

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Manajemen Keselamatan Pasien

2.1.1 Pengertian Manajemen

Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan usaha-usaha anggota organisasi dan penggunaan sumber daya organisasi lainnya untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan (Stoner, 1982 dalam Asmuji, 2013).

Manajemen keperawatan adalah suatu proses menyelesaikan suatu pekerjaan melalui perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan dengan menggunakan sumber daya secara efektif, efisien, dan rasional dalam memberikan pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif pada individu, keluarga, dan masyarakat, baik yang sakit maupun yang sehat melalui proses keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmuji, 2013).

Fungsi manajemen dalam pendekatan keperawatan yaitu:

1. Perencanaan (*planning*)

Perencanaan merupakan upaya dalam meningkatkan profesionalisme pelayanan keperawatan sehingga mutu pelayanan keperawatan dapat dipertahankan, bahkan ditingkatkan.

2. Pengorganisasian (*organizing*)

Pengelompokan kegiatan terhadap tugas, wewenang, tanggung jawab, dan koordinasi kegiatan, baik vertikal maupun horizontal

yang dilakukan oleh tenaga keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

3. Pengarahan (*directing*)

Hubungan manusia dalam kepemimpinan yang mengikat para bawahan agar bersedia mengerti dan menyumbangkan tenaganya secara efektif serta efisien dalam pencapaian tujuan keperawatan yang telah ditetapkan.

4. Pengendalian (*controlling*)

Usaha sistematis untuk menetapkan standar prestasi kerja dengan tujuan perencanaan, untuk mendesain sistem umpan balik informasi, untuk membandingkan prestasi yang sesungguhnya dengan standar yang telah ditetapkan, untuk menetapkan apakah ada deviasi, dan untuk mengukur signifikansinya.

Faktor-faktor yang memengaruhi manajemen keperawatan:

1. SDM/Sumber daya manusia (jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan masa/lama kerja)
2. Gaya kepemimpinan (demokratis, otokratis atau permisif)
3. Motivasi (gaji/upah, kompensasi, kondisi tempat kerja, keselamatan kerja, peraturan, prosedur kerja, hubungan interpersonal, interaksi, dll)
4. Komunikasi
5. Manajemen konflik (intrapersonal/dalam diri individu, interpersonal/antar individu dan individu, antar individu dan

kelompok, antar kelompok dan kelompok/*intergroup*, antar organisasi dan organisasi)

2.1.2 Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi : assessmen 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. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Depkes R.I, 2006).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 Pasal 1 menyebutkan bahwa Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

2.1.3 Jenis insiden keselamatan pasien antara lain:

1. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
2. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
3. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
4. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

2.1.4 Tujuan keselamatan pasien

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
2. Meningkatnya akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

2.1.5 Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan pasien merupakan suatu desain sistem untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi dalam rangka mencegah insiden atau cedera pada pasien.

Sasaran keselamatan pasien antara lain:

1. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien

Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/ lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Elemen Penilaian Sasaran I

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

Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon.

Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (atau memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat.

Elemen Penilaian Sasaran II

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

3. Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat yang perlu Diwaspadai
(*High-Alert*)

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Soun Alike/LASA*).

Elemen Penilaian Sasaran III

- a. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat prinsip-prinsip 5 dan/atau 6 benar dalam pemberian obat.
 - b. Implementasi kebijakan dan prosedur.
 - c. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan
4. Sasaran IV : Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi

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

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang)

Elemen Penilaian Sasaran IV

- a. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
- b. Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009).
- c. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

5. Sasaran V : Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

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

Elemen Penilaian Sasaran V

- a. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari *WHO Patient Safety*).
 - b. Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
 - c. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
6. Sasaran VI : Pengurangan Resiko Pasien Jatuh

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

Elemen Penilaian Sasaran VI

- a. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
- b. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
- c. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- d. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

2.2 Konsep *Surgical Safety Checklist*

Surgical Safety Checklist merupakan bagian dari *Safe Surgery Saves Lives* yang berupa alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim bedah di ruang operasi. Tahapan *Surgical Safety Checklist* dibagi menjadi tiga tahap pelaksanaan yaitu *Sign In*, *Time Out*, dan *Sign Out*.

2.2.1 *Sign In*

Sign In adalah prosedur keselamatan pasien yang dilakukan sebelum induksi anastesi. Pelaksanaan *Sign In* idealnya dihadiri paling tidak oleh perawat tim bedah dan tim anastesi.

Langkah-langkah pelaksanaan *Sign In* antara lain:

1. Konfirmasi identitas pasien, area operasi, tindakan operasi dan lembar persetujuan (*Informed Consent*).

Untuk pasien anak-anak atau pasien yang tidak memungkinkan untuk berkomunikasi dapat dilakukan konfirmasi kepada pihak keluarga.

2. Konfirmasi apakah area operasi telah ditandai?
3. Konfirmasi apakah mesin dan obat-obatan anastesi telah dilakukan pengecekan?
4. Konfirmasi apakah *Pulse Oximeter* sudah terpasang pada pasien dan berfungsi?
5. Konfirmasi apakah pasien memiliki / akan mengalami hal-hal berikut:

- a. Memiliki riwayat alergi?
- b. Resiko aspirasi dan gangguan jalan nafas?

Jika dicurigai ada resiko aspirasi dan gangguan jalan nafas, maka peralatan dan penolong harus ada.

- c. Resiko kehilangan darah > 500ml (7ml/kg pada anak-anak)?

Jika dicurigai ada resiko kehilangan darah $> 500\text{ml}$ (7ml/kg pada anak-anak), maka persiapan resusitasi cairan dengan cara pemasangan 2 IV line pada saat operasi / pembedahan.

2.2.2 *Time Out*

Time Out adalah prosedur keselamatan pasien yang dilakukan sebelum insisi kulit. Pelaksanaan *Time Out* dihadiri oleh seluruh tim bedah (perawat tim bedah, tim anastesi dan dokter ahli bedah).

Langkah-langkah pelaksanaan *Time Out* antara lain:

1. Konfirmasi semua anggota tim bedah untuk memperkenalkan diri sendiri, nama dan peran masing-masing anggota.
2. Konfirmasi nama pasien, tindakan / prosedur pembedahan, dan dimana area insisi akan dibuat.
3. Apakah antibiotik *Prophylaxis* telah diberikan dalam 60 menit terakhir?
4. Antisipasi kejadian kritis
 - a. Kepada dokter ahli bedah : apakah ada tindakan kritis atau langkah-langkah diluar yang seharusnya, berapa lama prosedur pembedahan dilakukan, dan apa tindakan antisipasi jika terjadi kehilangan darah?
 - b. Untuk dokter anastesi : apakah ada kekuatiran khusus pada pasien?
 - c. Untuk perawat : apakah sterilitas instrumen (termasuk hasil indikator) telah dikonfirmasi? Apakah ada masalah pada peralatan bedah atau kekuatiran yang lain?

5. Apakah pemeriksaan penunjang berupa foto yang diperlukan sudah dipasang pada tempatnya?

2.2.3 Sign Out

Sign Out adalah prosedur keselamatan pasien yang dilakukan sebelum penutupan luka hingga sebelum pasien meninggalkan ruang operasi. Pelaksanaan *Sign Out* diikuti oleh seluruh tim bedah (perawat tim bedah, tim anastesi dan dokter ahli bedah).

Langkah-langkah pelaksanaan *Sign Out* antara lain:

1. Konfirmasi jenis prosedur pembedahan yang telah dilakukan.
2. Konfirmasi kelengkapan instrument yang digunakan, jumlah sponge (kassa) dan jarum.
3. Konfirmasi pelabelan specimen (membaca label specimen dengan suara lantang dan jelas, termasuk nama pasien).
4. Konfirmasi apakah ada peralatan atau instrument yang bermasalah yang menghambat prosedur pembedahan.
5. Konfirmasi kepada semua tim bedah (perawat bedah, tim anastesi dan dokter ahli bedah) apakah ada perhatian khusus untuk proses pemulihan (*recovery*) dan tatalaksana pasien?

2.3 Konsep Bedah Mayor

Prosedur pembedahan dalam dunia medis dilakukan untuk berbagai alasan, seperti: diagnostik (biopsi atau laparotomi eksplorasi), kuratif (ketika mengeksisi tumor atau mengangkat apendiks yang mengalami inflamasi atau perforasi), reparatif, rekonstruktif atau kosmetik (*“face off”*/perbaikan wajah, mammoplasti), atau mungkin paliatif (ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah).

2.3.1 Jenis dan Indikasi pembedahan

Pembedahan juga dapat diklasifikasikan sesuai tingkat urgensinya, dengan penggunaan istilah-istilah kedaruratan, urgen, diperlukan, elektif, dan pilihan (Brunner & Suddarth, 2010).

Klasifikasi	Indikasi untuk Pembedahan	Contoh
I. Kedaruratan-pasien membutuhkan perhatian segera; gangguan mungkin mengancam jiwa	Tanpa ditunda	Perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sangat luas
II. Urgen-pasien membutuhkan perhatian segera	Dalam 24-30 jam	Infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra
III. Diperlukan-pasien harus menjalani pembedahan	Dapat direncanakan dalam beberapa bulan atau minggu	Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tiroid, katarak
IV. Elektif-pasien harus dioperasi ketika diperlukan	Pembedahan dimana jika Tidak dilakukan pembedahan (penundaan) tidak terlalu membahayakan pasien	Perbaikan eskar, hernia sederhana, perbaikan vaginal
V. Pilihan-keputusan terletak pada pasien	Pilihan pribadi	Bedah kosmetik

Tabel 2.1 Kategori pembedahan berdasar tingkat urgensinya menurut Brunner & suddarth (2010)

Klasifikasi Pembedahan menurut Potter & Perry (2006):

Jenis prosedur pembedahan diklasifikasikan berdasarkan pada tingkat keseriusan, kegawatan, dan tujuan pembedahan. Sebuah prosedur mungkin memiliki lebih satu klasifikasi. Misalnya pembedahan untuk mengangkat jaringan parut yang bentuknya tka beraturan termasuk pembedahan dengan tingkat keseriusan rendah, elektif secara kegawatan, dan bertujuan untuk rekonstruksi. Klasifikasi sering kali tumpang tindih. Prosedur yang gawat dianggap mempunyai tingkat keseriusan mayor. Tindakan bedah yang sama dapat dilakukan pada klien yang berbeda dengan tujuan yang berbeda. Misalnya, gastrektomi dilakukan sebagai prosedur kedaruratan untuk mereseksi perdarahan ulkus atau dilakukan sebagai prosedur kegawatan untuk mengangkat jaringan yang terkena kanker. Klasifikasi memberi indikasi pada perawat tentang tingkat asuhan keperawatan yang mungkin diperlukan klien.

Jenis	Deskripsi	Contoh
Keseriusan		
Mayor	Melibatkan rekonstruksi atau perubahan yang luas pada bagian tubuh; menimbulkan resiko yang tinggi bagi kesehatan	Bypass arteri koroner, reseksi kolon, pengangkatan laring, reseksi lobus paru
Minor	Melibatkan perubahan yang kecil pada bagian tubuh; sering dilakukan untuk memperbaiki deformitas; mengandung resiko yang lebih rendah bila dibandingkan dengan prosedur mayor	Ekstraksi katarak, operasi plastik wajah, graff kulit, ekstraksi gigi
Urgensi		
Elektif	Pembedahan dimana jika Tidak dilakukan pembedahan (penundaan) tidak terlalu membahayakan pasien. Dilakukan berdasarkan pada pilihan	Buniektomi, operasi plastik wajah, perbaikan hernia, rekonstruksi payudara, perbaikan

	klien; tidak penting dan mungkin tidak dibutuhkan untuk kesehatan	eskar, perbaikan vaginal
Gawat	Perlu untuk kesehatan klien, dapat mencegah timbulnya masalah tambahan (misalnya dekstruksi jaringan atau fungsi organ yang terganggu); tidak harus bersifat darurat	Eksisi tumor ganas, pengangkatan batu kandung empedu, perbaikan vaskular akibat obstruksi arteri (misalnya, bypass arteri koroner)
Darurat	Harus dilakukan segera untuk menyelamatkan jiwa atau mempertahankan fungsi bagian tubuh	Memperbaiki perforasi apendiks, memperbaiki amputasi traumatik, mengontrol perdarahan internal
Tujuan		
Diagnostik	Bedah eksplorasi untuk memperkuat diagnosis dokter; mungkin termasuk pengangkatan jaringan untuk pemeriksaan diagnostik yang lebih lanjut	Laparotomi eksplorasi (insisi rongga peritoneal untuk menginspeksi organ abdomen), biopsi masa payudara
Ablatif	Eksisi atau pengangkatan bagian tubuh yang menderita penyakit	Amputasi, pengangkatan apendiks, kolesistektomi
Paliatif	Menghilangkan atau mengurangi intensitas gejala penyakit; tidak akan menyembuhkan penyakit	Kolostomi, debridemen jaringan nekrotik, reseksi serabut saraf
Rekonstruktif	Mengembalikan fungsi atau penampilan jaringan yang mengalami trauma atau malfungsi	Fiksasi internal pada fraktur, perbaikan jaringan parut
Transplantasi	Dilakukan untuk mengganti organ atau struktur yang mengalami malfungsi	Transplantasi ginjal, kornea, atau hati; penggantian pinggul total
Konstruktif	Mengembalikan fungsi yang hilang atau berkurang akibat anomali konginetal	Memperbaiki bibir sumbing, penutupan defek katup atrium jantung

Tabel 2.2 Klasifikasi pembedahan menurut Potter & Perry (2006)

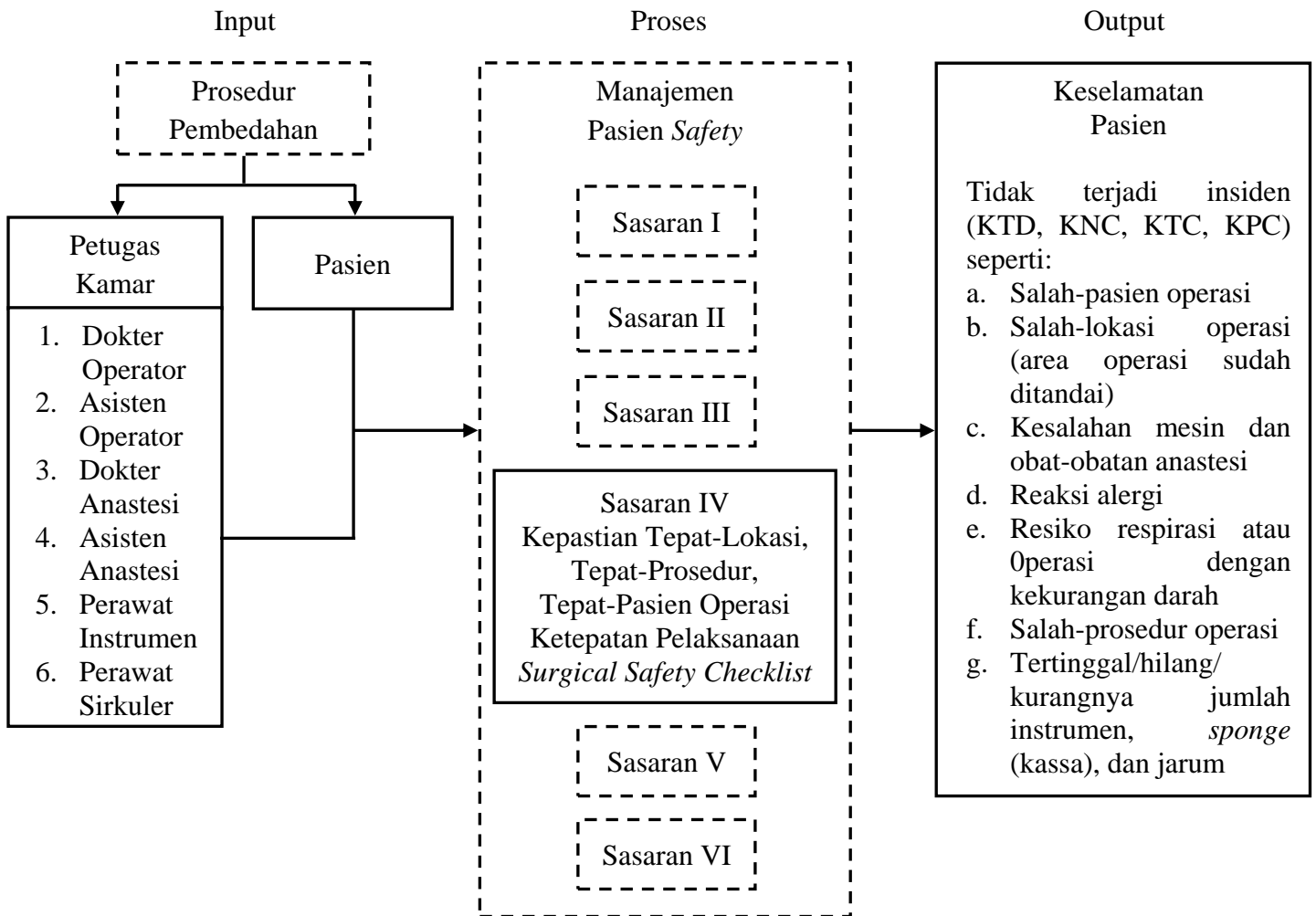
Sedangkan menurut Alimul Aziz (2009) jenis pembedahan dibagi menjadi dua yaitu berdasarkan lokasi dan berdasarkan tujuan.

1. Jenis pembedahan berdasarkan lokasinya, pembedahan dibagi menjadi bedah thorak, kardiovaskuler, bedah neurologi, bedah

ortopedi, bedah urologi, bedah kepala leher, bedah digestive, dan lain-lain.

2. Jenis pembedahan berdasarkan tujuannya, pembedahan dibagi menjadi:
 - a. Pembedahan diagnostik, ditunjukkan untuk menentukan sebab terjadinya gejala dari penyakit, seperti biopasi, eksplorasi, dan laparotomi.
 - b. Pembedahan kuratif, dilakukan untuk mengambil bagian dari penyakit, misalnya pembedahan apendektomi.
 - c. Pembedahan restoratif, dilakukan untuk mengambil bagian dari penyakit, misalnya pembedahan apendektomi.
 - d. Pembedahan paliatif, dilakukan untuk mengurangi gejala tanpa menyembuhkan penyakit.
 - e. Pembedahan kosmetik, dilakukan untuk memperbaiki bentuk bagian tubuh seperti rinoplasti

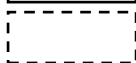
2.4 Kerangka Konseptual



Keterangan:



= Diteliti



= Tidak Diteliti

Bagan 2.1 Kerangka Konseptual Hubungan Manajemen Pasien *Safety* (Sasaran IV) Dengan Keselamatan Pasien Operasi Bedah Mayor

2.5 Hipotesis

Ada Hubungan Manajemen Pasien Safety (Sasaran IV) Dengan Keselamatan Pasien Operasi Bedah Mayor Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Ngudi Waluyo Wlingi.