian obat-obat kepada pasien				
19.	Diperlukan perhatian tinggi keamanan pemberian obat-obat kepada pasien				
20.	Memerlukan perhatian cermat akurasi pemberian dosis obat kepada pasien				
21.	Memerlukan perhatian akurasi tinggi cara/route pemberian obat kepada pasien				
22.	Memerlukan perhatian khusus rupa dan kemasan obat-obatan yang mempunyai kemiripan				
23.	Memerlukan pengkajian pasien dengan riwayat alergi obat				
24.	Bila terjadi insiden keselamatan pasien selama pasien di rumah sakit tidak harus dilaporkan, dianalisis atau dikaji bersama sebab-sebabnya untuk dijadikan bahan pembelajaran bersama				
25.	Tidak perlu dilaporkan secara tertulis apabila ada pasien jatuh dalam perawatan, karena berdampak merugikan bagi pelayanan asuhan keperawatan.				
26.	Penting adanya singkatan-singkatan di rumah sakit yang dibakukan karna dapat menjadi penyebab terjadinya IKP				
27.	Tidak selalu diperlukan upaya verifikasi untuk akurasi/ketepatan komunikasi verbal/lisan dan via telepon				
28.	Perawat perlu melakukan asesmen ulang untuk pasien-pasien dengan risiko jatuh selama dalam perawatan				
29.	Pasien-pasien dengan kemungkinan risiko jatuh lebih besar perlu dilakukan tindakan pencegahan				
30.	Perawat memerlukan perhatian lebih ketat dalam hand hygiene untuk tindakan keperawatan khusus untuk pasien penyakit menular atau pasien isolasi				

Lampiran 7.

Kuisisioner Motivasi Perawat Dalam Penerapan Sasaran Patient Safety

Petunjuk pengisian :

Berilah penilaian atas masing-masing pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda silang (x) pada kolom pilihan yang sesuai menurut saudara. Dengan penjelasan :

SS = Sangat Sesuai

S = Sesuai

KS = Kurang Sesuai

TS = Tidak Sesuai

No	Pernyataan	SS	S	KS	TS
1.	Dengan menerapkan patient safety saat memberikan asuhan keperawatan agar terhindar dari tuntutan.				
2.	Saya akan memonitor tanda infeksi nosokomial sebagai salah satu bentuk mendukung penerapan program Patient Safety				
3.	Saya akan mendukung penerapan program pasien safety agar masyarakat lebih percaya dengan Rumah sakit tempat saya bekerja				
4.	Saya termotivasi menerapkan program pasien safety karena ada komplain dari pelanggan				
5.	Saya akan mendukung penerapan program pasien safety karena akan meningkatkan kesejahteraan saya				
6.	Saya terdorong mendukung penerapan program pasien safety karena pasien safety mengubah status saya sebagai perawat yang lebih baik				
7.	Menurut saya pasien safety penting dalam meningkatkan pendapatan RS dan kesejahteraan karyawan RS				
8.	Saya mempercayakan keluarga pasien untuk mengawasi kelancaran tetesan infus.				
9.	Supaya hemat saya menggunakan satu jarum suntik untuk beberapa kali injeksi.				
10.	Jasa pelayanan yang saya terima tidak ada hubungannya dengan patient safety.				

Lampiran 8.

Kuisioner Supervisi Perawat Dalam Penerapan Patient Safety

Petunjuk pengisian: Berilah tanda (√) di dalam kolom jawaban yang tersedia sesuai dengan kondisi yang Bapak/Ibu/Saudara/i rasakan, dengan pilihan:

1. Ya : Jika pernyataan tersebut dilakukan
2. Tidak : Jika pernyataan tersebut tidak dilakukan

No	Pernyataan	Ya	Tidak
	Komponen Normatif		
1.	Supervisor memberikan kewajiban kepada saya untuk menerapkan sasaran patient safety ²		
2.	Supervisor melakukan supervisi pelaksanaan sasaran patient safety hanya pada karyawan baru		
3.	Supervisor memberikan kesempatan pada saya untuk menyampaikan permasalahan yang muncul terkait topik sasaran patient safety		
4.	Supervisor memberikan Umpan balik terhadap hasil supervisi		
5.	Supervisor memberikan alternatif pemecahan masalah yang ditemukan dalam pelaksanaan sasaran patient safety tanpa melibatkan saya		
6.	Supervisor meluangkan waktu untuk melakukan supervisi tentang sasaran patient safety		
7.	Supervisor menyampaikan tujuan supervisi dengan jelas		
8.	Supervisor melakukan supervisi dengan tidak rutin		
9.	Supervisor melakukan investigasi saat terjadi masalah tentang sasaran patient safety		
10.	Supervisor membimbing saya untuk melakukan pekerjaan sesuai dengan sasaran patient safety		
11.	Supervisor mensosialisasikan rencana supervisi kepada saya		
	Komponen Formatif		
12.	Supervisor mengarahkan saya untuk bekerja sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang ada		
13.	Supervisor menjelaskan tentang sasaran patient safety		
14.	Supervisor hanya melakukan pengawasan ketika menjalankan kegiatan supervisi		
15.	supervisor dalam mengidentifikasi permasalahan sasaran		

	patient safety kurang sesuai dengan kenyataan yang ada		
16.	Supervisor melakukan supervisi jika ada insiden keselamatan pasien		
17.	Supervisor memberikan masukan pada saya saat supervise		
18.	Supervisor memeriksa hasil pekerjaan saya sesuai standar yang telah ditetapkan		
	Komponen Restoratif		
19.	Supervisor memberikan contoh dalam menerapkan sasaran patient safety		
20.	Supervisor memberikan sanksi apabila saya tidak menerapkan sasaran patient safety		
21.	Supervisor memberikan motivasi untuk selalu menerapkan sasaran patient safety dengan benar		
22.	Supervisor tidak memberikan reinforcement apabila saya patuh menerapkan sasaran patient safety		
23.	supervisor mengingatkan saya untuk selalu memperhatikan patient safety dalam melakukan setiap tindakan		
24.	Supervisor memberikan dukungan kepada saya dengan memberikan kesempatan pada saya mengikuti pelatihan atau seminar tentang patient safety		
25.	Supervisor mendorong saya untuk meningkatkan pengetahuan tentang patient safety		
26.	Supervisor mendorong saya untuk meningkatkan ketrampilan dalam menerapkan sasaran patient safety		

Lampiran 9.
Surat Layak Etik



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPUR

Jl. Soekarno - Hatta No. 6 Bandar Lampung
Telp : 0721 - 783 852 Faksimile : 0721 - 773 918

Website : <http://poltekkes-tjk.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-tjk.ac.id



KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.037/KEPK-TJK/1/2023

Protokol penelitian versi 1 yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Selpi Tiara Ariska
Principal In Investigator

Nama Institusi : Poltekkes Kemenkes Tanjungpur
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

"Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Sasaran Patient Safety Di Ruang Bedah RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung Tahun 2023"

"Factors Associated with the Implementation of Patient Safety Goals in the Surgery Room of General Ahmad Yani Metro Hospital, Lampung Province, 2023"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 30 Januari 2023 sampai dengan tanggal 30 Januari 2024.

This declaration of ethics applies during the period January 30, 2023 until January 30, 2024.



January 30, 2023
Professor and Chairperson,

Dr. Aprina, S.Kp., M.Kes

Lampiran 10
Surat Izin Penelitian Kampus



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURWADARANG

Jalan Soekarno - Hatta No.6 Bandar Lampung
Telp. : 0721 - 783 852 Faksimile : 0721 - 773918



E-mail : direktorat@poltekkes-tjk.ac.id

Website : <http://poltekkes-tjk.ac.id>

Nomor : PP.03.01/I.1/ 893 /2023
Lampiran : Eks
Hal : Izin Penelitian

3 Februari 2023

Yang Terhormat, Direktur RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro
Di -
Metro

Sehubungan dengan penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Tingkat IV Program Studi Keperawatan Tanjungkarang Program Sarjana Terapan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang Tahun Akademik 2022/2023, maka kami mengharapkan dapat diberikan izin kepada mahasiswa kami untuk dapat melakukan penelitian di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin. Adapun mahasiswa yang melakukan penelitian adalah sebagai berikut :

No	NAMA	JUDUL PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1	Selvi Tiara Aniska NIM: 1914301057	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Sasaran Patient Safety Di Ruang Bedah RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung Tahun 2023	RSUD. Jend.Ahmad Yani Metro
2	Soni Anfan Jaya NIM: 1914301023	Pengaruh Eye Mask dan Earplugs terhadap kualitas tidur pada pasien post operasi di RSUD Jend. Ahmad Yani Tahun 2023	

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Dewi Purwaningsih, S.Si.T., M.Kes
NIP. 196705271988012001

Tembusan :
1. Ka. Jurusan Keperawatan
2. Ka. Bid. Diklat

Lampiran 11
Surat Izin Penelitian Rumah Sakit

 **PEMERINTAH KOTA METRO**
UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JEND. A. YANI
Jl Jend. A. Yani No.13 Kota Metro Telp/Fax (0725) 41820/48423
Email : rsudavanimetro@ymail.com Website : www.rsuay.metrokota.go.id 

Nomor : 890/ 2021-A /LL-1/02/2023
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Surat Izin Penelitian

Metro, 28 Maret 2023
Kepada
Yth. Direktur Politeknik Kesehatan Tanjung
Karang Bandar Lampung

Di
Bandar Lampung

Dengan Hormat,

Sehubungan surat dari Direktur Politeknik Kesehatan Tanjung Karang Bandar Lampung nomor : PP.03.01/L1/ 893/2023 tanggal 3 Februari 2023 perihal izin penelitian dan Keterangan Layak Etik No.037/KEPK-TJK/L/2023 tanggal 30 Januari 2023 maka dengan ini kami sampaikan pada prinsipnya kami tidak keberatan dan memberikan izin kepada saudara untuk melakukan penelitian di RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro, adapun nama mahasiswa tersebut adalah sebagai berikut :

NO	NAMA	NIM	Judul Penelitian
1	Selpi Tiara Ariska	1914301057	Faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan sasaran patient safety di ruang bedah RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung tahun 2023

Untuk kelancaran pelaksanaan penelitian tersebut, maka diberlakukan ketentuan sebagai berikut :

1. Bersedia mematuhi peraturan yang berlaku di RSUD Jend. A. Yani Metro.
2. Bersedia mematuhi protocol kesehatan yang telah ditetapkan Pemerintah.
3. Bersedia memenuhi dan menyelesaikan administrasi kegiatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di RSUD Jend. A. Yani Metro.

Demikian atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

**UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
JENDERAL AHMAD YANI METRO**
Direktur,

dr. Ego Agustina
07 280902 2 007

Tembusan:
1. Kabag. Keuangan c/q Perbendaharaan RSUD Jend. A. Yani
2. Yang Bersangkutan

 Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 12
Hasil Penelitian

		Jenis kelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki Laki	13	32.5	32.5	32.5
.	Perempuan	27	67.5	67.5	100.0
.	Total	40	100.0	100.0	

		Pendidikan Terakhir			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DIII Keperawatan	18	45.0	45.0	45.0
.	DIV Keperawatan	2	5.0	5.0	5.0
.	S1 Keperawatan	8	20.0	20.0	20
.	S1 Ners	12	30.0	30.0	100.0
.	Total	40	100.0	100.0	

		Masa Kerja			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 Tahun	1	2.5	2.5	2.5
.	>21 Tahun	3	7.5	7.5	7.5
.	1-5 Tahun	18	45.0	45.0	52.5
.	11-15 Tahun	10	25.0	25.0	67.5
.	16-20 Tahun	6	15.0	15.0	75.0
.	6-10 Tahun	18	45.0	45.0	100.0
.	Total	40	100.0	100.0	

Mengikuti Sosialisasi Patient Safety

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum Pernah	2	5.0	5.0	5.0
Pernah	38	95.0	95.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Patient Safety

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	29	72.5	72.5	72.5
Kurang	11	27.5	27.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Supervisi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	21	52.5	52.5	52.5
Kurang	19	47.5	47.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	19	47.5	47.5	47.5
Cukup	21	52.5	52.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Sikap * Patient Safety Crosstabulation

			Patient Safety		Total
			Baik	Kurang	
Sikap	Baik	Count	20	1	21
		% of Total	50.0%	2.5%	52.5%
	Kurang	Count	9	10	19
		% of Total	22.5%	25.0%	47.5%
Total		Count	29	11	40
		% of Total	72.5%	27.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.465 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	9.189	1	.002		
Likelihood Ratio	12.726	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11.178	1	.001		
N of Valid Cases	40				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.23.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap (Baik / Kurang baik)	22.222	2.460	200.761
For cohort Patient safety = Baik	2.011	1.240	3.261
For cohort Patient safety = Kurang baik	.090	.013	.642
N of Valid Cases	40		

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Patient Safety	40	100.0%	0	0.0%	40	100.0%

Pengetahuan * Patient Safety Crosstabulation

		Patient Safety		Total
		Baik	Kurang	
Pengetahuan	Baik	Count 19	Count 0	Count 19
		% of Total 47.5%	% of Total 0.0%	% of Total 47.5%
	Cukup	Count 10	Count 11	Count 21
		% of Total 25.0%	% of Total 27.5%	% of Total 52.5%
Total		Count 29	Count 11	Count 40
		% of Total 72.5%	% of Total 27.5%	% of Total 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13.727 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	11.226	1	.001		
Likelihood Ratio	17.989	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000

Linear-by-Linear Association	13.384	1	.000		
N of Valid Cases	40				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.23.

b. Computed only for a 2x2 table

		Risk Estimate		
		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
For cohort Patient Safety = Baik		2.100	1.341	3.289
N of Valid Cases		40		

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Motivasi * Patient Safety	40	100.0%	0	0.0%	40	100.0%

Motivasi * Patient Safety Crosstabulation

		Patient Safety			Total
		Baik	Kurang		
Motivasi	Tinggi	Count	19	2	21
		% of Total	47.5%	5.0%	52.5%
	Rendah	Count	10	9	19
		% of Total	25.0%	22.5%	47.5%
Total		Count	29	11	40
		% of Total	72.5%	27.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.168	1		
Continuity Correction ^b	5.393	1		
Likelihood Ratio	7.558	1		
Fisher's Exact Test Linear-by-Linear Association	6.986	1	.012	.009
N of Valid Cases	40			

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.23.
 b. Computed only for a 2x2 table

		Risk Estimate	
		95% Confidence Interval	
		Value	Upper
Odds Ratio for Motivasi (Tinggi / Sedang)		8.550	47.408
For cohort Patient Safety = Baik		1.719	2.692
For cohort Patient Safety = Kurang		.201	.816
N of Valid Cases		40	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Patient Safety * Supervisi	40	100.0%	0	0.0%	40	100.0%

Supervisi * Patient Safety Crosstabulation

			Patient Safety		Total
			Baik	Kurang	
Supervisi	Baik	Count	19	2	21
		% of Total	47.5%	5.0%	52.5%
	Kurang	Count	10	9	19

	% of Total	25.0%	22.5%	47.5%
Total	Count	29	11	40
	% of Total	72.5%	27.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.166 ^a	1	.007		
Continuity Correction ^b	5.393	1	.020		
Likelihood Ratio	7.558	1	.006		
Fisher's Exact Test				.012	.009
Linear-by-Linear Association	6.986	1	.008		
N of Valid Cases	40				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.23.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Supervisi (Baik / Kurang)	8.550	1.542	47.408
For cohort Patient Safety = Baik	1.719	1.098	2.692
For cohort Patient Safety = Kurang	.201	.050	.816
N of Valid Cases	40		

Lampiran 13
Data Penelitian

a. Penerapan Patient Safety

Mean : 231

Baik : 1

Kurang baik : 2

NO	SKOR	Kode	Kategori
1	224	2.00	Kurang baik
2	209	2.00	Kurang baik
3	215	2.00	Kurang baik
4	219	2.00	Kurang baik
5	234	1.00	Baik
6	234	1.00	Baik
7	234	1.00	Baik
8	195	2.00	Kurang baik
9	218	2.00	Kurang baik
10	230	2.00	Kurang baik
11	240	1.00	Baik
12	240	1.00	Baik
13	240	1.00	Baik
14	200	2.00	Baik
15	240	1.00	Baik
16	240	1.00	Baik
17	240	1.00	Baik
18	240	1.00	Baik
19	225	2.00	Kurang baik
20	240	1.00	Baik
21	240	1.00	Baik
22	240	1.00	Baik
23	240	1.00	Baik
24	237	1.00	Baik
25	240	1.00	Baik
26	240	1.00	Baik
27	240	1.00	Baik
28	240	1.00	Baik
29	240	1.00	Baik
30	240	1.00	Baik
31	240	1.00	Baik
32	239	1.00	Baik
33	240	1.00	Baik
34	240	1.00	Baik
35	240	1.00	Baik

36	207	2.00	Kurang baik
37	155	2.00	Kurang baik
38	240	1.00	Baik
39	240	1.00	Baik
40	240	1.00	Baik
	Tertinggi : 240		
	Terendah : 155		

b. Pengetahuan

NO	Persentase	Kategori	Kode
1	62.5	Kurang	2.00
2	68.75	Kurang	2.00
3	73.6	Kurang	2.00
4	75	Kurang	2.00
5	96.87	BAIK	1.00
6	73.6	BAIK	2.00
7	90.62	BAIK	1.00
8	93.75	BAIK	2.00
9	93.75	BAIK	2.00
10	90.62	BAIK	2.00
11	96.87	BAIK	1.00
12	96.87	BAIK	1.00
13	93.75	BAIK	1.00
14	75	Kurang	2.00
15	96.87	BAIK	1.00
16	96.87	BAIK	1.00
17	96.87	BAIK	1.00
18	96.87	BAIK	1.00
19	62.5	Kurang	2.00
20	96.87	BAIK	1.00
21	75	Kurang	2.00
22	96.87	BAIK	1.00
23	75	Kurang	2.00
24	100	BAIK	1.00
25	100	BAIK	1.00
26	100	BAIK	1.00
27	64	Kurang	2.00
28	100	BAIK	1.00
29	64	Kurang	2.00
30	96.87	BAIK	1.00
31	75	Kurang	2.00
32	100	BAIK	1.00
33	100	BAIK	1.00

34	75	Kurang	2.00
35	100	BAIK	1.00
36	75	Kurang	2.00
37	62.5	Kurang	2.00
38	70	Kurang	2.00
39	72	Kurang	2.00
40	64	Kurang	2.00

c. Sikap

Mean : 115

NO	SKOR	Kode
1	105	2.00
2	113	2.00
3	110	2.00
4	111	2.00
5	120	1.00
6	120	1.00
7	120	1.00
8	109	2.00
9	108	2.00
10	120	1.00
11	120	1.00
12	112	2.00
13	120	1.00
14	114	2.00
15	120	1.00
16	120	1.00
17	108	2.00
18	120	1.00
19	117	2.00
20	114	2.00
21	120	1.00
22	115	2.00
23	120	1.00
24	119	2.00
25	110	2.00
26	120	1.00
27	109	2.00
28	120	1.00
29	120	1.00
30	120	1.00
31	120	1.00

32	105	2.00
33	107	2.00
34	120	1.00
35	120	1.00
36	105	2.00
37	100	2.00
38	102	1.00
39	120	1.00
40	120	1.00
	114,825	

d. Motivasi

Tinggi : 20-40

Rendah : 1-20

NO	SKOR	KATEGORI	
1	30	SEDANG	2.00
2	37	TINGGI	1.00
3	40	TINGGI	1.00
4	25	SEDANG	2.00
5	37	TINGGI	1.00
6	34	SEDANG	2.00
7	37	TINGGI	1.00
8	34	SEDANG	2.00
9	32	SEDANG	2.00
10	31	SEDANG	2.00
11	37	TINGGI	1.00
12	36	SEDANG	2.00
13	40	TINGGI	1.00
14	36	SEDANG	2.00
15	40	TINGGI	1.00
16	34	SEDANG	2.00
17	40	TINGGI	1.00
18	37	TINGGI	1.00
19	29	SEDANG	2.00
20	29	SEDANG	2.00
21	40	TINGGI	1.00
22	33	SEDANG	2.00
23	40	TINGGI	1.00
24	28	SEDANG	2.00
25	40	TINGGI	1.00
26	37	TINGGI	1.00
27	33	SEDANG	2.00

28	37	TINGGI	1.00
29	40	TINGGI	1.00
30	33	SEDANG	2.00
31	40	TINGGI	1.00
32	40	TINGGI	1.00
33	30	SEDANG	2.00
34	40	TINGGI	1.00
35	40	TINGGI	1.00
36	33	SEDANG	2.00
37	23	SEDANG	2.00
38	31	SEDANG	2.00
39	40	TINGGI	1.00
40	40	TINGGI	1.00

e. Supervisi
Mean : 23

NO	SKOR	KATEGORI	SKORING
1	19	KURANG BAIK	2.00
2	24	BAIK	1.00
3	17	KURANG BAIK	2.00
4	19	KURANG BAIK	2.00
5	25	BAIK	1.00
6	18	KURANG BAIK	2.00
7	25	BAIK	1.00
8	22	KURANG BAIK	2.00
9	25	BAIK	1.00
10	23	KURANG BAIK	2.00
11	25	BAIK	1.00
12	25	BAIK	1.00
13	22	KURANG BAIK	2.00
14	23	KURANG BAIK	2.00
15	25	BAIK	1.00
16	25	BAIK	1.00
17	22	KURANG BAIK	2.00
18	25	BAIK	1.00

19	22	KURANG BAIK	2.00
20	25	BAIK	1.00
21	25	BAIK	1.00
22	21	KURANG BAIK	2.00
23	25	BAIK	1.00
24	23	KURANG BAIK	2.00
25	25	BAIK	1.00
26	19	KURANG BAIK	2.00
27	25	BAIK	1.00
28	21	KURANG BAIK	2.00
29	25	BAIK	1.00
30	25	BAIK	1.00
31	25	BAIK	1.00
32	14	KURANG BAIK	2.00
33	25	BAIK	1.00
34	25	BAIK	1.00
35	24	BAIK	1.00
36	20	KURANG BAIK	2.00
37	12	KURANG BAIK	2.00
38	22	KURANG BAIK	2.00
39	25	BAIK	1.00
40	24	KURANG BAIK	2.00

Lampiran 14
Lembar Konsultasi

LEMBAR CATATAN KONSULTASI

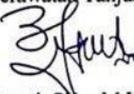
Nama Mahasiswa : Selpi Tiara Ariska
 NIM : 1914301057
 Judul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Sasaran Patient Safety
 Di Ruang Bedah RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung
 Tahun 2023.

Pembimbing I : Al Murhan, SKM.,M.Kes

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	03/10/2022	Pengajuan judul pertama	
2.	05/10/2022	Acc judul "faktor-faktor yang berhubungan"	
3.	10/10/2022	Revisi Latar belakang, Tambahkan data	
4.	27/10/2022	Acc Bab 1 lanjutan ke bab 2 dan 3	
5.	19/12/2022	tambahkan Materi disub data Sasaran Patient safety, perbaiki konsep teori	
6.	20/12/2022	Perbaiki data sasaran, tambahkan materi	
7.	23/12/2022	Acc Bab 2	

8.	29/12/2023	Perbaiki kuisisioner Bab 3 tambahkan data dan sumber	h
9.	06/01/2023	Perbaiki hasil ukur	h
10.	09/01/2023	Acc Seminar Proposal	h
11.	15/05/2023	Perbaiki pembahasan variabel sifat	h
12.	16/05/2023	Acc Seminar hasil	h

Mengetahui,
Ketua Prodi Sarjana Terapan
Keperawatan Tanjungkarang



Dwi Agustanti, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom
NIP. 197108111994022001

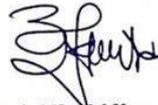
LEMBAR CATATAN KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Selpi Tiara Ariska
NIM : 1914301057
Judul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Sasaran Patient Safety
Di Ruang Bedah RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung
Tahun 2023.
Pembimbing 2 : Tori Rihiantoro, S.Kp.,M.Kep

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	23/12/2022	Perbaiki Bab I (perbanyak riset dan penelitian variabel yang diteliti)	
2.	09/01/2023	Perbaiki penelitian	
3.	10/01/2023	Acc Seminar proposal	
4.	16/05/2023	Perbaiki Bab IV dan V	
5.	17/05/2023	Acc sidang hasil	

Mengetahui,

Ketua Prodi Sarjana Terapan
Keperawatan Tanjungkarang



Dwi Agustanti, SKp.,M.Kep.,Sp.Kom
NIP. 197108111994022001

Lampiran 15
Dokumentasi Penelitian



	No	Nama	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Masa Kerja	Mengikuti Sosialisasi Patient Safety
6						
7	1	Tn.A	LakiLaki	DIII Keperawatan	6-10 Tahun	Pernah
8	2	Tn.Y	LakiLaki	S1Ners	16-20 Tahun	Pernah
9	3	Ny.C	Perempuan	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
10	4	Ny.Y	Perempuan	S1Ners	11-15 Tahun	Pernah
11	5	Ny.A	Perempuan	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
12	6	Ny.I	Perempuan	DIII Keperawatan	11-15 Tahun	Pernah
13	7	Ny.Y	Perempuan	DIII Keperawatan	16-20 Tahun	Pernah
14	8	Ny.D	Perempuan	S1Ners	>21 Tahun	Pernah
15	9	Ny.A	Perempuan	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
16	10	Tn.S	LakiLaki	DIII Keperawatan	>21 Tahun	Pernah
17	11	Tn.M	LakiLaki	S1Ners	16-20 Tahun	Pernah
18	12	Ny.S	Perempuan	S1Keperawatan	6-10 Tahun	Pernah
19	13	Ny.S	Perempuan	S1Ners	1-5 Tahun	Pernah
20	14	Tn.K	LakiLaki	S1Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
21	15	Tn.V	LakiLaki	S1Keperawatan	6-10 Tahun	Pernah
22	16	Tn.M	LakiLaki	DIII Keperawatan	<1 Tahun	Belum Pernah
23	17	Ny.Y	Perempuan	S1Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
24	18	Ny.C	Perempuan	S1Ners	6-10 Tahun	Pernah
25	19	Ny.S	Perempuan	S1Ners	11-15 Tahun	Pernah
26	20	Ny.R	Perempuan	S1Ners	6-10 Tahun	Pernah
27	21	Ny.T	Perempuan	DIII Keperawatan	6-10 Tahun	Pernah
28	22	Tn.A	LakiLaki	S1Ners	11-15 Tahun	Pernah
29	23	Ny.K	Perempuan	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
30	24	Ny.M	Perempuan	S1Ners	11-15 Tahun	Pernah
31	25	Ny.N	Perempuan	S1Ners	6-10 Tahun	Pernah
32	26	Tn.M	LakiLaki	DIII Keperawatan	6-10 Tahun	Pernah
33	27	Ny.M	Perempuan	S1Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
34	28	Tn.D	LakiLaki	S1Ners	11-15 Tahun	Pernah
35	29	Ny.Y	Perempuan	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
36	30	Ny.J	Perempuan	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
37	31	Ny.D	Perempuan	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
38	32	Ny.H	Perempuan	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
39	33	Ny.A	Perempuan	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
40	34	Ny.F	Perempuan	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
41	35	Ny.A	Perempuan	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
42	36	Tn.A	LakiLaki	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
43	37	Ny.M	Perempuan	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Pernah
44	38	Ny.D	Perempuan	DIII Keperawatan	1-5 Tahun	Belum Pernah
45	39	Tn.R	LakiLaki	DIY Keperawatan	6-10 Tahun	Pernah
46	40	Tn.M	LakiLaki	DIY Keperawatan	6-10 Tahun	Pernah
47						

