

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengetahuan

1. Definisi

Menurut Notoadmodjo (2018) Pengetahuan adalah hasil tahu dari manusia, suatu pengetahuan yang terurai secara sistematis dan terorganisasi, mempunyai metode dan bersifat universal. Menurut Abdullah Idi (2011) Pengetahuan adalah pengetahuan yang bertujuan mencapai kebenaran keilmuan atau kebenaran ilmiah tentang objek tertentu yang diperoleh melalui pendekatan atau cara pandang (*approach*), metode (*method*), dan sistem tertentu.

2. Tingkat Pengetahuan

Menurut Benyamin dan Notoatmodjo (2018) pengetahuan memiliki 6 tingkat:

a. Tahu (*Know*)

Mengingat kembali pelajaran yang telah dipelajari

b. Memahami (*Comprehension*)

Kemampuan untuk menjelaskan tentang suatu objek yang diketahui dan diinterpretasikan secara benar

c. Aplikasi (*Aplication*)

Kemampuan untuk mempraktekkan materi yang sudah dipelajari pada kondisi nyata atau sebenarnya

d. Analisis (*Analysis*)

Kemampuan menggunakan yang telah di pelajari pada kondisi yang tepat

e. Sintesis (*Synthesis*)

Kemampuan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Pengetahuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek

3. Faktor- faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013) faktor yang mempengaruhi pengetahuan:

a. Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin cepat menerima dan memahami suatu informasi sehingga pengetahuan yang dimiliki juga semakin tinggi (Sriningsih, 2011).

b. Informasi atau Media Massa

Informasi mempengaruhi pengetahuan seseorang jika sering mendapatkan informasi tentang suatu pembelajaran maka akan menambah pengetahuan dan wawasan.

c. Sosial, Budaya

Seseorang yang mempunyai sosial budaya yang baik maka pengetahuannya akan baik tapi jika sosial budayanya kurang baik maka pengetahuannya akan kurang baik.

d. Ekonomi.

Status ekonomi seseorang mempengaruhi tingkat pengetahuan karena seseorang yang memiliki status ekonomi dibawah rata-rata maka seseorang tersebut akan sulit untuk meningkatkan pengetahuan.

e. Lingkungan

Jika seseorang berada di sekitar orang yang berpendidikan maka pengetahuan yang dimiliki seseorang akan berbeda dengan orang yang berada di sekitar orang pengangguran dan tidak berpendidikan.

f. Pengalaman

Pengalaman sebelumnya yang telah dialami sehingga pengalaman yang didapat bisa dijadikan sebagai pengetahuan apabila mendapatkan masalah yang sama.

g. Usia

Semakin bertambahnya usia maka akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh juga akan semakin membaik dan bertambah (Budiman dan Riyanto, 2013)

4. Cara memperoleh ilmu pengetahuan

Menurut Notoadmodjo (2018) dikelompokkan menjadi dua cara, yaitu cara ilmiah dan non ilmiah:

a. Cara memperoleh dengan Non ilmiah

1) Cara coba salah (*Trial and error*)

Cara coba salah ini dengan menggunakan kemungkinan dalam memecakan masalah, apabila kemungkinan itu tidak berhasil dicoba kemungkinan yang lain

2) Cara kebetulan

3) Cara kekuasaan atau otoritas

Prinsip ini adalah orang lain menerima pendapat yang disampaikan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji atau membuktikan kebenarannya terlebih dahulu baik secara empiris ataupun berdasarkan penalaran sendiri

4) Berdasarkan pengalaman pribadi

Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam pemecahan permasalahan yang dihadapi pada masa - masa yang lalu

5) Melalui Jalan Pikiran

Manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuan, baik melalui cara berpikir deduksi ataupun induksi

b. Cara baru atau *modern*

Dalam memperoleh pengetahuan dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian. Melalui metode ini

selanjutnya menggabungkan cara berpikir deduktif, induktif, dan verifikatif yang selanjutnya dikenal dengan metode penelitian ilmiah

5. Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Nursalam (2013) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- a. Baik : Hasil presentase 76%-100%
- b. Cukup : Hasil presentase 56% - 75%
- c. Kurang : Hasil presentase $\leq 55\%$

B. Prilaku

Menurut Benyamin Bloom (1908) seperti dikutip Notoatmodjo (2003) dalam Maulana (2009:195), membagi perilaku manusia dalam tiga domain (ranah/kawasan), yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor. Ketiga domain tersebut mempunyai urutan, pembentukan perilaku baru khususnya pada orang dewasa diawali oleh domain kognitif. Individu terlebih dahulu mengetahui stimulus untuk menimbulkan pengetahuan. Selanjutnya timbul domain afektif dalam bentuk sikap terhadap objek yang diketahuinya. Pada akhirnya, setelah objek diketahui dan disadari sepenuhnya, timbul respons berupa tindakan atau keterampilan (domain psikomotor).

1. Pengetahuan (*Knowledge*)/ Kognitif

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu (Notoatmodjo, 2018). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Yanti, 2014).

2. Sikap / afektif

Sikap merupakan suatu reaksi atau respons yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek (Yanti, 2014). sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, yang menjadi predisposisi tindakan suatu perilaku,

bukan pelaksanaan motif tertentu. Sikap memiliki tingkatan, yaitu menerima, merespon, menghargai, bertanggungjawab.

3. **Praktik atau Tindakan (psikomotor)**

Praktik merupakan suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*) untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, seperti fasilitas. Praktik sendiri mempunyai beberapa tingkatan, yaitu:

a) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

b) Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat dua.

c) Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah menjadi kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

d) Adopsi (*adoption*)

Merupakan praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

C. **Keselamatan pasien (*Patient Safety*)**

1. **Definisi**

Patient dapat diartikan sebagai pasien atau orang yang sakit, sementara *Safety* berasal dari kata *Safe* yang berarti aman atau juga bisa diartikan keselamatan (Hartono Dalam Nunung & Yayang 2019).

Keselamatan pasien yaitu pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang potensial akan terjadi

(penyakit, cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian dll) terkait pelayanan kesehatan (Lestari, 2016). Menurut Yanti, Imam (2016) keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang aman yang dilakukan oleh setiap tenaga kesehatan yang dimulai dari assesment, identifikasi sampai dengan analisis kejadian yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Pada keselamatan pasien di ruang operasi juga perlu dilakukan untuk mencegah kecacatan dan komplikasi lainnya.

Menurut peraturan Menteri Kesehatan (2011) keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi : asesmen resiko, identifikasi dan pengobatan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, dan implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera. Istilah insiden keselamatan pasien menurut Priyoto, Masrurrotul (2017) yaitu insiden keselamatan pasien (IKP), kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC), kondisi potensial cedera (KPC), kejadian *sentinel* (*sentinel event*). Dari pengertian beberapa ahli, penulis menyimpulkan bahwa keselamatan pasien yaitu pasien yang tidak mengalami cedera baik fisik, maupun psikologisnya dengan meningkatkan pelayanan yang profesional.

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien di rumah sakit menurut (Depkes RI 2006) dalam Yanti, Imam (2016) adalah:

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

Tujuan keselamatan pasien menurut *Institute of Medicine* (IOM) (2008) dalam Yanti, Imam (2016) yaitu:

- a. Pasien aman (terhindar dari cedera)
- b. Pelayanan menjadi lebih efektif dengan adanya bukti yang kuat dengan terapi yang perlu atau tidak perlu diberikan ke pasien
- c. Berfokus pada nilai dan kebutuhan pasien
- d. Pengurangan waktu tunggu pasien dalam menerima pelayanan.

3. Insiden Keselamatan Pasien

Berdasarkan Kemenkes RI 2017, tentang keselamatan pasien rumah sakit, insiden keselamatan pasien terdiri dari:

1. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) / *Patient Safety*
Insiden Merupakan kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang tidak seharusnya terjadi.
2. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/ *Adverse Event*)
Suatu kejadian yang tidak di harapkan yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Kejadian tersebut dapat terjadi di semua tahapan dalam perawatan dari diagnosis, pengobatan dan pencegahan (*reason 1990 dalam To Err is human : Building A Safer Health system*)
3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/*Near Miss*
Kejadian nyaris cidera yaitu terjadinya insiden yang belum terpapar ke pasien. Misalnya suatu obat dengan overdosis *lethal* akan diberikan, tetapi staff lain mengetahui dan membatalkanya sebelum obat di berikan kepada pasien.
4. Kejadian Potensial Cedera (KPC)
Merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
5. Kejadian Sentinel
Merupakan suatu kejadian tidak diharapkan yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah.

4. Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien Rumah Sakit terdiri dari hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang keselamatan pasien, komunikasi adalah kunci untuk keselamatan pasien hal tersebut tertuang dalam Permenkes pasal 7 No 1691, 2011 tentang standar keselamatan pasien (Hartono, Yayang 2019).

Dalam rangka menerapkan standar keselamatan pasien, Rumah Sakit melaksanakan tujuh langkah kebijakan menuju keselamatan pasien rumah sakit yaitu membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien dan diharapkan hak pasien yang dijamin dalam Pasal 32 Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit terpenuhi (Permenkes No 1691, 2011) (Yanti, Imam 2016).

5. Sasaran Keselamatan Pasien

Maksud dan tujuan sasaran keselamatan pasien oleh KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit), 2017 melalui SNARS (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit), 2018 adalah untuk mendorong rumah sakit melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. sistem yang baik akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan. Sasaran, standar, maksud dan tujuan, serta elemen penilaian meliputi;

a. Sasaran 1 : Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

- 1) Standar SKP 1 : Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien.

- 2) Maksud dan Tujuan SKP 1 :
 - a) Memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan
 - b) Untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan pasien.
- 3) Elemen Penilaian SKP 1
 - a) Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien.
 - b) Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal dua identitas yaitu nama pasien dan tanggal lahir, dan tidak diperbolehkan menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai regulasi rumah sakit.
 - c) Identifikasi pasien dilakukan sebelum tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik.
 - d) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan specimen, dan pemberian diet.
 - e) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katektisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.
- b. Sasaran 2 : Meningkatkan Komunikasi Efektif
 - 1) Standar SKP 2:
 - a) Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal atau komunikasi melalui telepon.
 - b) Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnosis kritis

- c) Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses keomunikasi “serah terima” atau *hand over*
- 2) Maksud dan Tujuan SKP 2: komunikasi yang baik dan terstandar baik dengan pasien, keluarga pasien, dan pemberi layanan dapat memperbaiki secara signifikan proses asuhan keperawatan pasien.
- 3) Elemen Penilaian SKP 2
- a) Ada regulasi tentang komunikasi efektif antarprofesional pemberi asuhan
 - b) Ada bukti pelatihan komunikasi efektif antarprofesional pemberi asuhan
 - c) Pesan secara verbal atau verbal lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan
 - d) Penyampaian hasil pemeriksaan diagnostic secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap.
 - e) Rumah sakit menetapkan besaran nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostic dan hasil diagnostic kritis
 - f) Rumah sakit menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostic dan dicatat direkan medis
 - g) Ada bukti pencatan tentang hal-hal kritikal dikomuniakasikan antarprofesional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien.

c. Sasaran 3 : Meningkatkan Kemanan Obat-Obatan Yang Harus Diwaspadai (*High Alert Medications*)

1) Standar SKP 3:

- a) Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai
- b) Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat

2) Maksud dan Tujuan SKP 3: terhindar dari salah penggunaan obat-obatan yang dapat membahayakan pasien, bahkan dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien.

3) Elemen Penilaian SKP 3:

- a) Ada regulasi penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai.
- b) Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat
- c) Dirumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasar atas data spesifik sesuai dengan regulasi
- d) Tempat penyimpanan, pelabelan, dan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai diatur ditempat aman
- e) Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mencegah kecurangan dalam mengelola elektrolit konsentrat.
- f) Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi atau depo farmasi

d. Sasaran 4 : Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan yang Benar, Pembedahan Pada Pasien yang Benar

1) Standar SKP 4 :

- a) Rumah sakit memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat- pasien sebelum menjalani tindakan atau prosedur.
- b) Rumah sakit memastikan dilaksanakannya proses time-out dikamar operasi atau ruang tindakan sebelum operasi dimulai.

2) Maksud dan Tujuan SKP 4 :

- a) Memastikan ketepatan tempat, prosedur, dan pasien
- b) Memastikan bahwa semua dokumen yang terkait, foto, dan hasil pemeriksaan yang relevan diberi label dengan benar dan tersaji
- c) Memastikan tersedia peralatan medic khusus dan atau implant yang dibutuhkan.

3) Elemen Penilaian SKP 4

- a) Ada regulasi untuk melaksanakan penandaan lokasi operasi atau tindakan invasive (*site marking*)
- b) Ada bukti rumah sakit menggunakan satu tanda di empat sayatan operasi pertama atau tindakan *invasive* yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit
- c) Ada bukti bahwa penandaan lokasi operasi atau tindakan *invasive* dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau tindakan *invasive* dengan melibatkan pasien

- d) Ada regulasi untuk prosedur bedah aman dengan menggunakan *surgical checklist*.
 - e) Sebelum operasi atau tindakan *invasive* dilakukan, rumah sakit menyediakan *checklist* atau proses lain untuk mencatat, apakah *informed consent* sudah benar dan lengkap, apakah tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien sudah teridentifikasi, apakah semua dokumen dan peralatan yang dibutuhkan sudah siap tersedia dengan lengkap dan berfungsi dengan baik.
 - f) Rumah sakit menggunakan komponen *time-out* terdiri atas identifikasi tepat-pasien, tepat-prosedur, dan tepat-lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan sebelum melakukan irisan
 - g) Rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien jika operasi dilakukan diluar kamar operasi termasuk prosedur tindakan medis dan gigi.
- e. Sasaran 5 : Mengurangi Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
- 1) Standar SKP 5 : rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan *evidence based hand hygiene guidelines* untuk menurunkan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
 - 2) Maksud dan Tujuan SKP 5: upaya pencegahan dan pengendalian infeksi yang merupakan sebuah tantangan dilingkungan kesehatan dengan menjaga

kebersihan tangan melalui cuci tangan.

3) Elemen Penilaian SKP 5 :

- a) Ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) yang mengacu pada standar WHO terkini
- b) Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan diseluruh rumah sakit sesuai dengan regulasi
- c) Staf rumah sakit sesuai dengan regulasi
- d) Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur
Ada bukti staf melaksanakan lima saat cuci tangan: sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik, setelah terkena cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien.
- e) Prosedur disinfeksi dirumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi
- f) Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan.

f. Sasaran 6 : Mengurangi Resiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

- 1) Standar SKP 6: rumah sakit melaksanakan upaya mengurangi resiko cedera akibat pasien jatuh
- 2) Maksud dan Tujuan SKP 6:
 - a) Banyak cedera yang terjadi diunit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh
 - b) Berbagai faktor yang meningkatkan resiko pasien jatuh yaitu; kondisi pasien, gangguan fungsional pasien, lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit, riwayat jatuh pasien,

konsumsi obat tertentu, konsumsi alkohol

3) Elemen Penilaian SKP 6:

- a) Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cedera karena jatuh
- b) Rumah sakit melaksanakan suatu proses assessmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, dan lokasi terindikasi beresiko tinggi jatuh sesuai dengan regulasi.
- c) Rumah sakit melaksanakan proses assessmen awal, assessmen lanjutan, assessmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar atas catatan teridentifikasi resiko jatuh.
- d) Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi resiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh.

D. Penelitian Terkait

Yanti (2014) tentang Hubungan pengetahuan perawat dengan upaya penerapan *patient safety* di ruang rawat inap kelas III RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Didapatkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan pengetahuan perawat dengan upaya penerapan *patient safety* dengan p-value 0,001.

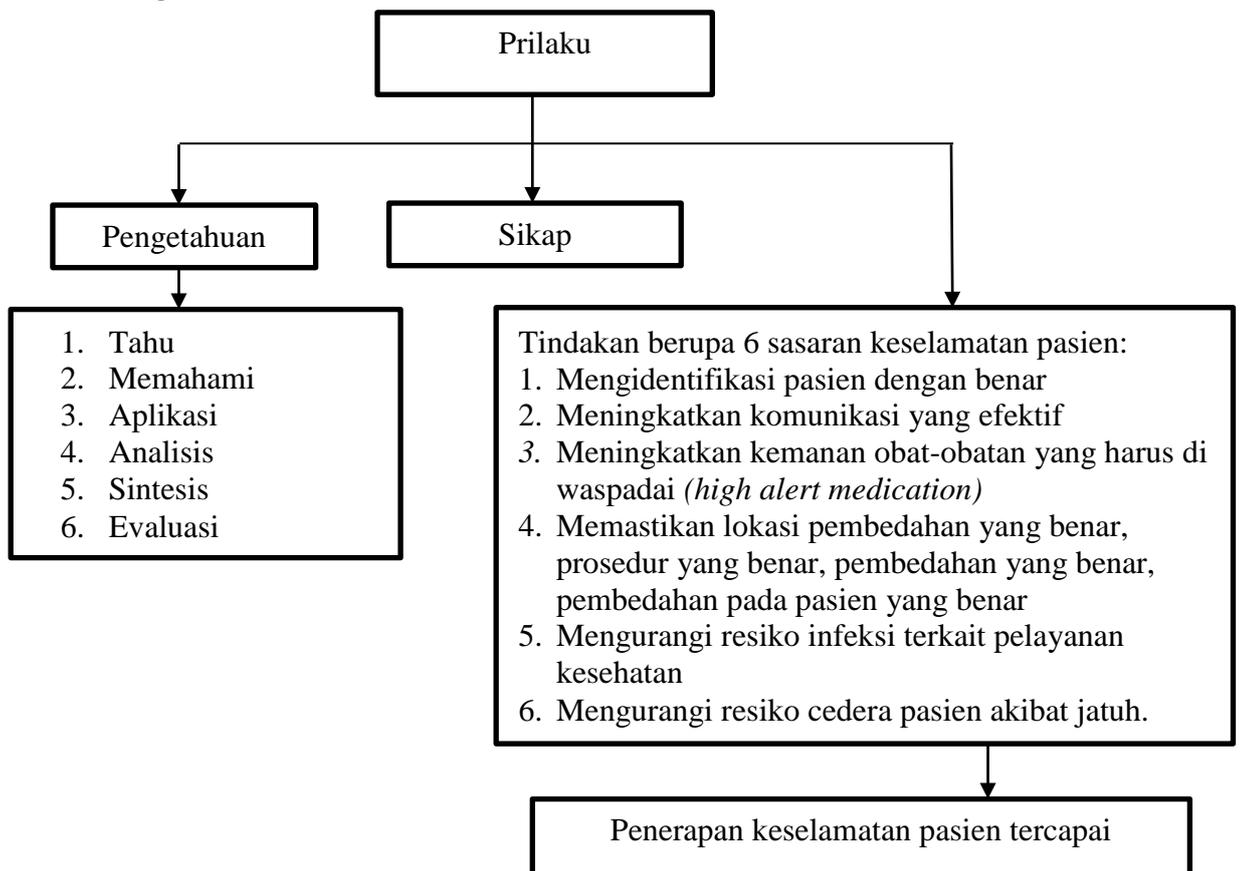
Trisna (2016) tentang Hubungan Persepsi Tim Bedah dengan Kepatuhan Penerapan Surgical *Patient Safety* pada Pasien Operasi Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Mayjend HM. Ryacudu. Didapatkan hasil bahwa 18 responden (60%) patuh dan 12 responden (40%) tidak patuh dalam penerapan *surgical patient safety*.

Pujianto (2014) tentang pengaruh implementasi *surgical safety* checklist terhadap keselamatan pasien bedah matadi kamar bedah RS Mata Dr. YAP Yogyakarta. Didapatkan hasil tingkat keselamatan pasien pada kelompok control mencapai 93%, tingkat keselamatan pasien pada kelompok

eksperimen mencapai 100%. Ada pengaruh implementasi *Surgical safety checklist* terhadap keselamatan pasien. Tingkat perbedaan keselamatan pasien antara kelompok control dan kelompok eksperimen sebesar 7%.

Lestari (2013) tentang hubungan pengetahuan perawat tentang *patient safety* pada pasien stroke di rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul. Dinyatakan adanya hubungan bermakna dan keeratan hubungan kuat. Sebagian besar responden mempunyai pengetahuan baik yaitu 17 orang (40,5%), dan sebagian besar responden mempunyai penerapan yang baik yaitu 16 orang (38,1%).

E. Kerangka Teori

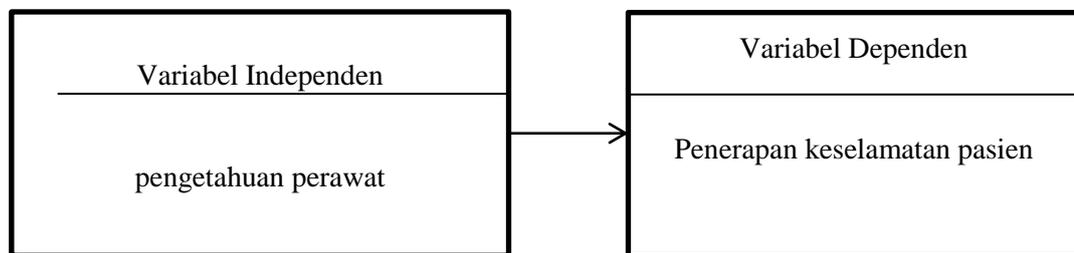


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi L.Green (2003) Notoatmodjo (2012), SNARS (2018) dalam Nunung & Yayang (2019).

F. Kerangka Konsep

Kerangka konsep suatu penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep lainnya, atau antara variabel satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti. Dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud kerangka konsep penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep-konsep atau variabel-variabel yang akan diamati melalui penelitian yang dimaksud (Notoatmodjo, 2018)



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

G. Hipotesis

Hipotesis merupakan suatu jawaban sementara penelitian, patokan dugaan atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2018)

1. Hipotesis nol (H_0)

Tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan upaya penerapan keselamatan pasien di instalasi bedah sentral RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro Provinsi Lampung

2. Hipotesis alternatif (H_a)

Ada hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan upaya penerapan keselamatan pasien di instalasi bedah sentral RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro Provinsi Lampung