

PELAKSANAAN ENAM SASARAN KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT DALAM MENCEGAH *ADVERSE EVENT* DI RUMAH SAKIT

Nursery, Septi Machelia Champaca

Dosen Ilmu Keperawatan STIKES Suaka Insan Banjarmasin

Email: septi01nursery@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: keselamatan pasien menjadi isu terkini karena makin meningkatnya kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *adverse event*. Insiden keselamatan pasien di rumah sakit akan memberikan dampak yang merugikan bagi pihak rumah sakit, staf dan pasien pada khususnya karena sebagai penerima pelayanan. Dampak yang ditimbulkan adalah menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang terjadi akibat rendahnya kualitas dan mutu asuhan yang diberikan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien oleh perawat dalam mencegah *adverse event* di Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin.

Metode: *Explanatory design* dan *Focus Group Discussion* (FGD). Teknik *sampling* pada penelitian ini adalah *cluster sampling* dan *simple random sampling*. Ada 107 perawat pelaksana yang ikut berpartisipasi sebagai sampel. Pada FGD, informan adalah perawat pelaksana sebanyak 7 orang.

Hasil: menunjukkan bahwa pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien oleh perawat adalah baik sebesar 51,4% . Adapun enam sasaran keselamatan pasien tersebut meliputi pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien adalah baik sebesar 64,5%, pelaksanaan komunikasi efektif adalah baik sebesar 56,1%, peningkatan keamanan obat yang perlu adalah baik sebesar 50,5%, kepastian tepat lokasi, prosedur dan pasien operasi adalah sebesar 59,8%, pengurangan risiko infeksi adalah baik sebesar 50,5%, dan pengurangan resiko jatuh adalah baik sebesar 61,7%.

Kesimpulan: Pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien oleh perawat dalam mencegah *adverse event* berada dalam kategori baik. Diharapkan instansi terkait melengkapi standar prosedur operasional mengenai komunikasi efektif saat melaporkan dan menerima instruksi dari dokter, pemberian tanda dan label untuk keamanan obat dan peningkatan supervisi agar pelaksanaan teknik aseptik menjadi lebih baik.

Kata Kunci: Keselamatan Pasien, Perawat, *Adverse Event*

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien menjadi isu terkini dalam pelayanan kesehatan rumah sakit sejak tahun 2000 yang didasarkan atas makin meningkatnya kejadian yang tidak diharapkan (KTD) atau *adverse event*. *Adverse event* merupakan suatu peristiwa yang dapat menyebabkan hal yang tak terduga atau tidak diinginkan sehingga membahayakan keselamatan pengguna alat kesehatan termasuk pasien atau orang lain. Klasifikasi *adverse event* adalah kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC) dan sentinel (kematian atau cedera). Contoh dari KTD seperti *medication error*, flebitis, dekubitus, infeksi daerah operasi, dan pasien jatuh dengan cedera (Suhartono, 2013; Suryani *et al.*, 2011).

WHO (*World Health Organisation*) tahun 2004 mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai negara yaitu Amerika, Inggris, Denmark dan Australia dan ditemukan kejadian tidak diharapkan (KTD) dengan rentang 3,2% –16,6%. Data tersebut menjadi pemicu di berbagai negara untuk melakukan penelitian dan pengembangan sistem keselamatan pasien (Astuti, 2013).

Kasus kejadian tidak diharapkan (KTD) juga terjadi di Indonesia, yang tercermin dari studi yang dilakukan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada antara tahun 2001-2003, menunjukkan tingkat kesalahan pengobatan (*medication error*) di Indonesia cukup tinggi. Terdapat kesalahan pengobatan mencapai angka 5,07%, sebanyak 0,25% berakhir fatal hingga kematian (Elrifda *et al.*, 2011).

Bea, *et al* (2013) juga mengemukakan bahwa ketidakpedulian akibat keselamatan pasien akan menyebabkan dampak yang merugikan bagi pasien dan pihak rumah sakit, seperti biaya yang harus ditanggung pasien menjadi lebih besar, pasien semakin lama dirawat di rumah sakit dan terjadinya resistensi obat. Kerugian bagi rumah sakit yang harus dikeluarkan menjadi lebih besar yaitu pada upaya tindakan pencegahan terhadap kejadian luka tekan (dekubitus), infeksi nosokomial, pasien jatuh dengan cedera dan kesalahan obat yang mengakibatkan cedera.

Salah satu upaya untuk meminimalkan insiden atau kejadian *patient safety*, keperawatan sebagai pelayanan profesional yang merupakan ujung tombak pelayanan kepada pasien harus bertindak dengan didasari oleh ilmu pengetahuan termasuk pengetahuan tentang *patient safety*, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan berkualitas dan bermanfaat dalam mencegah insiden kejadian tidak diharapkan atau KTD (Arumaningrum, 2014).

METODE

Metode penelitian adalah *explanatory design*, dimana pada tahap pertama menggunakan metode deskriptif kuantitatif dan tahap kedua menggunakan metode *focus group discussion*. Pengukuran enam sasaran keselamatan pasien dalam pencegahan *adverse event* dilakukan dengan tehnik pengumpulan data menggunakan kuesioner. Setelah itu, melaksanakan *Focus Group Discussion* (FGD) atau diskusi kelompok terarah.

Teknik *sampling* pada penelitian ini adalah *cluster sampling*

dan *simple random sampling*. Ada 107 perawat pelaksana yang ikut berpartisipasi sebagai sampel. Pada FGD, informan adalah perawat pelaksana sebanyak 7 orang. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner sebanyak 32 pernyataan yang diadopsi dari enam sasaran keselamatan pasien menurut *Joint Commission International Accreditation* (2012), dengan menggunakan skala likert yang telah dilakukan uji validitas dengan *Pearson Product Moment* dan uji reliabilitas dengan *Alpha Cronbach*.

HASIL

A. Distribusi Frekuensi Jawaban Responden

Tabel 1.2 Distribusi Proporsi Jawaban Responden pada Variabel Enam Sasaran Keselamatan Pasien

No	Parameter	Jawaban			
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
1	Ketepatan Identifikasi Pasien	65,3%	26,2%	8,3%	0,3%
2	Peningkatan Komunikasi Efektif	56,7%	19,2%	18,7%	5,3%
3	Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu	68,8%	21,5%	7,5%	2,2%
4	Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur dan Tepat Pasien Operasi	59,8%	26,2%	14,0%	0%
5	Pengurangan Resiko Infeksi	80,6%	15,9%	3,6%	0%
6	Pengurangan Resiko Jatuh	54,5%	30,6%	14,6%	0,4%

Berdasarkan tabel di atas, menunjukkan bahwa ketepatan identifikasi pasien dengan jawaban tertinggi adalah selalu (65,3%), peningkatan komunikasi efektif dengan jawaban tertinggi adalah selalu (56,7%) dan peningkatan keamanan obat yang perlu dengan jawaban tertinggi adalah selalu (68,8%). Kepastian tepat lokasi, prosedur dan pasien

operasi dengan jawaban tertinggi adalah selalu (59,8%), pengurangan resiko infeksi dengan jawaban tertinggi adalah selalu (80,6%) dan pengurangan resiko jatuh dengan jawaban tertinggi adalah selalu (54,5%).

B. Gambaran Pelaksanaan Enam Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat

Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Enam Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat

Tabel 1.1 Distribusi Proporsi Pelaksanaan Enam Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat

No	Pengurangan Resiko Infeksi	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Baik (Median \geq 25)	54	50,5
2.	Kurang (Median $<$ 25)	53	49,5
Jumlah		107	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Suaka Insan Banjarmasin adalah baik sebesar 51,4% dan kurang sebesar 48,6%. Keselamatan pasien yang dilakukan dengan baik akan mengurangi dan meringankan tindakan-tindakan yang tidak aman untuk pasien. Sistem pelayanan kesehatan melalui penggunaan penampilan praktek yang baik dapat mengoptimalkan *outcome* pasien (Yulia, 2010). *Outcome* pasien salah satunya adalah kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan perawat.

Perawat telah berupaya melakukan cuci tangan sesuai standar yaitu enam langkah, terutama saat lima moment yaitu saat sebelum dan setelah menyentuh pasien, kontak dengan lingkungan pasien, terpapar cairan pasien dan sebelum melakukan tindakan invasif.

1. Distribusi Frekuensi Ketepatan Identifikasi Pasien

Tabel 1.2 Distribusi Proporsi Ketepatan Identifikasi Pasien

No.	Tepat Identifikasi Pasien	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Baik (Median ≥ 25)	69	64,5
2.	Kurang (Median < 25)	38	35,5
Jumlah		107	100

Pada tabel di atas terlihat bahwa pelaksanaan identifikasi pasien di Rumah Sakit Suaka Insan adalah baik sebesar 64,5% dan kurang sebesar 35,5%. Hal ini menunjukkan bahwa perawat memperhatikan penerapan *patient safety* terutama dalam mengidentifikasi pasien secara benar. Soejadi (1996) menyatakan bahwa setiap perawat yang menyadari pentingnya memberikan pelayanan keperawatan terbaik terutama saat mengidentifikasi pasien secara benar akan memberikan dampak pada kepuasan pasien dan berfokus pada kesehatan pasien.

Perawat telah melakukan ketepatan identifikasi melalui

dua cara yaitu nama dan tanggal lahir pasien. Identifikasi dilakukan pada saat pemberian obat, produk darah, saat pengambilan darah dan spesimen lain untuk uji klinis.

2. Distribusi Frekuensi Peningkatan Komunikasi Efektif

Tabel 1.3 Distribusi Proporsi Peningkatan Komunikasi Efektif

No.	Komunikasi Efektif	Frekuensi	(%)
1.	Baik (Median ≥ 24)	60	56,1
2.	Kurang (Median < 24)	47	43,9
Jumlah		107	100

Pada tabel di atas terlihat bahwa pelaksanaan komunikasi efektif di Rumah Sakit Suaka Insan adalah baik sebesar 56,1% dan kurang sebesar 43,9%. Hal ini menunjukkan bahwa perawat telah berupaya untuk melakukan komunikasi yang efektif baik sesama perawat dan antara tenaga kesehatan lainnya. Komunikasi efektif diharapkan mampu mengurangi penyebab kasus *adverse event*. Nazri (2015) menyatakan bahwa kelemahan berkomunikasi secara efektif antara perawat dan dokter dapat menjadi faktor penghambat komunikasi dan dapat meningkatkan resiko insiden keselamatan pasien.

Perawat telah memperkenalkan perawat

pengganti kepada pasien saat timbang terima, telah menulis instruksi yang diterima secara verbal dan telepon kemudian membacakan instruksi tersebut. Instruksi yang telah dibacakan diberi tanda “*read back (+)*” pada lembar instruksi dan dalam waktu 1x24 jam ditandatangani oleh pemberi instruksi. Adapun pendokumentasian mengenai obat ditulis di kolom khusus instruksi obat via telepon.

3. Distribusi Frekuensi Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu

Tabel 1.4 Distribusi Proporsi Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu

No.	Keamanan Obat	Freq	(%)
1.	Baik (Median ≥ 19)	54	50,5
2.	Kurang (Median < 19)	53	49,5
Jumlah		107	100

Pada tabel di atas terlihat bahwa keamanan obat yang perlu di Rumah Sakit Suaka Insan adalah baik sebesar 50,5% dan kurang sebesar 49,5%. Hal ini menunjukkan bahwa manajemen rumah sakit telah berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien dengan merencanakan pengelolaan obat pasien. Perencanaan obat yang buruk merupakan salah satu penyebab paling sering terjadinya insiden *medical error*. Kemenkes (2011)

menyatakan bahwa nama obat, rupa dan ucapan mirip yang dikenal dengan istilah NORUM merupakan hal yang membingungkan staf perawat., sehingga perlu penyimpanan di tempat khusus. Obat lain harus di bawah pengawasan apoteker, sehingga kalau ada dosis yang berlebihan dapat disarankan ke dokternya untuk meninjau kembali terapinya.

Menurut Cohen, (2007) terdapat enam obat yang berisiko terjadinya kesalahan, diantaranya: insulin, heparin, opioid, injeksi kalium klorida atau konsentrat kalium fosfat, *blocking agen* neuromuskuler, obat kemoterapi. Penelitian Clancy, (2011) menunjukkan bahwa di unit perawatan rata-rata terjadi 3.7 insiden kesalahan obat setiap enam bulan. *Weant, Humpries, Hite dan Armitstead*, (2010) menyatakan ribuan orang Amerika meninggal setiap tahun akibat kesalahan obat selama dirawat di rumah sakit, diperkirakan 29 *milyard dollar* Amerika dihabiskan tiap tahun akibat kesalahan obat.

4. Distribusi Frekuensi Kepastian Tepat Lokasi, Prosedur dan Pasien Operasi

Tabel 1.5 Distribusi Proporsi Kepastian Tepat Lokasi, Prosedur dan Pasien Operasi

No.	Tepat Lokasi, Prosedur dan Pasien Operasi	Freq	(%)
1.	Baik (Median ≥ 4)	64	59,8
2.	Kurang (Median < 4)	43	40,2
Jumlah		107	100

Pada tabel di atas terlihat bahwa pelaksanaan kepastian tepat lokasi, prosedur dan pasien operasi di rumah sakit Suaka Insan adalah baik sebesar 59,8% dan kurang sebesar 40,2%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar perawat telah melakukan kepastian tepat lokasi, prosedur dan pasien operasi seperti persiapan puasa, cukur, melakukan enema sesuai instruksi dokter, mengecek hasil foto termasuk rontgen dan pemeriksaan darah.

Kemenkes (2011), menyebutkan bahwa salah lokasi, prosedur, salah pasien operasi merupakan sesuatu yang mengkhawatirkan dan sering terjadi akibat komunikasi tidak efektif. Di samping itu ada pula faktor yang sering terjadi yaitu pengkajian yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, serta budaya yang tidak mendukung komunikasi antar anggota tim bedah.

5. Distribusi Frekuensi Pengurangan Resiko Infeksi

Tabel 1.6 Distribusi Proporsi Pengurangan Resiko Infeksi

No.	Pengurangan Resiko Infeksi	Freq	%
1.	Baik (Median ≥ 25)	54	50,5
2.	Kurang (Median < 25)	53	49,5
Jumlah		107	100

Pada tabel di atas terlihat bahwa pelaksanaan pencegahan resiko infeksi adalah baik sebesar 50,5% dan kurang sebesar 49,5%. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan pengurangan infeksi sebagian besar telah terlaksana dengan baik. Kemenkes (2011) menyampaikan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi nasokomial adalah kemampuan perawat dalam menerapkan tehnik aseptik, selain itu *hand hygiene* juga merupakan aspek yang harus diperhatikan. Oleh karena itu, diperlukan peran aktif dari perawat untuk memperhatikan lingkungan yang aman bagi pasien sehingga terhindar dari bahaya infeksi nasokomial di rumah sakit.

Perawat telah berupaya melakukan cuci tangan sesuai standar yaitu enam langkah, terutama saat lima moment yaitu saat sebelum dan setelah menyentuh pasien, kontak dengan lingkungan pasien, terpapar cairan pasien dan

sebelum melakukan tindakan invasif.

6. Pengurangan Resiko Jatuh

Tabel 1.7 Distribusi Proporsi Pengurangan Resiko Jatuh

No.	Pengurangan Resiko Jatuh	Freq	%
1.	Baik (Median \geq 20)	66	61,7
2.	Kurang (Median $<$ 20)	41	38,3
Jumlah		107	100

Pada tabel di atas terlihat bahwa pelaksanaan pencegahan pasien jatuh adalah baik sebesar 61,7% dan kurang sebesar 38,3%. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan pencegahan pasien jatuh sebagian besar telah terlaksana dengan baik. Perawat telah melakukan pengkajian awal, pengkajian ulang pada pasien resiko jatuh. Perawat mengkategorikan tingkat atau level pasien resiko jatuh dan berupaya melakukan prosedur pencegahan pasien jatuh seperti memasang pagar pengaman, penerangan cukup dan mengupayakan lantai tidak basah.

C. Hasil *Focus Group Discussion* (FGD)

Sebelumnya peneliti membagikan undangan kepada perawat pelaksana satu hari sebelum pelaksanaan FGD. Kemudian FGD diawali dengan pemaparan hasil analisis penelitian oleh peneliti. Adapun proses diskusi kelompok terarah difasilitasi oleh peneliti, dengan

agenda membahas isu strategis yang merupakan hasil analisis dari penelitian.

Tabel 1.10 Analisis Data FGD (*Focus Group Discussion*)

Variabel	Data	Isu Strategis
Enam sasaran keselamatan pasien	Kategori Baik (Median \geq 116) = 55 orang	Sasaran keselamatan pasien, ketepatan pasien, komunikasi efektif, peningkatan keamanan
Kategori Kurang (Median $<$ 116) = 52 orang	obat yang kepastian tepat prosedur dan tepat pasien operasi, pengurangan resiko infeksi dan pengurangan resiko jatuh.	obat yang perlu, tepat lokasi, prosedur dan pasien operasi, resiko infeksi dan pengurangan resiko jatuh.

PEMBAHASAN

Setelah mengetahui data dan isu strategis, kemudian FGD dilanjutkan dengan mencari penyebab dari masing-masing isu strategis tersebut. P2 mengatakan bahwa telah berupaya melakukan langkah identifikasi pasien sesuai SOP. Meskipun terkadang ada teman perawat yang tidak melakukan identifikasi pasien sesuai SOP dengan alasan sudah kenal dengan pasien dan supaya kerjanya lebih cepat. Identifikasi pasien yang baik merupakan tehnik dalam memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan serta meyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.

P6 dan P7 mengatakan bahwa belum mendapatkan sosialisasi SOP yang jelas mengenai pemberian order dokter melalui telepon, sehingga pada saat perawat ingin melakukan verifikasi agak kesulitan. Hal ini dipertegas oleh P5 yang mengatakan bahwa terkadang ada dokter tidak

memberi kesempatan kepada perawat untuk mengklarifikasi *advice* obat yang telah diberikan terutama order melalui telepon.

Komunikasi adalah penyebab pertama masalah keselamatan pasien. Komunikasi dalam pelayanan keperawatan baiknya dilakukan secara efektif. Hal ini karena komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan mudah dipahami oleh penerima akan mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.

P1 mengatakan bahwa belum ada pelabelan jenis obat tertentu seperti obat diazepam dan obat yang terlihat mirip dan ucapan terdengar sama. P2 mengatakan bahwa dalam melakukan penyiapan obat dari pengenceran obat dan menyuntikan ke pasien hanya dilakukan oleh satu perawat.

Keamanan obat perlu untuk jenis obat *high alert* atau obat yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai merupakan obat yang persentasenya tinggi akan menyebabkan terjadinya kesalahan atau *error* atau kejadian sentinel. Oleh karena itu, rumah sakit harus mempunyai pedoman atau kebijakan dalam manajemen dan pemberian obat yang perlu diwaspadai. Khususnya untuk kelompok obat rupa mirip, nama mirip dan elektrolit tinggi, narkotika, psikotropika dan kemoterapi.

P2 mengatakan bahwa tidak banyak yang dilakukan perawat pelaksana untuk menentukan tepat lokasi, prosedur dan pasien karena hal ini lebih banyak dilakukan di kamar operasi. Hanya saja perawat ruangan membantu dokter dalam pengisian *informed consent* dan pemeriksaan diagnostik medis lainnya sesuai *advice* dokter sebelum

operasi seperti oto rontgen, USG dan pemeriksaan darah serta menyiapkan pasien *pre-op* seperti cukur, puasa, enema.

Perawat di ruang rawat inap berperan pada persiapan pre operasi. Perawat pelaksana di ruangan harus melakukan pengkajian awal terlebih dahulu, merencanakan tindakan keperawatan pre operasi sesuai kebutuhan pasien, melibatkan keluarga dalam mendukung psikologis pasien. Untuk menentukan tepat lokasi, prosedur dan pasien operasi akan lebih banyak dilakukan di unit kamar operasi.

P4 mengatakan bahwa terkadang saya melihat rekan perawat melakukan desinfektan berkali-kali pada kulit yang akan dilakukan pemasangan infus. P1 mengatakan bahwa terkadang teman perawat yang memasang *down catheter* dengan menggunakan gloves tidak steril.

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dan terlibat kontak langsung dengan pasien sangat berkaitan dengan terjadinya infeksi nasokomial. Perawat bertanggung jawab menyediakan lingkungan yang aman bagi pasien terutama pencegahan infeksi. Salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi nasokomial adalah kemampuan perawat dalam menerapkan tehnik aseptik, selain itu *hand hygiene* juga merupakan aspek yang harus diperhatikan.

P2 mengatakan perawat telah berupaya melakukan identifikasi pada pasien jatuh dengan menggantungkan plang atau tanda resiko jatuh. P3 mengatakan bahwa format pengkajian resiko jatuh pada pasien berubah-ubah, sehingga bingung.

Perawat dalam menghadapi tuntutan masyarakat yang semakin tinggi terhadap mutu pelayanan keperawatan kiranya kemampuan dalam pencegahan risiko pasien jatuh perlu ditingkatkan. Komitmen bersama merupakan kunci keberhasilan dari peningkatan mutu keselamatan pasien. Adanya standar prosedur operasional yang jelas menjadi panduan bagi perawat bekerja sesuai standar minimal yang berlaku. Fasilitas rumah sakit pun perlu ditingkatkan seperti penyediaan format pengkajian resiko jatuh dan gelang identifikasi, tanda resiko jatuh.

KESIMPULAN

Pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien oleh perawat di rumah sakit berada dalam kategori baik. Diharapkan Pihak rumah sakit dapat melengkapi standar prosedur operasional mengenai komunikasi efektif saat melaporkan dan menerima instruksi dari dokter, adanya tanda dan label untuk keamanan obat, dan peningkatan supervisi agar pelaksanaan teknik aseptik menjadi lebih baik.

ACKNOWLEDGMENT

Ucapan Terima kasih yang sebesar-besarnya bagi seluruh responden yang sudah dengan sangat baik membantu menyukseskan kegiatan penelitian ini. Terima kasih juga kepada Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin dan STIKES Suaka Insan yang sudah sangat mendukung terselesaikannya penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

Aprilia, Shelly. (2011). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawat*

dalam Penerapan IPSP pada Akreditasi JCI di Instalasi Rawat Inap RS Swasta X Tahun 2011. Skripsi. Program Sarjana Keperawatan Kesehatan Masyarakat Departemen Biostatistik dan Kependudukan. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia Jakarta

Astuti, Tri Puji. (2013). *Analisis Penerapan Manajemen Paise Safety dalam Rangka Peningkatan Mutu Pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Surakarta Tahun 2013.* Skripsi. Universitas Muhammadiyah Sukarta

Depkes RI. (2008). *Profil Kesehatan Indonesia.* Jakarta

JCI. (2012). *Joint Commission International Standar Akreditasi Rumah Sakit.* Edisi ke-4. U.S.A: Joint Commission Resources

Nursalam. (2007). *Manajemen Keperawatan dan Aplikasinya.* Jakarta: Salemba Medika

Nursalam. (2007). *Manajemen Keperawatan, Aplikasi dan Praktik Keperawatan Profesional Edisi 2.* Jakarta: Salemba Medika

Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan.* Jakarta: Salemba Medika

Nursalam. (2015). *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktisi Edisi 3.* Jakarta: Salemba Medika

Suparna. (2015). *Evaluasi Penerapan Patient Safety Resiko Jatuh Unit Gawat Darurat di RS Panti Rini Kalasan Sleman.* Skripsi.

STIKES 'Aisyiyah Prodi
Ilmu Keperawatan
Yogyakarta