



TESIS

**HUBUNGAN ANTARA PENERAPAN TINDAKAN
KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT
PELAKSANA DENGAN KEPUASAN PASIEN
DI IRNA BEDAH DAN IRNA MEDIK
RSU Dr. SOETOMO SURABAYA**

Oleh:

**DEWI MARYAM
NPM. 0706194652**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN & MANAJEMEN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2009**



TESIS

**HUBUNGAN ANTARA PENERAPAN TINDAKAN
KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT
PELAKSANA DENGAN KEPUASAN PASIEN
DI IRNA BEDAH DAN IRNA MEDIK
RSU Dr. SOETOMO SURABAYA**

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Magister Ilmu Keperawatan

Oleh:

**DEWI MARYAM
NPM. 0706194652**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN & MANAJEMEN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, (JULI 2009)**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dewi Maryam
NPM : 0706194652
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 13 Juli 2009

Dewi Maryam

**POSTGRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
LEADERSHIP AND NURSING MANAGEMENT
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, June 2009

Dewi Maryam

A Correlation of Patient Safety Implementation by Nurses with Patient's Satisfaction at Irna Medical and Surgical at RSU. Dr. Soetomo Surabaya.

xii + 154 pages + 12 enclosures

Abstract

This research is merely a descriptive correlative design with a cross sectional approach which has purposed to identify "The relationship between Patient Safety Implementation conducted by Nurses and Patient's Satisfaction at Irna Medical and Surgical at RSU Dr. Soetomo Surabaya". The population of this research was patient, who stayed at Irna Surgical and Medical ward at RSU Dr. Soetomo Surabaya. A hundred and twelve respondents were involved in the study. The univariat, bivariat and multivariat were used to analyze the data. The results revealed that there are no significant correlation between color and names of the drugs, control of concentrated electrolyte solution, hand hygiene, prevention of catheter and tubing mis-connections, and ensuring the correct procedure on correct body location site with patient's satisfaction. There is a significant correlation between patient identification, communication during patient hand overs, single use of injection devices, and drug accuracy and patient's satisfaction. The most correlating factor in applying patient safety intervention conducted by nurses toward patient's satisfaction is drug accuracy. Further, recommendation is directed to have further research in order to explore deeper on the implementation of patient safety program.

Keyword : Patient Safety Program, Patient Satisfaction

Bibliography : 59 (1981 -2008)

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juni 2009

Dewi Maryam

Hubungan Penerapan Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana dengan Kepuasan Pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya

xii + 154 hal + 12 lampiran

Abstrak

Penelitian ini dengan jenis deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sektional* ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran “Hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya”. Populasi penelitian ini adalah pasien yang dirawat di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya berjumlah 112 responden berdasarkan rumus uji beda proporsi. Analisis data menggunakan langkah-langkah univariat, bivariat dan multivariat. Hasil penelitian menggambarkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara perhatian pada rupa dan nama obat ($p=0,633$), pengendalian cairan elektrolit pekat ($p=0,803$), kebersihan tangan ($p=0,298$), pencegahan salah sambung slang ($0,153$), dan kepastian tindakan yang benar pada sisi yang benar ($p=0,056$) dengan kepuasan pasien. Terdapat hubungan yang bermakna antara identifikasi pasien ($p=0,001$), komunikasi saat operan ($p=0,024$), injeksi ($p=0,030$), dan akurasi ketepatan pemberian obat ($p=0,000$) dengan kepuasan pasien. Faktor yang paling berhubungan pada penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat dengan kepuasan pasien adalah akurasi ketepatan pemberian obat ($p=0,000$ O R=34,818 CI 95% 4,819-224,870). Usulan penelitian selanjutnya diantaranya merekomendasikan untuk penelitian lanjutan yang bertujuan menggali lebih dalam penerapan program keselamatan pasien di rumah sakit.

Kata kunci: kepuasan pasien, keselamatan pasien

Daftar Pustaka: 59 (1981-2008)

LEMBAR NAMA ANGGOTA PENGUJI TESIS

Jakarta, 13 Juli 2009

Pembimbing I

Prof. Dra. Elly Nurachmah, S.Kp., M.App.Sc., D.N.Sc

Pembimbing II

Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes

Anggota

Rukmini Norman, SKM., M.Kep

Anggota

Hanny Handiyani, SKp., M.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis
Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Jakarta, 13 Juli 2009

Pembimbing I

Prof. Dra. Elly Nurachmah, S.Kp., M.App.Sc., D.N.Sc

Pembimbing II

Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT. Dengan izin dan pertolongan-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis berjudul "Hubungan Penerapan tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya" sesuai waktu yang ditentukan.

Pada kesempatan ini penulis sangat berterima kasih sekali kepada :

1. Dewi Irawaty, Ph.D. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas fasilitas, sarana, dan prasarana yang telah diberikan sehingga penulis mampu menyelesaikan tesis ini.
2. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc. selaku Ketua Program Studi Pascasarjana dan Koordinator MA Tesis FIK UI yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menyusun tesis ini.
3. Prof. Dra. Elly Nurrachmah, S.Kp., M.App.Sc., DN.Sc. selaku Pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu dan perhatiannya kepada penulis.
4. Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes. selaku Pembimbing II yang telah banyak membantu dalam penyusunan tesis ini.
5. Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep. yang telah banyak memberikan bimbingan penulisan.
6. Ns. Arie Sunarno, S.Kep, M.M.Kes. Koordinator Keperawatan Irna Bedah yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas dalam penyelesaian tesis ini.

7. Obet Sugiono, SKM. Koordinator Keperawatan Irna Medik yang selalu memberikan semangat kepada penulis.
8. Kepala Ruangan dan teman sejawat di ruang Aster, Bugenvill, Dahlia, Edelweis, Gladiol, Herbra, Interna I dan Interna Wanita yang telah memberikan kesempatan kepada penulis sehingga tesis ini dapat selesai.
9. Mas Sus tercinta, Naufal & Amira tersayang, yang telah memberikan dukungan moral dan material.
10. Sahabatku Titik Suhartini, Setiadi, dan teman-teman manajemen yang dengan setia memberikan dukungan kepada penulis
11. Responden yang bersedia membantu memberikan informasi kepada penulis
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah mendukung terselesaikannya tesis ini dengan baik.

Akhir kata, tak ada gading yang tak retak, penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan. Semoga tesis ini bermanfaat bagi profesi keperawatan pada umumnya.

Penulis

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Dewi Maryam
NPM : 0706194652
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan antara Penerapan Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana dengan Kepuasan Pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD-Dr. Soetomo Surabaya.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dra. Elly Nurachmah, D.N.Sc ()
Pembimbing : Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes ()
Penguji : Rukmini Norman, SKM., M.Kep ()
Penguji : Hanny Handiyani, SKp., M.Kep ()

Ditetapkan di: Jakarta

Tanggal: 13 Juli 2009

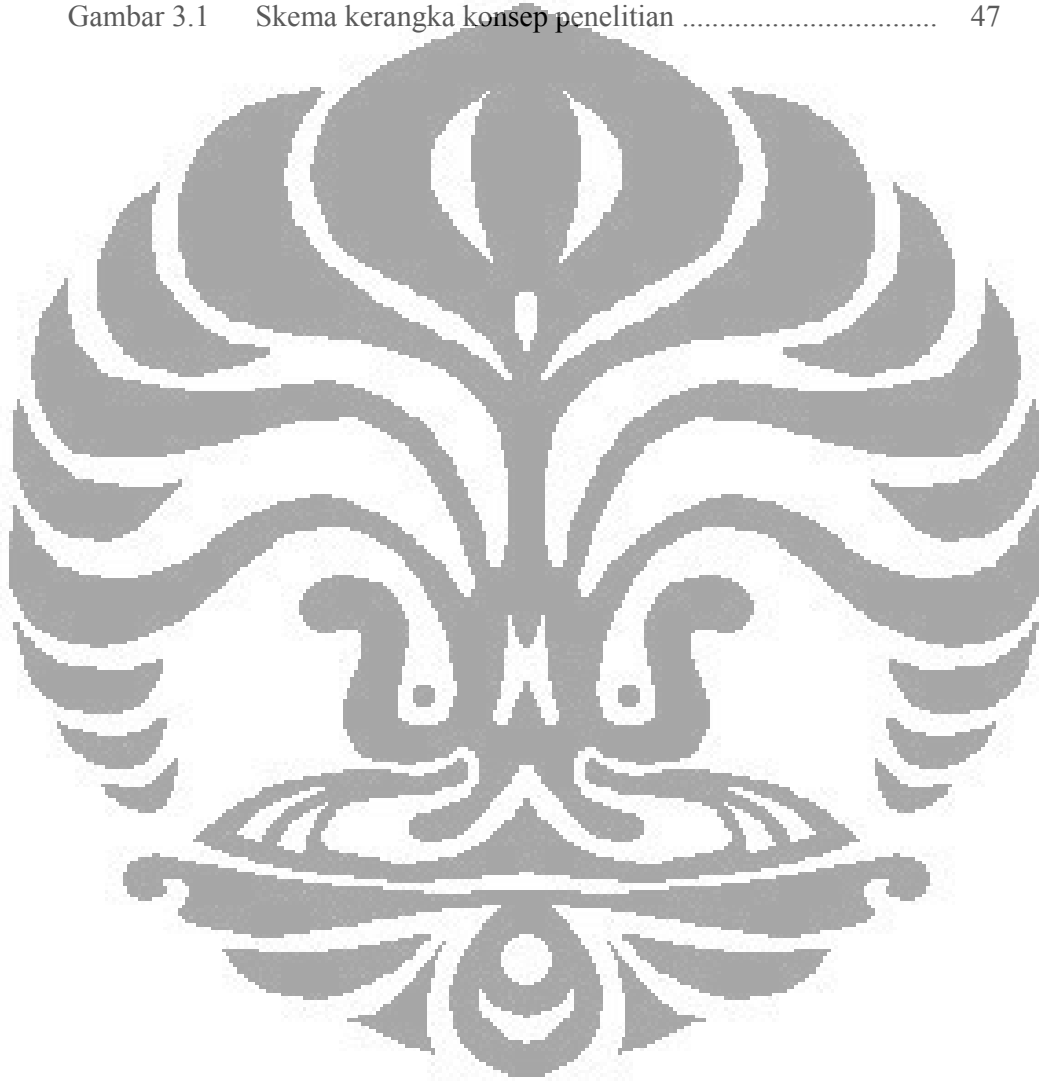
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN PERSETUJUAN.....	i
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Pertanyaan Penelitian.....	8
D. Tujuan Penelitian.....	8
E. Manfaat Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Konsep Kepuasan Pasien.....	12
B. Konsep Pasien	28
C. Konsep Perawat Pelaksana.....	32
D. Konsep Keselamatan pasien.....	35

BAB III KERANGKA KONSEP.....	52
A. Kerangka konsep.....	52
B. Skema Kerangka konsep.....	54
C. Hipotesis	54
D. Definisi Operasional	55
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	62
A. Rancangan penelitian	62
B. Tempat dan Waktu Penelitian	63
C. Populasi dan sampel.....	63
D. Pengumpulan data	66
E. Instrumen penelitian	66
F. Prosedur pengumpulan data	69
G. Analisis data.....	71
BAB V HASIL PENELITIAN	78
A. Hasil penelitian	78
BAB VI PEMBAHASAN	108
A. Interpretasi hasil penelitian	109
B. Keterbatasan penelitian	141
C. Implikasi hasil penelitian	142
BAB VII SIMPULAN DAN SARAN	146
A. Simpulan	146
B. Saran	147
DAFTAR PUSTAKA	149
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka pikir penelitian	44
Gambar 3.1 Skema kerangka konsep penelitian	47



DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Daftar arti lambang:

%	= Persen
α	= Alfa
β	= Beta
$\sqrt{\quad}$	= Akar

Singkatan:

MRS	= Masuk rumah sakit
KKP RS	= Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
PERSI	= Persatuan Rumah Sakit Indonesia
WHO	= <i>World Health Organization</i>
UDD	= <i>Unit Dose Dispensing</i>
BOR	= <i>Bed Occupation Rate</i>
SDM	= Sumber Daya Manusia
SPK	= Sekolah Perawat Kesehatan
Askeskin	= Asuransi kesehatan masyarakat miskin
SOP	= Standar Operasional Prosedural
KTD	= Kejadian Tidak Diharapkan
HIV	= <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
RCA	= <i>Root Cause Analysis</i>
FMEA	= <i>Failure Modes and Effects Analysis</i>

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kisi-kisi instrumen penelitian
- Lampiran 2 Surat permohonan melakukan penelitian dari FIK UI
- Lampiran 3 Surat permohonan Litbang RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Lampiran 4 Surat persetujuan Irna Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Lampiran 5 Surat persetujuan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Lampiran 6 Surat pengambilan data di RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Lampiran 7 Surat lolos uji etik
- Lampiran 8 Surat permintaan menjadi responden
- Lampiran 9 Lembar persetujuan menjadi responden
- Lampiran 10 Kuesioner A
- Lampiran 11 Kuesioner B
- Lampiran 12 Daftar riwayat hidup

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1	Definisi operasional penelitian..... 55
Tabel 5.1	Distribusi responden berdasarkan karakteristik 79
Tabel 5.2	Distribusi responden berdasarkan penerapan tindakan 80
Tabel 5.3	Distribusi responden berdasarkan kepuasan 82
Tabel 5.4	Hubungan penerapan tindakan dengan kepuasan..... 83
Tabel 5.5	Hubungan sub variabel penerapan tindakan 84
Tabel 5.6	Seleksi bivariat variabel..... 86
Tabel 5.7	Analisis permodelan tahap 1 88
Tabel 5.8	Analisis permodelan tahap 2 (dikeluarkan pengalaman).. 89
Tabel 5.9	Perubahan OR 89
Tabel 5.10	Analisis permodelan tahap 3 (dikeluarkan cara bayar).... 90
Tabel 5.11	Perubahan OR 90
Tabel 5.12	Analisis permodelan tahap 4 91
Tabel 5.13	Analisis permodelan tahap 5 (dikeluarkan status)..... 92
Tabel 5.14	Perubahan OR..... 92
Tabel 5.15	Analisis permodelan tahap 6..... 93
Tabel 5.16	Analisis permodelan tahap 7 (dikeluarkan kendali)..... 94
Tabel 5.17	Perubahan OR 94
Tabel 5.18	Analisis permodelan tahap 8..... 95
Tabel 5.19	Analisis permodelan tahap 9 (dikeluarkan nama obat).... 95
Tabel 5.20	Perubahan OR 96

Tabel 5.21	Analisis permodelan tahap 10 (dikeluarkan bersih tangan)	97
Tabel 5.22	Perubahan OR	97
Tabel 5.23	Analisis permodelan tahap 11	98
Tabel 5.24	Analisis permodelan tahap 12 (dikeluarkan cegah slang)	98
Tabel 5.25	Perubahan OR.....	99
Tabel 5.26	Analisis permodelan tahap 13 (dikeluarkan kepastian)...	100
Tabel 5.27	Perubahan OR.....	101
Tabel 5.28	Analisis permodelan tahap 14	101
Tabel 5.29	Analisis permodelan tahap 15 (dikeluarkan injeksi).....	102
Tabel 5.30	Perubahan OR	102
Tabel 5.31	Analisis permodelan tahap 16	103
Tabel 5.32	Analisis permodelan tahap 17 (dikeluarkan komunikasi)	104
Tabel 5.33	Perubahan OR.....	104
Tabel 5.34	Analisis permodelan tahap 18	105
Tabel 5.35	Analisis permodelan tahap 19 (dikeluarkan identifikasi)	105
Tabel 5.36	Perubahan OR	106
Tabel 5.37	Analisis permodelan tahap 20.....	106

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Era globalisasi ekonomi yang disertai dengan pesatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, berdampak pada sangat ketatnya persaingan. Cepatnya perubahan yang terjadi menuntut kualitas sumber daya manusia mempunyai keterampilan dan keahlian kerja, sehingga mampu membangun keluarga, organisasi, bangsa, dan negara. Masyarakat semakin kritis dan menuntut kualitas pelayanan yang lebih baik sehingga strategi pelayanan kesehatan terutama RS saat ini berorientasi kepada kepuasan konsumen agar dapat tetap eksis di tengah persaingan yang semakin ketat. Pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas akan dapat memberikan kepuasan kepada pengguna jasa pelayanan sehingga diharapkan komplain akan dapat diminimalisir.

Gillies (1994) mengatakan bahwa 40-60% pelayanan di RS merupakan pelayanan keperawatan. Keadaan tersebut menunjukkan pelayanan keperawatan merupakan sub sistem pelayanan kesehatan yang penting dalam menentukan suatu keberhasilan pelayanan kesehatan. Nurrachmah (2000) memperjelas bahwa dalam sistem pemberian pelayanan kesehatan, keperawatan menduduki posisi yang sangat penting dalam kualitas kesehatan.

Upaya yang dilakukan rumah sakit saat ini ditujukan pada 'Pelayanan Prima' yaitu pelayanan yang berorientasi pada pemenuhan kepuasan pasien sebagai pelanggan. Williams (1997, dalam Dingman, 2002) menyatakan bahwa reaksi klien dan kepuasan klien terhadap pelayanan asuhan keperawatan adalah faktor penentu dalam seluruh kepuasan pelayanan di rumah sakit.

Robbin (2001) menyatakan bahwa kepuasan itu terjadi apabila kebutuhan-kebutuhan individu sudah terpenuhi dan terkait dengan derajat kesukaan dan ketidaksukaan. Pendapat Robbin tersebut mengandung dua dimensi, pertama, kepuasan yang dirasakan individu yang titik beratnya individu anggota masyarakat, dimensi lain adalah kepuasan yang merupakan sikap umum yang dimiliki oleh pasien. Apabila dikaitkan dengan pasien merupakan sikap umum yang dimiliki oleh pasien yang erat kaitannya dengan perilaku yang pasien terima ketika menerima asuhan perawatan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Brady et al (1993) dalam Loviredge dan Cumming (1996) menyatakan bahwa dengan memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas dapat menurunkan angka kesalahan dalam melakukan perawatan, menekan peningkatan *length of stay* dan memberikan suasana emosional yang positif pada klien, keluarga, dan staf perawatan. Pelayanan keperawatan yang berkualitas akan menghasilkan kepuasan pada klien dimana secara tidak langsung perawat sebagai pemberi pelayanan akan merasakan juga kepuasan dalam bekerja.

Salah satu cara dalam mengantisipasi liberalisasi sektor pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas layanan adalah dengan menerapkan sistem keselamatan pasien di setiap rumah sakit. Namun, sejak dikembangkan tahun 2005, baru sekitar 20% dari 1.292 RS di Indonesia yang menerapkannya (Kompas, 3 Desember 2008).

Keselamatan pasien di RS adalah sistem pelayanan dalam suatu RS yang memberikan asuhan pasien menjadi lebih aman dan nyaman. Ini termasuk di dalamnya mengukur resiko, identifikasi, dan pengelolaan resiko terhadap pasien, analisis insiden, kemampuan untuk belajar, dan menindaklanjuti insiden serta menerapkan solusi untuk mengurangi resiko. Resiko terjadinya kesalahan medis yang dialami oleh pasien di RS sangat besar. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain lamanya kontraktual pelayanan, keadaan pasien, kompetensi dokter/perawat, serta prosedur dan kelengkapan fasilitas (Widayat, 2007).

WHO *Collaborating Center for Patient Safety* pada 2 Mei 2007 menerbitkan panduan solusi keselamatan pasien di RS. Solusi keselamatan pasien adalah sistem atau intervensi yang dibuat, mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatan. Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit, antara lain; 1) Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip. 2) Memastikan identitas pasien. 3) Komunikasi secara benar saat serah terima pasien. 4) Memastikan tindakan yang benar pada sisi

tubuh yang benar. 5) Mengendalikan cairan elektrolit pekat. 6) Memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan. 7) Menghindari salah kateter dan salah sambung slang. 8) Menggunakan alat injeksi sekali pakai. 9) Meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial (Depkes RI, 2006).

Banyak manfaat yang dapat diperoleh dari penerapan keselamatan pasien rumah sakit (KPRS), salah satunya adalah kepuasan pasien meningkat. Diperjelas oleh Lumenta (2008, dalam Kompas, 3 Desember 2008) yang menyatakan bahwa keuntungan dari penerapan KPRS di rumah sakit adalah komunikasi dengan pasien berkembang, resiko klinis menurun, keluhan pasien berkurang serta mutu pelayanan dan citra RS meningkat.

RSU Dr. Soetomo Surabaya merupakan rumah sakit tipe A yang merupakan rumah sakit rujukan utama bagi Indonesia Timur. RS ini memiliki 5 Irna, IRJ dengan lebih dari 15 poli spesialis, IRD, Hemodialisa, Instalasi Diagnosis Terpadu, Instalasi Bedah Terpadu, Graha Amerta dan beberapa Instalasi lain. RSU Dr. Soetomo menempati lahan seluas 163.875 m² dengan kapasitas tempat tidur lebih dari 1.500 tempat tidur dan jumlah SDM sebanyak 4.630 dengan 7,4% (lebih dari 650 orang) dari unsur keperawatan yang berpendidikan SPK, D3 Keperawatan serta S1 Keperawatan.

Komite Mutu RSUD Dr. Soetomo Surabaya sejak 2007 telah membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang bertujuan untuk mencapai dan menerapkan solusi keselamatan pasien oleh WHO sesuai dengan kondisi dan kemampuan rumah sakit. Hasil wawancara dengan Kepala Keperawatan Instalasi Rawat Inap Bedah didapatkan data bahwa di 10 ruang menunjukkan kegiatan tim *patient safety* yang telah dibentuk di tiap ruang belum berjalan sebagaimana yang diharapkan dan sampai saat ini belum pernah dilakukan penelitian atau evaluasi tentang pelaksanaan keselamatan pasien.

Hasil pengamatan di ruangan didapatkan data perawat belum melakukan 9 solusi keselamatan pasien secara kontinyu, komprehensif, dan berkesinambungan. Kegiatan keperawatan yang diberikan oleh perawat bersifat rutinitas dan tidak mempertimbangkan keselamatan pasien dan petugas itu sendiri.

Hasil evaluasi standar prosedur 2007 menunjukkan bahwa 7 dari 64 perawat perawat lupa melakukan cuci tangan sebelum atau sesudah melakukan tindakan. Alasan yang diberikan diantaranya adalah pasien yang banyak, BOR tinggi, tugas yang menumpuk, atau melemparkan kesalahan pada sarana-prasarana RS seperti letak wastafel yang jauh dan jumlah handuk tangan yang tidak memadai.

Hasil evaluasi kepuasan pasien di Irna Bedah 2007 menunjukkan 79,4 % pasien puas dengan pelayanan yang diberikan oleh petugas RS. Namun demikian, wawancara dengan beberapa pasien di ruang Bugenvill didapatkan bahwa pasien dan keluarga merasa tidak puas karena belum dilibatkan dalam rencana tindakan keperawatan, komunikasi yang kurang dengan petugas, serta petugas yang kurang sopan sehingga kadang-kadang pasien merasa tidak nyaman selama dirawat di ruangan.

Informasi yang didapatkan dari Karu menyatakan bahwa pernah ada kejadian pasien jatuh di kamar mandi yang tidak dilaporkan (diambil pada tanggal 5 Pebruari 2009). Media massa di Jawa Timur seperti Radar Surabaya (29 Oktober 2007) memuat berita pasien dugaan malpraktik dan salah operasi di RSU Dr. Soetomo Surabaya yang melaporkannya ke Polda Jawa Timur.

Beranjak dari latar belakang tersebut di atas, peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian lebih jauh. Penelitian ini berjudul ” Hubungan Antara Penerapan Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana dengan Kepuasan Pasien di RSU Dr. Soetomo Surabaya”.

B. Rumusan Masalah

Kepuasan pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor dan faktor yang paling mempengaruhi adalah pelayanan yang dirasakan (diterima) apakah sesuai harapan atau tidak. Pelayanan keperawatan yang berkualitas akan

menghasilkan kepuasan pada klien di mana secara tidak langsung perawat sebagai pemberi pelayanan akan merasakan juga kepuasan dalam bekerja. Bila perawat merasa puas maka akan memberikan reaksi positif terhadap kualitas pelayanan. Upaya peningkatan kualitas layanan salah satunya adalah dengan menerapkan sistem keselamatan pasien di setiap rumah sakit.

Kenyataan di lapangan didapatkan hasil yang baik dari evaluasi kepuasan pasien, namun demikian, ada beberapa pasien dan keluarga tidak puas dengan pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit baik yang disampaikan langsung ataupun yang dilaporkan kepada penegak hukum dan media massa setempat. Penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dirasakan belum diterapkan secara optimal di RS. Terlihat dari hasil evaluasi SOP yang menunjukkan data beberapa perawat lupa melakukan cuci tangan, padahal kebersihan tangan adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindarkan masalah infeksi nosokomial yang sering terjadi di Rumah Sakit.

Sampai saat ini masih sedikit penelitian yang mengkaji tentang hubungan kepuasan pasien dengan penerapan keselamatan pasien oleh perawat. Berdasarkan hal itu maka peneliti merasa perlu melakukan suatu penelitian terkait kepuasan pasien dan hubungannya dengan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana.

C. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan pembatasan masalah di atas, maka dalam penelitian ini akan menjawab pertanyaan sebagai berikut: Bagaimana hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr Soetomo Surabaya?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi:

- a. Gambaran penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- b. Gambaran karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, cara bayar, dan pengalaman masuk rumah sakit) di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- c. Gambaran kepuasan pasien yang terdiri dari bukti nyata, keandalan, ketanggapan, jaminan dan empati di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

- d. Hubungan perhatian perawat pada rupa dan nama obat dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- e. Hubungan pengidentifikasian pasien oleh perawat dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- f. Hubungan komunikasi saat operan pasien oleh perawat dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- g. Hubungan kepastian tindakan yang benar oleh perawat dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- h. Hubungan pengendalian cairan elektrolit pekat oleh perawat dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- i. Hubungan akurasi ketepatan pemberian obat oleh perawat dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- j. Hubungan pencegahan salah kateter/slang oleh perawat dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- k. Hubungan penggunaan alat injeksi sekali pakai oleh perawat dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

- l. Hubungan kebersihan tangan perawat dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- m. Mengidentifikasi faktor yang paling berhubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi pelayanan keperawatan

Kepuasan pasien merupakan salah satu indikator peningkatan mutu RS sehingga hasil penelitian dapat menjadi bahan pertimbangan direksi RSUD Dr. Soetomo Surabaya dalam penyusunan rencana pengembangan rumah sakit sehingga RSUD Dr. Soetomo Surabaya akan tetap eksis dan mampu bersaing dengan rumah sakit lain dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Hasil penelitian ini menjadi salah satu bahan pertimbangan dalam manajemen sumber daya manusia khususnya tenaga perawat dan pengembangan dalam penerapan keselamatan pasien yang diberikan oleh perawat pelaksana di Instalasi rawat inap sehingga citra perawat menjadi lebih baik.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini berguna sebagai dasar bagi peningkatan pelayanan dan citra perawat, serta pengembangan keilmuan keperawatan. Program Keselamatan pasien dapat dimasukkan ke dalam kurikulum pendidikan guna pengembangan ilmu khususnya ilmu keperawatan.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

A. Konsep Kepuasan Pasien

1. Pengertian

Kepuasan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan atau *outcome* produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang (Kotler dalam Wijono, 1999 hal 13). Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapannya (Supranto, 2001).

Irawan (2002) mengatakan bahwa kepuasan adalah persepsi terhadap produk atau jasa yang telah memenuhi harapannya. Kepuasan pasien adalah gabungan harapan-harapan yang dibawa pasien untuk dipenuhi (Krowinski & Steiber, 1996). Tingkat kepuasan pasien (Wiyono, 2008) adalah suatu fungsi dari perbedaan antara penampilan pelayanan kesehatan yang diterimanya dan yang seharusnya diterima.

Kepuasan adalah suatu keadaan yang dirasakan oleh seseorang melalui panca indera yang dimilikinya setelah orang tersebut mengalami atau merasakan suatu jasa atau produk layanan. Seseorang akan merasakan kepuasan yang berbeda-beda dengan orang lain meskipun jasa atau produk

layanan yang diterima sama, hal ini terjadi karena adanya perbedaan kesan yang diterima oleh panca indera (perbedaan persepsi).

2. Pertimbangan dalam memberikan kepuasan pada pasien

Wiyono (2008) berpendapat bahwa berbagai jenis pelayanan RS yang berkaitan dengan kepuasan pasien pada dasarnya dengan berbagai pertimbangan, yaitu:

- a. Pertimbangan kemanusiaan, di mana pasien adalah orang yang menderita sakit fisik maupun mental, kecemasan, nyeri dan kekhawatiran keadaan ekonomi mereka.
- b. Pertimbangan ekonomi, yaitu pasien adalah pelanggan secara ekonomi. Pasien menuntut pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai biaya yang dikeluarkannya.
- c. Pertimbangan pemasaran, pasien merupakan figur *sales marketing* dan *publik relation* RS yang potensial yang dapat menguntungkan atau merugikan, yang berkaitan dengan rasa puas dan tidak puas dengan pelayanan yang diterima.
- d. Pertimbangan efisiensi, yaitu pasien yang puas dengan pelayanan akan mudah bagi petugas RS, namun sebaliknya, pasien yang tidak puas akan sangat merepotkan dan menghabiskan waktu, tenaga, dan pikiran serta biaya yang sesungguhnya tidak perlu.

Ke empat hal di atas menunjukkan bahwa kepuasan pasien adalah suatu kenyataan yang harus diperhatikan, namun sebagai indikator mutu sering

diabaikan. Pengukuran dan peningkatan mutu layanan penting bagi kemajuan suatu perusahaan, karena hal tersebut memberikan informasi tentang suksesnya provider dalam memenuhi harapan pasien di mana pasien sendiri mempunyai wewenang dalam menilai kepuasan atas pelayanan yang diterimanya.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan

Kepuasan berkaitan dengan individu yang memberikan penilaian terhadap jasa atau produk layanan. Sophian (2007), dalam konsep *quality assurance* mengatakan bahwa penilaian baik buruknya sebuah rumah sakit dapat dilihat dari empat komponen yang mempengaruhinya yaitu:

- a. Aspek klinis, yaitu komponen yang menyangkut pelayanan dokter, perawat dan terkait dengan teknis medis.
- b. Efisiensi dan efektivitas, yaitu pelayanan yang murah, tepat guna, tidak ada diagnosa dan terapi yang berlebihan.
- c. Keselamatan pasien, yaitu upaya perlindungan pasien dari hal-hal yang dapat membahayakan keselamatan pasien seperti jatuh, kebakaran, dll.
- d. Kepuasan pasien, yaitu yang berhubungan dengan kenyamanan, keramahan, dan kecepatan pelayanan

Wendy Leebov (dalam Wiyono, 2008) berpendapat bahwa ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien di suatu rumah sakit, yaitu:

- a. Faktor kompetensi, pengalaman memberikan pelayanan medis/keperawatan

- b. Keterjangkauan: faktor pembiayaan; biaya perawatan termasuk faktor yang amat diperhatikan oleh pasien. Pengeluaran biaya yang sepadan dengan perolehan jasa pelayanan kesehatan yang diberikan akan seiring dengan kepuasan pasien.
- c. Faktor *ambience*: Faktor seputar lingkungan RS; kebersihan fasilitas, kondisi bangunan, kemudahan menemukan tempat pelayanan, lingkungan kerja tidak semrawut.
- d. Faktor sistem: Kesulitan/kemudahan menemukan tempat pelayanan/perawatan, efisiensi pelayanan yang disediakan, kemampuan memperoleh janji yang cepat, waktu tunggu yang singkat yaitu berkaitan dengan waktu yang diperbolehkan untuk berkunjung maupun untuk menjaga dari keluarga maupun orang lain dengan memperhatikan ruang tunggu yang memenuhi standar-standar rumah sakit antara lain : ruang tunggu yang nyaman, tenang, fasilitas yang memadai misalnya televisi, kursi, air minum dan sebagainya (Griffith,1987 dalam Scott, 2005).
- e. Faktor kelembutan/hubungan antar manusia, keperdulian pada pasien dan keluarga, pemenuhan kebutuhan emosional pasien, keramahtamahan, keterampilan pelayanan interpersonal kepada pasien
- f. Faktor kenyamanan dan keistimewaan, status kenyamanan dan keistimewaan yang diberikan pada pasien dan keluarganya akan memberikan kekuatan dan kepuasan.
- g. Faktor waktu pelayanan, ada beberapa hal yang dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien seperti: waktu tunggu yang panjang, waktu antrian

mendapatkan kamar perawatan, waktu mencari ruangan yang diperlukan untuk perawatan

Penulis berpendapat bahwa faktor-faktor di atas dapat dikembangkan dan disesuaikan dengan kondisi rumah sakit sepanjang itu dapat didefinisikan dan diukur. Kepuasan pasien memang merupakan nilai subyektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan, karena dipengaruhi oleh pengalaman pasien di masa lalu, karakteristik pasien, karakteristik perawat, dan karakteristik pelayanan dari rumah sakit.

4. Dimensi kepuasan pelanggan

Kepuasan pelanggan (dalam bidang kesehatan pelanggan disebut pasien) bersifat subyektif karena individu dapat merasakan kepuasan yang berbeda meskipun merasakan suatu produk atau jasa yang sama. Keperawatan sebagai salah satu bidang kesehatan, bentuk pelayanan yang diberikan berupa jasa namun bukan berarti tidak dapat diukur. Supranto (2001) berpendapat bahwa untuk pengukuran kepuasan pelanggan terhadap bentuk pelayanan jasa disarankan menggunakan persepsi pelanggan tentang jasa yang diterima (memuaskan atau mengecewakan, juga termasuk lamanya waktu pelayanan).

Montgomery (1985) dalam Supranto (2001), kepuasan pelanggan sangat bergantung pada mutu suatu produk (barang atau jasa) sehingga dimensi kepuasan dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok, yaitu;

- a. Kepuasan yang berfokus pada mutu suatu desain suatu produk (*quality of design*). Suatu produk (barang atau jasa) akan menimbulkan kepuasan bagi pelanggan jika produk tersebut memiliki suatu penampilan atau penampakan yang bermutu (*possesses an intended feature*).
- b. Kepuasan yang berfokus pada kecocokan suatu produk (*quality of conformance*). Suatu produk (barang atau jasa) akan menimbulkan kepuasan bagi pelanggan jika produk tersebut benar-benar cocok atau sesuai dengan maksud desain (*conform to the intent of the design*).

Azrul (1996), mengatakan bahwa ada dua dimensi kepuasan yaitu;

- a. Kepuasan yang mengacu hanya pada penerapan standar dan kode etik profesi. Suatu bentuk pelayanan dikatakan bermutu jika penerapan standar dan kode etik profesi sudah dapat memuaskan pasien, misalnya; Hubungan perawat dan klien, kenyamanan pelayanan, kebebasan menentukan pilihan, pengetahuan dan kompetensi tenaga pemberi pelayanan, efektifitas pelayanan, dan keamanan tindakan.
- b. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan. Suatu bentuk pelayanan dikatakan bermutu jika penerapan semua persyaratan pelayanan dapat memuaskan pasien, misalnya; Ketersediaan pelayanan kesehatan, kewajaran pelayanan kesehatan, kesinambungan pelayanan kesehatan, ketercapaian

pelayanan kesehatan, efisiensi pelayanan kesehatan, dan mutu pelayanan kesehatan.

Parasuraman, 1990 (dalam Irawan, 2002) menjelaskan bahwa terdapat 5 aspek yang dapat meningkatkan kepuasan pasien:

a. Bukti Nyata/Langsung (*Tangibility*)

Bukti nyata adalah apa yang dilihat oleh pelanggan, yaitu pelanggan akan menggunakan indra penglihatan untuk menilai suatu kualitas pelayanan. Hasil dari pelayanan keperawatan yang dirasa klien seperti terhindar dari infeksi nosokomial, luka dekubitus, manipulasi lingkungan, peningkatan pengetahuan pasien, dan kebersihan personal (Jacobalis, 1997).

b. Keandalan (*Reliability*)

Keandalan adalah kemampuan memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan dengan tepat, akurat dan terpercaya/tidak ada *error* (Irawan, 2002). Pelayanan yang menggambarkan keandalan adalah; pengkajian fisik secara hati-hati, menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilaksanakan dengan tepat dan menanyakan keluhan klien (Jacobalis, 1997).

c. Ketanggapan (*Responsiveness*)

Ketanggapan adalah kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa pelayanan dengan tanggap dan cepat. Contohnya ditunjukkan dengan tindakan perawat yang segera menanggapi

keluhan klien, cepat memberikan bantuan kepada klien yang membutuhkan.

d. Jaminan / Keyakinan (*Assurance*)

Jaminan mencakup kemampuan untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan, pengetahuan dan kesopanan. Irawan (2002) mengatakan ada empat aspek dimensi *assurance* yaitu keramahan, kompetensi, kredibilitas dan keamanan.

e. Empati

Empati merupakan kemampuan pemberi jasa pelayanan untuk memahami kebutuhan dan kesulitan yang dihadapi klien (Parasuraman et, al., 1988 dalam jaspar,2005). Hal ini diperkuat oleh Ahmadi (1992) dan Soroka (1998) yang mengingatkan bahwa empati adalah suatu kecenderungan untuk merasakan sesuatu yang dirasakan orang lain atau kemampuan untuk memahami orang lain. Irawan (2002) menyebutkan bahwa dimensi yang memberikan peluang besar untuk memberi pelayanan yang bersifat *surprise*.

Kelima aspek di atas dikenal dengan sebutan *Service Quality Methode (SERVQUAL)*. Peneliti berpendapat bahwa metode ini dapat membantu cara berfikir seseorang untuk menganalisis dan mengatasi masalah yang dihadapinya sehingga dapat diukur bagaimana kepuasan klien terhadap pelayanan kesehatan dan sejauhmana keberhasilan suatu program pelayanan kesehatan.

5. Penyebab ketidakpuasan

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan ketidakpuasan konsumen harus diketahui agar dapat mempersepsikan kepuasan konsumen terhadap suatu produk atau jasa layanan. Pasuraman, Zeithaml dan Berry (1991) dalam Suprato (1997) mengatakan bahwa faktor penyebab ketidakpuasan meliputi:

- a. Kesenjangan antara harapan pelanggan dengan persepsi manajemen. Kepuasan pelanggan adalah harapan bagi semua organisasi, namun ada kalanya pihak manajemen tidak memahami apa yang menjadi keinginan pelanggan sehingga harapan pelanggan tidak dapat dipenuhi oleh pihak manajemen maka timbullah perasaan tidak puas dalam diri konsumen.
- b. Kesenjangan antara persepsi manajemen dengan spesifikasi kualitas jasa. Manajemen diorganisasi manapun pasti akan memuaskan pelanggan namun adakalanya keinginan tersebut tidak dibarengi dengan adanya standar pelayanan bagi pegawainya. Jika rumah sakit adalah standar pelayanan bagi pasien, namun pegawai tidak memakai standar saat memberikan pelayanan pada konsumen yang pada akhirnya konsumen merasa tidak puas.
- c. Kesenjangan antara pelayanan dengan spesifikasi kualitas. Kondisi ini disebabkan oleh pegawai yang tidak berkualitas sehingga memberikan pelayanan tidak sesuai standar kepuasan konsumen sehingga konsumen merasa tidak puas (Rangkuti, 2003).

- d. Kesenjangan antara pelayanan dengan komunikasi internal. Media informasi sangat mempengaruhi keinginan konsumen dan ketika konsumen memperoleh pelayanan jasa atau produk dalam pikirannya sudah penuh dengan informasi yang bermacam-macam sehingga konsumen mempersepsikan yang berbeda disebabkan oleh informasi yang dimilikinya meskipun pelayanan yang diberikan berkualitas sehingga timbul perasaan tidak puas.
- e. Kesenjangan antara harapan dengan pelayanan yang diterima. Konsumen datang untuk mendapatkan pelayanan jasa dengan berbagai harapan, namun tidak sedikit pelayanan yang diterima diluar harapan dan keinginan konsumen sehingga timbul ketidakpuasan konsumen.

6. Keuntungan menjaga kepuasan pelanggan

Kepuasan pelanggan seharusnya selalu diperhatikan oleh pihak manajemen. Buchanan dan Gillies (1994) dalam bukunya menyebutkan keuntungan yang meningkat yang terkait dengan upaya untuk mempertahankan pelanggan terjadi karena,

- a. Biaya akuisisi terjadi hanya pada permulaan hubungan: semakin lama hubungan berlangsung, semakin rendah biaya pembayaran kembali.
- b. Biaya memelihara rekening menurun sementara sebagai persentase dari keseluruhan biaya (atau sebagai persentase dari pendapatan).

- c. Pelanggan lama cenderung untuk tidak berpindah dan juga cenderung untuk tidak begitu sensitif terhadap harga. Ini dapat menghasilkan volume penjualan satuan yang stabil dan peningkatan dalam hasil penjualan.
- d. Pelanggan lama dapat memulai promosi secara gratis dari mulut ke mulut dan merujuk orang lain kepada bisnis ini.
- e. Pelanggan lama lebih besar kemungkinannya untuk membeli produk-produk *ancillary* dan produk-produk tambahan dengan margin keuntungan yang tinggi.
- f. Pelanggan lama cenderung merasa puas dalam hubungan mereka dengan perusahaan dan lebih sedikit kemungkinannya untuk beralih kepada para pesaing, sehingga mempersulit perusahaan lain untuk masuk ke pasar atau memperoleh keuntungan dalam pangsa pasar.
- g. Pelanggan biasa cenderung lebih murah untuk dilayani karena mereka sudah mengenal baik prosesnya, membutuhkan lebih sedikit "pendidikan", dan konsisten dalam pesannya.
- h. Upaya mempertahankan pelanggan dan kesetiaan yang meningkat membuat pekerjaan pegawai lebih mudah dan lebih memuaskan. Pada gilirannya, pegawai yang bahagia memberikan umpan balik kepada kepuasan pelanggan yang lebih tinggi dalam sebuah lingkaran keberuntungan.

Beberapa keuntungan di atas, maka manfaat yang dapat diperoleh rumah sakit jika kepuasan pasien dapat dipenuhi antara lain:

- a. Pasien siap membayar dengan harga tinggi untuk pelayanan yang diterimanya.
- b. Mengurangi biaya marketing karena dengan sendirinya pasien akan menjadi tenaga *marketing* tidak resmi bagi rumah sakit.
- c. Pasien menjadi tenaga *marketing* bagi rumah sakit, hal ini terjadi karena pasien menyebarkan informasi kepuasan terhadap pelayanan yang diterimanya.
- d. Pasien akan mengajak orang lain untuk berobat ke rumah sakit tersebut.
- e. Mengurangi biaya operasional. Apabila kepuasan pasien dapat terpenuhi secara tidak langsung tercipta kondisi angka kecelakaan kerja rendah, jam kerja efektif dan efisien, pemborosan bahan habis pakai dapat ditekan.

7. Pengukuran kepuasan pasien

Supranto (2001) mengatakan bahwa salah satu cara untuk mengukur sikap pelanggan ialah dengan menggunakan kuesioner. Melalui kuesioner persepsi klien terhadap kepuasan dapat diukur dengan cara membandingkan hasil kuesioner antara kenyataan dan harapan terhadap asuhan keperawatan. Rumah sakit harus mendesain kuesioner kepuasan pelanggan yang secara akurat dapat memperkirakan persepsi pelanggan tentang mutu barang atau jasa.

Pengukuran kepuasan klien menurut Supranto (2001) dapat dilakukan dengan cara indeks keras dan ukuran subyektif. Cara indeks keras sering digunakan untuk industri pengolahan yang menghasilkan produk tertentu sedangkan pengukuran lunak sebagai indikator mutu sering digunakan untuk menilai jasa. Pengukuran cara lunak berfokus pada persepsi dan sikap dari hal-hal yang komplit. Pelaksanaan pengukuran kepuasan klien adalah melalui persepsi klien terhadap kenyataan dan harapan asuhan keperawatan yang telah diterimanya.

Junaidi (2001, dalam Sophian 2007), menyebutkan ada empat aspek yang dapat diukur ketika menanyakan kepuasan pasien yaitu:

- a. Kenyamanan, aspek ini dijabarkan dalam pertanyaan tentang lokasi rumah sakit, kebersihan, kenyamanan ruangan, makanan dan minuman, peralatan ruangan, tata letak, penerangan, kebersihan WC, pembuangan sampah, kesegaran ruangan dll.
- b. Hubungan pasien dengan petugas Rumah Sakit, dapat dijabarkan dengan pertanyaan yang menyangkut keramahan, informasi yang diberikan, sejauh mana tingkat komunikasi, responsi, dukungan, seberapa tanggap dokter/perawat di ruangan IGD, rawat jalan, rawat inap, farmasi, kemudahan dokter/perawat dihubungi, keteraturan pemberian makan, obat, pengukuran suhu.
- c. Kompetensi teknis petugas, dapat dijabarkan dalam pertanyaan kecepatan pelayanan pendaftaran, keterampilan dalam penggunaan

teknologi, pengalaman petugas medis, gelar medis yang dimiliki, terkenal, keberanian mengambil tindakan.

- d. Biaya, dapat dijabarkan dalam pertanyaan kewajaran biaya, kejelasan komponen biaya, biaya pelayanan, perbandingan dengan rumah sakit yang sejenis lainnya, tingkat masyarakat yang berobat, ada tidaknya keringan bagi masyarakat miskin. dsb.

Supranto (2006) menyebutkan bahwa penilaian tingkat kepuasan klien dibagi menjadi 4 kriteria: sangat puas (yang berarti pelayanan yang diberikan melebihi harapan klien, diberi skor 4), puas (pelayanan sesuai dengan harapan klien, diberi skor 3), tidak puas (pelayanan kurang sesuai dengan harapan klien, diberi skor 2), dan sangat tidak puas (pelayanan tidak sesuai dengan harapan, diberi skor 1).

Tingkat Kepuasan dirumuskan sebagai berikut:

$$Tki = \frac{Xi}{Yi} \times 100\%$$

Keterangan: Tki: Tingkat kepuasan

Xi: Skor penilaian persepsi klien terhadap kenyataan

Yi: Skor penilaian persepsi klien terhadap harapan

Pengukuran kepuasan pasien dapat memberikan manfaat secara finansial terhadap rumah sakit selain untuk mengetahui mutu layanan juga merupakan faktor penting dalam pemasaran jasa pelayanan di rumah sakit. Hal ini sangat penting dalam pengembangan dan kemajuan rumah sakit tersebut.

8. Peningkatan mutu yang berfokus kepuasan pasien

Donabedian (1980, dalam Wiyono 2008) mengemukakan mutu pelayanan sebagai suatu pelayanan yang diharapkan untuk memaksimalkan suatu ukuran yang inklusif dari kesejahteraan pasien, sesudah itu dihitung keseimbangan antara keuntungan yang diraih dan kerugian, yang semuanya itu merupakan penyelesaian proses atau hasil dari pelayanan diseluruh bagian. Mutu pelayanan bagi pasien dan masyarakat berarti suatu empati/respek dan tanggap akan kebutuhannya, pelayanan harus sesuai dengan kebutuhan pasien, diberikan dengan cara yang ramah pada waktu mereka berkunjung. Pasien berpendapat bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan yang memuaskan.

Wijono (1999) mengatakan bahwa mutu pelayanan bagi petugas kesehatan berarti bebas melakukan segala sesuatu yang tepat untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien, dan masyarakat sesuai dengan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang maju, mutu peralatan yang baik dan memenuhi standar yang baik, komitmen dan motivasi petugas tergantung dari kemampuan mereka untuk melaksanakan tugas mereka dengan cara yang optimal. Bagi Manajer /administrator, mutu pelayanan tidak begitu berhubungan langsung dg tugas sehari-hari, namun sering menjadi sebab berkurangnya mutu pelayanan karena terbatasnya SDM, keuangan dan logistik, untuk itu bagi manajer fokus mutu akan mendorongnya untuk mengatur staf, pasien dan masyarakat dengan baik.

Bagi pemilik RS, mutu dapat berarti apabila memiliki tenaga professional yang berkualitas dan cukup sehingga tidak merugikan/pemborosan pada tenaga, biaya, alat dan waktu. Wiyono (2008) menyebutkan bahwa maksud dari program peningkatan mutu antara lain:

- a. mengubah budaya kerja seseorang, agar berorientasi pada mutu pelayanan dan kepuasan pelanggan
- b. Mengubah proses pelayanan, agar proses pekerjaan pelayanan memperhatikan SOP
- c. Meningkatkan *outcome* pelayanan dengan sasaran: 1) *outcome* mutu pasien: mengurangi keluhan pasien, meningkatkan kepuasan pelanggan/pasien. 2) *outcome* profesional: tenaga kesehatan bekerja sesuai standar profesi, mengurangi komplikasi, memenuhi standar *outcome* pelayanan medis/keperawatan, meningkatkan kualitas SDM yang diperlukan dalam pekerjaan pelayanan profesional. 3) *Outcome* secara ekonomi: efektifitas dan efisiensi biaya operasional/pengobatan/perawatan pasien, mengurangi besarnya unit cost.

Peneliti berpendapat bahwa peningkatan mutu berkaitan erat dengan kepuasan pasien. Dengan meningkatnya mutu layanan di suatu rumah sakit akan mendorong stafnya untuk lebih professional dalam memberikan pelayanan sehingga kebutuhan pasien terpenuhi dan pasien menjadi terpuaskan.

B. Konsep Pasien

Pasien merupakan fokus utama bagi perawat dalam memberikan pelayanan dalam mengatasi masalah kesehatan sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien meliputi aspek bio-psiko, sosio dan spiritual (Depkes RI, 1999)

Pasien merupakan seseorang yang ikut berpartisipasi dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatannya (Kuhn & Luverne, 1998). Berdasarkan pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa pasien adalah komponen terpenting dalam keperawatan dan harus dilibatkan dalam perencanaan asuhan keperawatannya.

1. Harapan pasien sebagai konsumen

Kuhn (1998) menyebutkan bahwa harapan pasien sebagai konsumen sebagian besar adalah untuk mendapatkan;

- a. Pelayanan fisik, meliputi keterampilan perawat dalam menggambarkan tubuh seseorang dari normal & fungsinya. Pelayanan fisik termasuk keterampilan terhadap penanganan masalah fisik tubuh seperti sistem pernafasan, eliminasi dan sistem tubuh lainnya.
- b. Pelayanan emosional, klien pada saat sakit banyak mengalami perubahan emosional, banyak kebutuhan emosional seperti ingin dicintai, merasa kehilangan dan ingin diperhatikan sehingga pasien

mengharapkan keperdulian dari perawat yang dapat digambarkan termasuk peduli, membuat nyaman dan membuat berarti.

- c. Pelayanan sosial, manusia yang tinggal dalam satu kelompok, dasar dari masyarakat adalah keluarga, saat pasien dirawat menyebabkan harus berpisah dari lingkungan sosialnya. Hal ini tentunya akan mempengaruhi kondisi psikologis sehingga pada saat itu pasien sangat membutuhkan pelayanan yang mencakup masalah sosial, diantaranya; keamanan, kegiatan kelompok dan apresiasi.
- d. Pelayanan spiritual, kondisi sakit yang dialami seseorang dapat menyebabkan seseorang membutuhkan penyandaran emosional pada hal spiritual dan perawat serta institusi harus memfasilitasi kebutuhannya.

Siagian (1999) berpendapat bahwa manusia adalah makhluk ekonomi yang unik. Artinya ia mempunyai beraneka ragam kebutuhan yang bersifat kebendaan yang ingin dipuaskannya. Begitu pula dengan pasien yang berada dalam pelayanan rumah sakit. Hal ini berarti bahwa untuk dapat memperlakukan seseorang secara tepat, perlu pemahaman tentang apa yang disebut sebagai variabel bebas yang membuat orang tersebut menjadi individu dengan karakteristik yang khas sifatnya.

Beberapa hal yang termasuk dalam karakteristik biografikal seseorang adalah umur, jenis kelamin, status perkawinan, pengalaman masa lalu serta jumlah tanggungan. Faktor tersebut penting diketahui dan didalami karena

ada kaitannya dengan kecenderungan dalam perilaku dan tindak-tanduk orang yang bersangkutan.

Siagian (1999) mengatakan bahwa semakin panjang umur seseorang maka orang tersebut akan semakin menunjukkan kematangan jiwa atau kedewasaan. Misalnya dalam bertindak umumnya lebih rasional dan kurang emosional. Artinya semakin panjang umur seseorang, diharapkan bahwa orang tersebut akan semakin bijaksana dan semakin bertanggungjawab dalam interaksinya dengan orang lain.

Jenis kelamin menurut pendapat masyarakat umum mengatakan bahwa ada tugas tertentu yang tepat bila dilakukan oleh wanita dan ada tugas-tugas tertentu lainnya yang hanya tepat bila dilakukan oleh kaum pria, namun hal ini tidak didukung oleh hasil penelitian. Artinya, tidak ada bukti ilmiah yang konklusif yang menunjukkan bahwa ada perbedaan nyata antara pria dan wanita dalam berbagai segi kehidupannya, namun secara kodrati, ada perbedaan-perbedaan itu yang dapat tercermin pada berbagai bentuk seperti tingkat kepuasan dan produktivitas (Siagian, 1999).

Tingkat kepuasan orang yang sudah berkeluarga biasanya lebih tinggi dari orang yang belum atau tidak berkeluarga. Hanya saja kepuasan di sini harus diartikan sebagai kerelaan menerima kenyataan kehidupan organisasional dan tidak selalu berarti adanya kepuasan jiwa yang besar karena kemajuan yang berhasil diraih. Hal ini pun pada umumnya bertolak

dari rasa tanggung jawab yang besar kepada keluarga. Artinya, jika seseorang merasa tidak puas, ia akan menjadi seseorang yang mudah mengeluh, menghadapi tekanan dan bahkan mungkin frustrasi yang apabila berkelanjutan dapat berpengaruh kepada produktifitas kerjanya secara negatif dan pada harapannya akan sesuatu.

Siagian (1999) mengemukakan bahwa rumitnya usaha pemuasan kebutuhan yang bersifat kebendaan disebabkan oleh beberapa alasan dan pertimbangan, seperti; 1) Kemampuan fisik dan intelektual terbatas. 2) Persaingan yang ketat antara banyak orang yang menginginkan hal yang sama/serupa. 3) Terbatasnya kesempatan untuk memuaskan. 4) Terbatasnya persediaan barang/jasa yang dapat digunakan.

2. Hak dan Kewajiban Pasien

Kuhn (1998) menyebutkan beberapa hak dan kewajiban pasien dalam pelayanan kesehatannya, antara lain,

- a. Pasien mempunyai hak, antara lain: memperoleh informasi, memperoleh persetujuan, bebas memilih penolong, hak dijaga kerahasiaannya, hak pribadi, hak mengeluh.
- b. Pasien mempunyai kewajiban, antara lain: memberikan informasi yang jelas dan lengkap, membantu dalam mengikuti saran dan aturan, menghormati pribadi si penolong, memberikan kompensasi sesuai dengan waktu yang digunakan.

C. Konsep Perawat Pelaksana

1. Pengertian

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal serta diberi kewenangan untuk melaksanakan peran dan fungsinya (Depkes RI, 1994). Lovweridge & Cumming (1996) menjelaskan bahwa staf perawat bertanggung jawab pada organisasi dan pasien serta mengatur dirinya sendiri atau lainnya dengan cara menggunakan keahlian manajemen teknis dan tingkat keterampilan keperawatan, pendidikan keterampilan klinik, memberikan penekanan hubungan dengan pasien.

Husein (1999) mengemukakan peran perawat adalah sebagai berikut; pelaksana pelayanan keperawatan, pengelolaan dalam bidang pelayanan keperawatan, pendidik dalam ilmu keperawatan, peneliti dan pengembang ilmu keperawatan. Cohen (1996) menjelaskan perawat pelaksana bekerja di klinik, rumah perawatan, rumah sakit/kantor. Paling banyak perawat memilih area spesialis seperti bagi orang dewasa, keluarga dan anak-anak.

Perawat sangat handal dalam menangani permasalahan kesehatan dasar, tenaga keperawatan bekerja tersebar di beberapa fasilitas kesehatan, sedangkan perawat yang bekerja di rumah sakit saat ini sebesar 60% yang secara umum bekerja dengan klien kondisi penyakit dalam, bedah, anak-anak, ibu dan bayi, kanker, trauma berat atau luka bakar dan kasus emergensi (Chitty, 1997).

Perawat mempunyai beberapa kemampuan serta otonomi jelas sebagai profesi, kemampuan berfikir kritis merupakan komponen penting dari tanggungjawab dan tanggungjawab professional dalam peningkatan kualitas asuhan. Perawat sebagai pemikir kritis dalam pemecahan masalah, percaya diri, mempunyai pandangan yang konseptual, kreatif, fleksibel, integritas, intelektual, intuisi, tekun, gigih, dan ingin tahu.

2. Fungsi Perawat Pelaksana

Perawat adalah ujung tombak pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Perawat adalah petugas yang selama 24 jam penuh berada di samping pasien dan memberikan asuhan keperawatannya. Husein (1997) menjelaskan bahwa dalam menjalankan perannya, perawat pelaksana mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. Mengkaji kebutuhan perawatan pasien, keluarga, masyarakat serta sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan untuk kebutuhan tersebut.
- b. Merencanakan pelayanan keperawatan
- c. Melaksanakan rencana keperawatan individual, meliputi upaya peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit, penyembuhan dan pelayanan pasien dalam keadaan terminal termasuk pemeliharaan kesehatan
- d. Mengevaluasi hasil pelayanan keperawatan
- e. Mendokumentasikan proses keperawatan
- f. Mengidentifikasi hal yang perlu diteliti/dipelajari dalam melaksanakan penelitian guna meningkatkan pengetahuan dan mengembangkan

keterampilan baik dalam praktek maupun dalam dunia pendidikan keperawatan.

- g. Mendidik tenaga keperawatan, berperan serta dalam pendidikan tenaga kesehatan lainnya. Meningkatkan kemampuan diri dan membantu dalam penyuluhan kesehatan pada masyarakat
- h. Bekerjasama dengan klien dan keluarga serta pihak yang terlibat dalam pelayanan keperawatan dan kesehatan.
- i. Mengelola pelayanan keperawatan di RS, Puskesmas, dan lembaga kesehatan lainnya
- j. Mengelola institusi pendidikan keperawatan
- k. Berperan serta dalam merumuskan dan menetapkan kebijakan perencanaan program dan pelaksanaan upaya kesehatan

D. Konsep Keselamatan Pasien

1. Pengertian

KKP-RS (2007) mengartikan kesalahan medis adalah kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Kejadian tidak diharapkan adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan atau karena tidak bertindak dan bukan karena kondisi pasien.

Nyaris cedera adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, yang dapat

mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena 'Keberuntungan' karena 'pencegahan' (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum diberikan) atau 'Peringatan'(suatu obat dengan over dosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya) (Yahya, 2006).

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana RS membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya (Yahya, 2006).

2. Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya. Menteri Kesehatan bersama PERSI dan KKP-RS telah mencanangkan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada Seminar Nasional PERSI tanggal 21 Agustus 2005 di Jakarta Convention Center, adapun Standar keselamatan pasien RS yang ditetapkan adalah:

- a. Hak Pasien; Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

- b. Mendidik pasien dan keluarga; Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggungjawab pasien dalam asuhan pasien.
- c. Keselamatan pasien dan asuhan berkesinambungan; Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
- d. Penggunaan metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan Meningkatkan keselamatan pasien. Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor, dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif kejadian tidak diharapkan dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi yang dipimpinnya.
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen

informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal (Depkes RI, 2006).

3. Sembilan Solusi Live Saving Keselamatan Pasien Rumah Sakit

WHO *Collaborating Center for patient Safety* pada tanggal 2 Mei 2007 resmi menerbitkan ‘Sembilan solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit’. Panduan ini disusun sejak 2005 oleh pakar keselamatan pasien dan lebih dari 100 negara, dengan mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien.

Depkes RI (2006) menyebutkan bahwa solusi keselamatan pasien adalah sistem atau intervensi yang dibuat, mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatan. Adapun 9 Solusi tersebut adalah:

- a. Memperhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (*Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*)

Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM), yang membingungkan staf pelaksana adalah salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (*medication error*). Dengan puluhan ribu obat yang ada saat ini di pasar, maka sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan akibat bingung terhadap nama merek atau generik serta kemasan. Solusi NORUM ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan resiko dan memastikan terbacanya resep, label, atau

penggunaan perintah yang dicetak lebih dulu, maupun pembuatan resep secara elektronik.

b. Memastikan Identifikasi Pasien.

Kegagalan yang meluas dan terus menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfusi maupun pemeriksaan; pelaksanaan prosedur yang keliru orang; penyerahan bayi kepada bukan keluarganya, dsb. Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses ini; standarisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan; dan partisipasi pasien dalam konfirmasi ini; serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

c. Berkomunikasi Secara Benar saat Serah Terima/Pengoperan Pasien.

Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima/pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, dan di dalam serta antar tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien. Rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protokol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis; memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima, dan melibatkan para pasien serta keluarga dalam proses serah terima.

d. Memastikan Tindakan yang benar pada Sisi Tubuh yang benar.

Penyimpangan pada hal ini seharusnya sepenuhnya dapat dicegah. Kasus-kasus dengan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah sebagian besar adalah akibat miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar. Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan-kesalahan macam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distandardisasi. Rekomendasinya adalah untuk mencegah jenis-jenis kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi prapembedahan; pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur dan adanya tim yang terlibat dalam prosedur. Konsolidasi sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur, dan sisi yang akan dibedah.

e. Mengendalikan Cairan Elektrolit Peekat (*concentrated*)

Beberapa obat-obatan, vaksin dan media kontras memiliki profil resiko yang berbahaya, khususnya cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi. Rekomendasinya adalah membuat standarisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah serta pencegahan atas campur aduk/kebingungan tentang cairan elektrolit pekat yang spesifik yang dapat ditempel dipapan informasi di *nurse station* sehingga dapat dilihat dengan jelas oleh petugas.

f. Memastikan Akurasi Pemberian Obat pada Pengalihan Pelayanan.

Kesalahan medikasi terjadi paling sering pada saat transisi/pengalihan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medication errors*) pada titik-titik transisi pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai *home medication list*, sebagai perbandingan dengan daftar saat admisi, penyerahan obat pada saat pemulangan serta menuliskan perintah medikasi dan mengkomunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikutnya di mana pasien akan dipindah atau dilepaskan.

g. Menghindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang (*Tube*)

Slang, kateter, dan spuit (*syringe*) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang dapat menyebabkan cedera atas pasien melalui penyambungan spuit dan slang yang salah, serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Rekomendasinya adalah menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara detail/rinci bila sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makan (misalnya slang yang benar), dan bilamana menyambung alat-alat kepada pasien (misalnya menggunakan sambungan & slang yang benar).

h. Menggunakan Alat Injeksi Sekali Pakai.

Salah satu keprihatinan global terbesar adalah penyebaran dan HIV, HBV, dan HCV yang diakibatkan oleh pakai ulang (*reuse*) dari jarum suntik. Rekomendasinya adalah perlunya melarang pakai ulang jarum di fasilitas layanan kesehatan; pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga layanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah, dan praktek jarum sekali pakai yang aman.

i. Meningkatkan Kebersihan Tangan (*Hand hygiene*) untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial.

Penelitian menyebutkan bahwa pada setiap saat lebih dari 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita infeksi yang diperoleh di rumah-rumah sakit. Kebersihan Tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindarkan masalah ini. Jurnal Kedokteran Inggris (*British Medical Journal*) pada November 2007, membuktikan bahwa cuci tangan dengan sabun dapat mengurangi angka penderita diare hingga 50 persen. Selain itu penelitian lain yang dipublikasikan *Cochrane Library Journal* edisi Oktober 2007 menemukan bahwa mencuci tangan dengan air dan sabun adalah cara sederhana dan efektif untuk menahan virus infeksi saluran pernapasan atas, dari virus flu sehari-hari hingga virus pandemik yang mematikan. (Fuad, 2007) Rekomendasinya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan *alcohol-based hand-rubs* tersedia pada titik-titik pelayanan tersedianya

sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar mengingatkan penggunaan tangan bersih di tempat kerja; dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan/observasi dan teknik-teknik yang lain.

Sembilan Solusi ini merupakan panduan yang sangat bermanfaat membantu RS, memperbaiki proses asuhan pasien, dan meningkatkan profesionalitas petugas kesehatan. Hal ini bertujuan agar sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan guna menghindari cedera maupun kematian yang dapat dicegah serta untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

4. Tujuan Keselamatan Pasien

KKPRS (2006) dalam buku panduannya menyebutkan enam tujuan keselamatan pasien yang harus dicapai oleh tim KPRS di tiap-tiap Rumah Sakit agar program keselamatan pasien dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan, yaitu; 1) Memperbaiki identifikasi pasien. 2) Meningkatkan komunikasi efektif. 3) Mengurangi kesalahan pemberian obat. 4) Meniadakan kesalahan dalam melakukan operasi, pasien, dan prosedur. 5) Pencegahan infeksi nosokomial. 6) Pencegahan pasien jatuh dari tempat tidur.

5. Peran dan Fungsi Perawat Manajer dalam Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Kejadian resiko yang mengakibatkan pasien tidak aman sebagian besar masih dapat dicegah dengan beberapa cara. Dengan banyaknya kejadian yang tidak

diharapkan yang sering dikaitkan dengan makin maraknya tuntutan masyarakat pada akhir-akhir ini, maka perawat manajer perlu segera membuat langkah strategis mengantisipasinya.

Jacobalis (2005) menguraikan 3 alternatif strategi yang dapat dipilih:

1) Strategi hulu, yaitu niat baik dan bertindak sesuai etika dan standar profesi baik individual maupun institusional. 2) Strategi hilir, yaitu mencari solusi terhadap kasus konflik yang terjadi, Dan 3) Strategi Nasional, yaitu berupa gerakan nasional keselamatan pasien.

PERSI membentuk komite keselamatan pasien rumah sakit yang mempunyai visi-misi meningkatkan keselamatan pasien dan mutu layanan RS yang ditetapkan pada 1 Juni 2005. Gerakan moral dan program berskala nasional tersebut diharapkan menjadi suatu *win-win solution* yang tidak hanya meningkatkan mutu layanan, mengurangi kejadian cedera dan mengurangi tuntutan hukum dari masyarakat sehingga kepercayaan masyarakat terhadap RS meningkat. (Yahya, 2006)

KKPRS (2007) mengeluarkan panduan keselamatan pasien. Ada 7 langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit yang harus dikembangkan oleh Manajer di Rumah Sakit, yaitu:

a. Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien

Manajer keperawatan diharapkan dapat menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil dalam areanya.

Bagi Rumah Sakit:

- 1) Rumah sakit harus mempunyai kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien dan keluarganya.
- 2) Rumah sakit harus mempunyai kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden
- 3) Menumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit.
- 4) Melakukan asesmen dengan menggunakan survey penilaian keselamatan pasien.

Bagi Manajer/Tim:

- 1) Memastikan rekan sekerja dan staf mampu untuk berbicara mengenai keperdulian pada keselamatan pasien dan berani melaporkan bila ada insiden.
 - 2) Mendemonstrasikan ukuran/acuan yang dipakai di rumah sakit untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.
- b. Memimpin dan mendukung staf

Dengan cara membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di RS.

Bagi Rumah Sakit:

- 1) Rumah sakit harus mempunyai anggota direksi/pimpinan yang bertanggungjawab atas keselamatan pasien.

- 2) Mengidentifikasi ditiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi penggerak dalam gerakan keselamatan pasien.
- 3) Memasukkan keselamatan pasien dalam semua program latihan staf RS dan memastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya.
- 4) Memprioritaskan keselamatan pasien dalam agenda rapat direksi maupun rapat manajemen RS.

Bagi Manajer/Tim:

- 1) Menominasikan 'penggerak' dalam tim untuk memimpin gerakan keselamatan pasien.
- 2) Menjelaskan kepada tim tentang relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi staf dengan menjalankan gerakan keselamatan pasien.
- 3) Menumbuhkan sikap kesatria yang menghargai pelaporan insiden.

c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko

Dengan cara mengembangkan sistem dan proses pengelolaan resiko, serta melakukan identifikasi dan assessment hal yang potensial bermasalah.

Bagi Rumah Sakit:

- 1) Menelaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen resiko klinis dan non klinis serta memastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf.
- 2) Mengembangkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan resiko yang dapat dimonitor oleh direksi rumah sakit.

- 3) Menggunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesment resiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan keperdulian terhadap pasien.

Bagi Manajer/Tim:

- 1) Membentuk forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu keselamatan pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait.
- 2) Memastikan ada penilaian resiko pada pasien dalam proses asesmen resiko rumah sakit.
- 3) Melakukan proses asesment resiko secara teratur untuk menentukan akseptabilitas setiap resiko dan mengambil langkah yang tepat untuk memperkecil resiko tersebut.
- 4) Memastikan penilaian resiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan resiko rumah sakit.

d. Mengembangkan sistem pelaporan

Memastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta RS mengatur pelaporan kepada KKP-RS

Bagi Rumah Sakit:

Rumah sakit harus mempunyai rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar yang harus dilaporkan ke KPPRS – PERSI

Bagi Manajer/Tim:

Memberikan semangat kepada staf untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting.

e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

Bagi Rumah Sakit:

1) Rumah sakit harus mempunyai kebijakan yang jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka tentang insiden dengan pasien dan keluarga.

2) Rumah sakit harus memastikan bahwa pasien dan keluarganya mendapatkan informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.

Bagi Manajer/Tim:

1) Memberikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarga.

2) Memastikan tim/staf menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarga bila terjadi insiden.

3) Memprioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bila terjadi insiden dan segera memberikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat.

4) Memastikan segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

Mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.

Bagi Rumah Sakit:

Rumah sakit harus mengembangkan kebijakan yang jelas menjabarkan kriteria pelaksanaan analisis akar masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) atau metoda analisis lain, yang harus mencakup semua insiden yang telah terjadi dan minimum satu kali pertahun untuk proses resiko tinggi.

Bagi Manajer/Tim:

- 1) Memastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
- 2) Mendiskusikan dalam tim pengalaman dari hasil analisis insiden.
- 3) Mengidentifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan membagi pengalaman tersebut secara lebih luas.

g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Dengan cara menggunakan informasi yang ada tentang kejadian / masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelaporan.

Bagi Rumah Sakit:

- 1) Rumah sakit menggunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen resiko, kajian insiden dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat. Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem, penyesuaian

pelatihan staf dan atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.

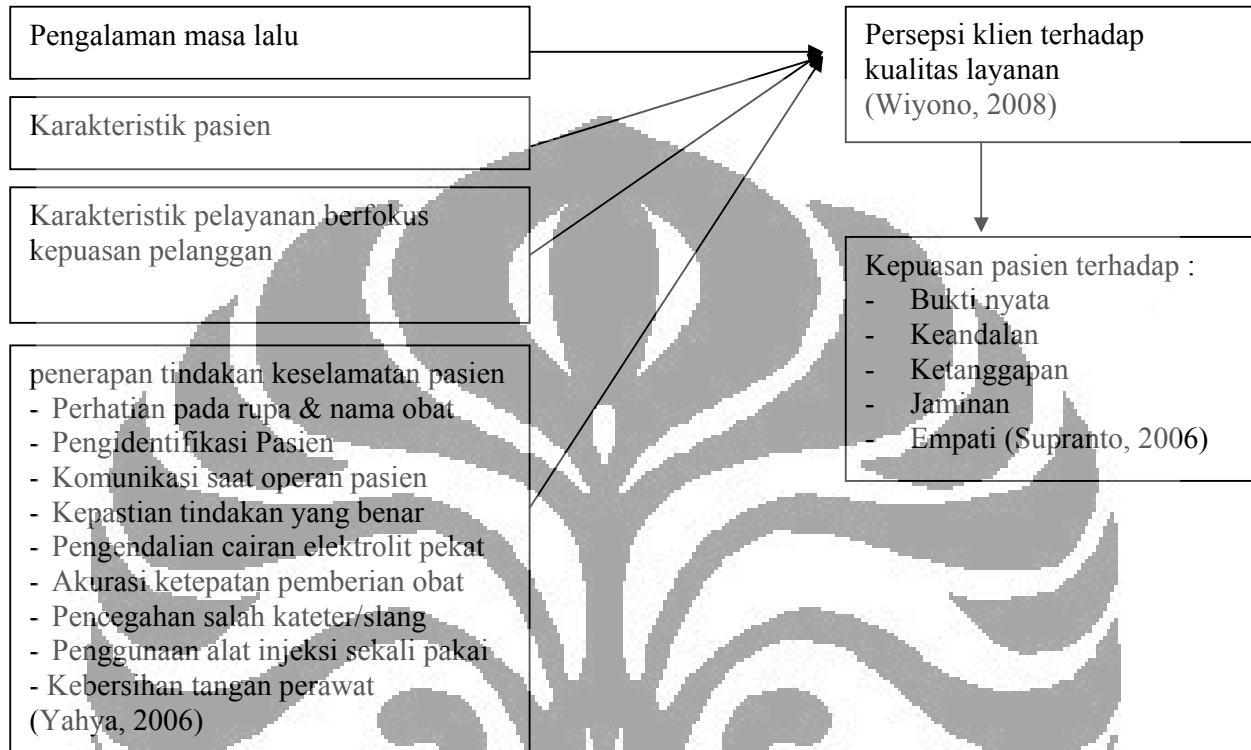
- 2) Melakukan asesmen resiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- 3) Mensosialisasikan solusi yang dikembangkan KKPRS - PERSI

Bagi Manajer/Tim:

- 1) Memberi umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.
- 2) Melibatkan tim dalam pengembangan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
- 3) Menelaah kembali perubahan yang dibuat tim/staf dan memastikan pelaksanaannya.
- 4) Memastikan tim/staf menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut dari insiden yang dilaporkan.

Penulis berpendapat bahwa insiden pada keselamatan pasien dapat dicegah melalui perubahan budaya dan komitmen pimpinan, staf maupun karyawan. Salah satu kunci sukses untuk program keselamatan pasien adalah bagaimana pimpinan mampu menggalang budaya kerja yang mengarah pada kualitas dan keselamatan dalam aktifitas sehari-hari, serta mampu menciptakan suasana kerja yang kondusif, terbuka dan adil, dalam suatu sistem dan prosedur pelayanan serta keselamatan pasien terpadu yang disusun secara jelas sehingga tidak terjadi kejadian cedera pada pasien sebagai konsumen RS, konsumen terpuaskan dan kepercayaan akan citra RS meningkat.

KERANGKA PIKIR



Sumber: Modifikasi teori dari Joint Commision on accreditation of healthcare org(1992), Supranto (2006), Yahya (2006) & Wiyono (2008)

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Salah satu upaya yang dilaksanakan untuk menjaga kualitas pelayanan adalah dengan melalui penilaian secara terus menerus terhadap pencapaian kualitas pelayanan dalam hal ini keselamatan pasien. Penerapan sistem keselamatan pasien diharapkan dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan maupun daya saing rumah sakit dalam menghadapi ketatnya persaingan global sektor pelayanan kesehatan.

Kepuasan pasien dapat diketahui dengan cara menilai persepsi pasien terhadap penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. Persepsi pasien dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain karakteristik pribadi yaitu latar belakang penelitian dan pengetahuan, usia, dan jenis kelamin (Azwar, 1996).

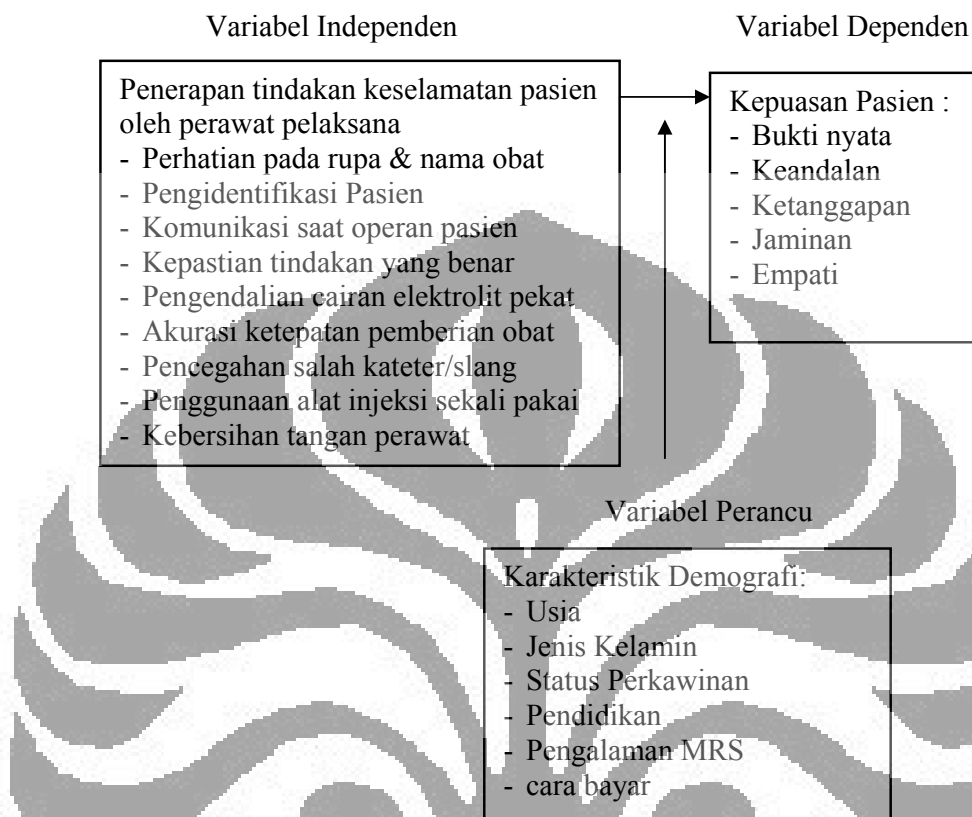
Pasien datang ke rumah sakit karena mempunyai keluhan masalah kesehatan sehingga mempunyai harapan akan mendapatkan bantuan atau pertolongan dari tenaga kesehatan khususnya perawat yang selama 24 jam memberikan asuhan keperawatan. Ketika pasien mendapatkan bantuan sesuai dengan apa yang diharapkan maka pasien akan menyatakan kepuasan akan pelayanan yang diterima. Pernyataan pasien tentang kepuasan yang diteliti menggunakan Servqual model yang meliputi bukti nyata, keandalan, ketanggapan, jaminan dan empati (Irawan, 2002).

Sebenarnya petugas kesehatan tidak bermaksud menyebabkan cedera pasien, tetapi kenyataannya setiap hari ada pasien yang mengalami Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), baik yang tidak dapat dicegah (*non error*) mau pun yang dapat dicegah (*error*), berasal dari berbagai proses asuhan pasien (Yahya, 2006).

Program keselamatan pasien yang diterapkan di rumah sakit diharapkan akan dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan kredibilitas RS serta meningkatkan kepercayaan dan kepuasan pasien sebagai pelanggan. Penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana meliputi 9 solusi Keselamatan pasien yang dicanangkan oleh WHO dan KKP-RS yaitu: Memperhatikan nama obat, Rupa dan Ucapan mirip, Memastikan Identifikasi Pasien, Komunikasi secara benar saat serah terima pasien, Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar, Mengendalikan cairan elektrolit pekat, Memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan, Menghindari salah kateter dan salah sambung slang, Menggunakan alat injeksi sekali pakai dan Meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

Pada penelitian ini kerangka konsep dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan penelitian yaitu sebagai variabel dependen (kepuasan pasien) dan independen (Penerapan tindakan Keselamatan Pasien oleh perawat pelaksana) Variabel karakteristik demografi (usia, jenis kelamin, status perkawinan, pengalaman MRS, pendidikan dan cara bayar) sebagai variabel *confounding*/perancu.

B. Skema Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya Tahun 2009

C. Hipotesis

1. Hipotesis Mayor

Ada hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya setelah dikontrol variabel demografi.

2. Hipotesis Minor

- a. Faktor karakteristik demografi (usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pengalaman MRS, cara bayar) berhubungan dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- b. Faktor Perhatian perawat pada rupa dan nama obat berhubungan dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- c. Faktor pengidentifikasian pasien oleh perawat berhubungan dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- d. Faktor komunikasi saat operan pasien oleh perawat berhubungan dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- e. Faktor kepastian tindakan yang benar oleh perawat berhubungan dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- f. Faktor pengendalian elektrolit pekat oleh perawat berhubungan dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- g. Faktor akurasi ketepatan pemberian obat oleh perawat berhubungan dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- h. Faktor pencegahan salah kateter/slang oleh perawat berhubungan dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- i. Faktor penggunaan alat injeksi sekali pakai oleh perawat berhubungan dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- j. Faktor kebersihan tangan perawat berhubungan dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya

D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi operasional variabel penelitian hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2009

Variabel	Sub Variabel	Deskripsi	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Karakteristik pasien	Usia	Jawaban pasien tentang masa kehidupan dalam tahun dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulangtahun terakhir pada saat pengambilan data	Kuesioner	Dikelompokkan < 26 tahun 26 – 45 tahun > 45 tahun	Ordinal
	Jenis Kelamin	Gender pasien yang dibawa sejak lahir	Kuesioner	Dikelompokkan Laki-laki Wanita	Nominal
	Status perkawinan	Status perkawinan saat penelitian dilakukan	Kuesioner	Dikelompokkan Menikah Belum menikah Janda/duda	Ordinal
	Pendidikan	Pendidikan terakhir pasien	Kuesioner	Dikelompokkan Tidak sekolah SD – SMP Menengah D3/PT	Ordinal
	Cara Bayar	Cara membayar biaya pengobatan	Kuesioner	Dikelompokkan Asuransi Pribadi Perusahaan	Ordinal
	Pengalaman MRS	Pengalaman pasien masuk rumah sakit sebelumnya	Kuesioner	Dikelompokkan Pernah MRS Pertama kali	Nominal

Variabel	Sub Variabel	Deskripsi	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen Penerapan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana	Perhatian pada rupa dan nama obat	Persepsi pasien tentang kegiatan perawat dalam menjaga agar tidak terjadi kesalahan obat yang diberikan pada pasien	Diukur dengan 1 kuesioner, setiap item bernilai: 1. tak pernah 2. jarang 3. Sering 4. selalu Skor kumulatif berada di rentang nilai 1 – 4 (No. Soal 1)	Skor tertinggi 4, skor terendah 1 Untuk analisis menggunakan nilai tengah rentang kumulatif dikategorikan berdasarkan nilai: Baik: $\geq 2.5 : 1$ Tak baik: $< 2.5 : 0$	Ordinal
	Pengidentifikasi Pasien	Persepsi pasien tentang kegiatan perawat dalam mencari data atau mengkaji pasien untuk menemukan masalah yang dialami pasien	Diukur dengan 2 kuesioner, setiap item bernilai: 1. tak pernah 2. jarang 3. Sering 4. selalu Skor kumulatif berada dalam rentang nilai 2 – 8 (No. Soal 2,3)	Skor tertinggi 8, skor terendah 2 Untuk analisis menggunakan nilai tengah rentang kumulatif dikategorikan berdasarkan nilai: Baik: $\geq 5 : 1$ Tak baik: $< 5 : 0$	Ordinal
	Komunikasi saat operan pasien	Persepsi pasien tentang kegiatan perawat dalam membina komunikasi yang efektif pada saat operan pasien	Diukur dengan 3 kuesioner, setiap item bernilai: 1. tak pernah 2. jarang 3. Sering 4. selalu Skor kumulatif berada di rentang nilai 3 – 12 (No. Soal 4,5,6)	Skor tertinggi 12, skor terendah 3 Untuk analisis menggunakan nilai tengah rentang kumulatif dikategorikan berdasarkan nilai: Baik: $\geq 7.5 : 1$ Tak baik: $< 7.5 : 0$	Ordinal

Variabel	Sub Variabel	Deskripsi	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen Penerapan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana	Kepastian tindakan yang benar	Persepsi pasien tentang kegiatan perawat dalam mengimplementasikan tindakan keselamatan pasien pada sisi tubuh yang benar dan tindakan yang tepat	Diukur dengan 2 kuesioner, setiap item bernilai: 1. tak pernah 2. jarang 3. Sering 4. selalu Skor kumulatif dlm rentang nilai 2 – 8	Skor tertinggi 8, skor terendah 2 Untuk analisis dikategorikan berdasarkan nilai: Baik: $\geq 5 : 1$ Tak baik: $< 5 : 0$	Ordinal
	Pengendalian cairan elektrolit pekat	Persepsi pasien tentang kegiatan perawat dalam mengawasi pemberian cairan elektrolit pekat pada pasien	Diukur dengan 2 kuesioner, setiap item bernilai: 1. tak pernah 2. jarang 3. Sering 4. selalu Skor kumulatif berada dalam rentang nilai 2-8 (No. Soal 9,10)	Skor tertinggi 8, skor terendah 2 Untuk analisis menggunakan nilai tengah rentang kumulatif dikategorikan berdasarkan nilai: Baik: $\geq 5 : 1$ Tak baik: $< 5 : 0$	Ordinal
	Akurasi ketepatan pemberian obat	Persepsi pasien tentang kegiatan perawat dalam mencegah terjadinya <i>overdose</i> obat pasien	Diukur dengan 2 kuesioner, setiap item bernilai: 1. tak pernah 2. jarang 3. Sering 4. selalu Skor kumulatif berada di rentang nilai 2-8 (No. Soal 11,12)	Skor tertinggi 8, skor terendah 2 Untuk analisis menggunakan nilai tengah rentang kumulatif dikategorikan berdasarkan nilai: Baik: $\geq 5 : 1$ Tak baik: $< 5 : 0$	Ordinal

Variabel	Sub Variabel	Deskripsi	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen Penerapan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana	Pencegahan salah kateter/sambung slang	Persepsi pasien tentang kegiatan perawat dalam mencegah terjadinya kesalahan pada pemasangan slang/kateter	Diukur dengan 3 kuesioner, setiap item bernilai: 1. tak pernah 2. jarang 3. Sering 4. selalu Skor kumulatif berada rentang nilai 3-12	Skor tertinggi 12, skor terendah 3 Untuk analisis menggunakan nilai tengah rentang kumulatif dikategorikan berdasarkan: Baik: $\geq 7.5 : 1$ Tak baik: $< 7.5 : 0$	Ordinal
	Penggunaan alat injeksi sekali pakai	Persepsi pasien tentang kegiatan perawat dalam mencegah penularan akibat penggunaan alat injeksi	Diukur dengan 3 kuesioner, setiap item bernilai: 1. tak pernah 2. jarang 3. Sering 4. selalu Skor kumulatif berada di rentang nilai 3-12 (No. Soal 16,17,18)	Skor tertinggi 12, skor terendah 3 Untuk analisis menggunakan nilai tengah rentang kumulatif berdasarkan nilai: Baik: $\geq 7.5 : 1$ Tak baik: $< 7.5 : 0$	Ordinal
	Kebersihan tangan perawat	Persepsi pasien tentang kegiatan perawat dalam mencegah infeksi nosokomial	Diukur dengan 2 kuesioner, setiap item bernilai: 1. tak pernah 2. jarang 3. Sering 4. selalu Skor kumulatif berada di rentang nilai 2-8 (No. Soal 19,20)	Skor tertinggi 8, skor terendah 2 Untuk analisis menggunakan nilai tengah rentang kumulatif dikategorikan berdasarkan nilai: Baik: $\geq 5 : 1$ Tak baik: $< 5 : 0$	Ordinal

Variabel	Sub Variabel	Deskripsi	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen Kepuasan Pasien	Bukti Nyata	Pendapat pasien tentang pelayanan yang diterima dapat diukur	Diukur dengan 4 kuesioner harapan dan kenyataan, bernilai: 1. tak penting 2. kurang penting 3. penting 4. sangat penting Skorkumulatif berada di rentang nilai 25- 100%	Skor tertinggi 100%, skor terendah 25% Untuk analisis menggunakan nilai tengah rentang kumulatif dikategorikan berdasarkan nilai: Puas bila: $\geq 60\% : 1$ Tak puas: $< 60\% : 0$	Ordinal
	Keandalan	Pendapat pasien tentang kehandalan perawat dalam memberikan pelayanan	Diukur dengan 5 kuesioner tentang harapan dan kenyataan, bernilai: 1. tak penting 2. kurang penting 3. penting 4. sangat penting Skor kumulatif berada pada rentang nilai 25- 100%	Skor tertinggi 100%, skor terendah 25% Untuk analisis menggunakan nilai tengah rentang kumulatif dikategorikan berdasarkan nilai: Puas bila: $\geq 60\% : 1$ Tak puas: $< 60\% : 0$	Ordinal

Variabel	Sub Variabel	Deskripsi	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen Kepuasan Pasien	Ketanggapan	Pendapat pasien tentang kecepatan dan ketepatan reaksi pasien	Diukur dengan 4 kuesioner tentang harapan dan kenyataan, setiap item bernilai: 1. tak penting 2. kurang penting 3. penting 4. sangat penting Skor kumulatif berada dalam rentang nilai 25– 100%	Skor tertinggi 100%, skor terendah 25% Untuk analisis menggunakan nilai tengah rentang kumulatif dikategorikan berdasarkan nilai: Puas bila: $\geq 60\%$: 1 Tak puas: $< 60\%$: 0	Ordinal
	Jaminan	Pendapat pasien tentang jaminan pelayanan yang diterima akan mengurangi masalahnya	Diukur dengan 5 kuesioner tentang harapan dan kenyataan, setiap item bernilai: 1. tak penting 2. kurang penting 3. penting 4. sangat penting Skor kumulatif berada dalam rentang nilai 25– 100%	Skor tertinggi 100%, skor terendah 25% Untuk analisis menggunakan nilai tengah rentang kumulatif dikategorikan berdasarkan nilai: Puas bila: $\geq 60\%$: 1 Tak puas: $< 60\%$: 0	Ordinal

Variabel	Sub Variabel	Deskripsi	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	Empati	Pendapat pasien tentang perasaan perawat untuk ikut merasakan masalah pasien	Diukur dengan 4 kuesioner tentang harapan dan kenyataan, setiap item bernilai: 1. tak penting 2. kurang penting 3. penting 4. sangat penting	Skor tertinggi 100%, skor terendah 25% Untuk analisis menggunakan nilai tengah rentang kumulatif dikategorikan berdasarkan nilai: Puas bila: $\geq 60\%$: 1 Tak puas: $< 60\%$: 0	Ordinal

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab ini menjelaskan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, serta etika penelitian.

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian korelasi deskriptif (*Descriptive corelational*) dengan menggunakan pendekatan *Cross sectional* yaitu rancangan penelitian yang pengukuran atau pengamatannya dilakukan secara simultan pada satu saat (Notoadmojo, 2005). Penelitian ini menggambarkan hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebagai variabel Independen dengan kepuasan pasien sebagai variabel dependen di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Instalasi Rawat Inap Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan alasan pemilihan lokasi penelitian ini adalah bahwa rumah sakit ini sedang melakukan pembenahan dalam bidang pelayanan mutu keperawatan dan penelitian yang serupa belum pernah dilakukan sebelumnya. Waktu penelitian ini dilaksanakan mulai dari uji coba kuesioner yang dilakukan pada 4 – 6 April 2009 di Irna Obstetri dan Ginekologi RSUD Dr.

Soetomo Surabaya, sedangkan pelaksanaan penelitian dilaksanakan pada 13 – 27 April 2009 di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2007). Populasi adalah semua pasien Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

2. Sampel

Definisi sampel menurut Sugiyono (2007) adalah sebagian dari populasi yang dipilih. Untuk mengurangi bias hasil penelitian maka peneliti membuat kriteria sampel untuk variabel yang terdiri dari kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusinya adalah:

- a. Pasien yang operasi di ruangan minimal 2 hari sejak MRS
- b. Responden dapat berkomunikasi secara verbal dan dapat membaca serta mengisi instrumen
- c. Responden pernah mendapatkan injeksi, infus, transfusi darah serta terpasang slang/kateter makanan/urine

Kriteria eksklusi adalah:

- a. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran
- b. Pasien adalah pegawai atau perawat RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- c. Pasien VIP RSUD Dr. Soetomo Surabaya

d. Pasien yang dirawat melebihi 2 minggu

3. Besar Sampel

Sugiyono (2007) mengatakan bahwa dalam melaksanakan suatu penelitian dengan desain kuantitatif, jumlah atau besar sampel akan menentukan validitas karena semakin besar sampel maka akan semakin valid. Dalam penelitian ini, penentuan besar sampel dengan menggunakan rumus uji beda proporsi sebagai berikut (Kothari, 1990):

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Dimana:

n = Besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z pada derajat kemaknaan 5% yang nilainya 1,96

P_1 = Pada penelitian ini menggunakan penelitian sebelumnya bahwa kepuasan pasien yang baik dengan kinerja perawat pelaksana baik = 0,58 (Jamaludin, 2005)

P_2 = Pada penelitian ini menggunakan penelitian sebelumnya bahwa kepuasan pasien tidakpuas dengan kinerja perawat pelaksana baik = 0,42 (Jamaludin, 2005)

P = $(P_1 + P_2)/2 \rightarrow (0,58 + 0,42) / 2 = 0,5$

Besar sampel yang didapatkan dengan rumus adalah:

$$n = \frac{(1,96 \sqrt{2 \times 0,5 (1 - 0,5)} + 1,64 \sqrt{0,58 (1 - 0,58) + 0,42 (1 - 0,42)})^2}{(0,58 - 0,42)^2}$$

$$n = \frac{1.2136}{0,0256} = 47.40 = 47 \text{ (dibulatkan)}$$

Jumlah sampel yang dibutuhkan untuk membuktikan bahwa proporsi kepuasan pasien puas dengan penerapan tindakan keselamatan pasien baik tidak sama dengan proporsi ketidakpuasan pasien dengan penerapan tindakan keselamatan pasien baik adalah 47 pasien (dibulatkan) untuk

masing-masing kelompok, jadi besarnya sampel adalah 94 pasien. Besar sampel perlu ditambahkan 10 % untuk mengantisipasi adanya sampel yang *drop out* atau tidak memenuhi kriteria sampel sehingga besar sampel yang diperlukan untuk penelitian ini adalah minimal 103,4 (dibulatkan menjadi 103 pasien). Teknik sampling yang digunakan adalah proporsional dengan menggunakan sampel acak (random sampling), dimana semua populasi mendapat kesempatan yang sama untuk menjadi sampel sesuai dengan ruangan tempat pasien dirawat.

Setelah dilakukan pengambilan data didapatkan jumlah sampel sebesar 112 orang yang memenuhi kriteria penelitian, karena dari perhitungan batasan sampel minimal adalah 103 maka peneliti mengambil keseluruhan responden yang berjumlah 112 tersebut yaitu 86 responden yang tersebar di 6 ruangan di Irna Bedah, yaitu; 15 responden dari ruang Aster, 15 responden dari ruang Bugenvill, 16 responden dari ruang Dahlia, 16 responden dari ruang Edelweiss, 12 responden dari ruang Gladiol, dan 12 responden dari ruang Herbra. Responden sisanya adalah yang berada di Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya yaitu 12 responden dari ruang Interna wanita dan 14 responden dari Interna I Pria.

D. Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh peneliti melalui kuesioner tentang kepuasan pasien dan kuesioner tentang penerapan tindakan keselamatan

pasien oleh perawat pelaksana di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh penulis dari bagian *medical record* (seperti; data riwayat tranfusi darah/injeksi/pemasangan slang) dan bagian administrasi rumah sakit (seperti; hasil evaluasi kepuasan pasien dan SOP) untuk mendapatkan gambaran umum tentang RSUD Dr. Soetomo Surabaya serta dengan membaca buku-buku yang ada di berbagai perpustakaan, jurnal keperawatan, artikel ilmiah dan *browsing* internet.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen yang dipakai dibedakan untuk masing-masing variabel. Untuk variabel kepuasan pasien menggunakan kuesioner tentang harapan dan kenyataan yang berisi pernyataan tertutup dengan rentang penilaian untuk setiap item pertanyaan 1 – 4 dimana untuk harapan terdiri dari 4 pilihan, nilai 4 bila sangat mengharapkan, nilai 3 bila mengharapkan, nilai 2 bila tidak mengharapkan dan 1 bila pasien sangat tidak mengharapkan. Adapun untuk kenyataan yang dihadapi pasien, terdiri dari 4 pilihan yaitu: nilai 4 bila sangat sesuai dengan harapan, 3 bila sesuai dengan harapan, 2 bila tidak sesuai dengan harapan, 1 bila pasien merasa sangat tidak sesuai dengan harapan. Kuesioner untuk kepuasan pasien terdiri dari 5 sub variabel yaitu 1) Bukti nyata, yang berisi 4 pertanyaan (No.1, 2, 3, 4, 5). 2) Keandalan, yang berisi 5 pertanyaan (No. 6, 7, 8, 9, 10). 3) Ketanggapan, yang berisi 5 pertanyaan (No. 11, 12, 13, 14, 15). 4) Jaminan, yang berisi 5 pertanyaan (No. 16, 17, 18, 19,

20). Dan 5) Empati, yang berisi 5 pertanyaan (No. 21, 22, 23, 24, 25). Kuesioner ini dikembangkan oleh peneliti berdasarkan konsep dari Supranto (2006) dan Wiyono (2008).

Pengumpulan data penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana menggunakan kuesioner dengan rentang penilaian untuk setiap item pertanyaan 0 – 4 dimana nilai 4 bila selalu dilaksanakan, 3 bila sering dilaksanakan, 2 bila jarang dilaksanakan dan 1 bila tidak pernah dilaksanakan. Kuesioner untuk penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana terdiri dari 9 sub variabel yaitu : 1) Perhatian pada rupa dan nama obat (No. 1, 2, 3). 2) Pengidentifikasian pasien (No. 4, 5, 6). 3) Komunikasi saat operan (No. 7, 8, 9). 4) Kepastian tindakan yang benar (No. 10, 11, 12). 5) Pengendalian cairan elektrolit pekat (No. 13, 14, 15). 6) Akurasi ketepatan pemberian obat (No. 16, 17, 18). 7) Pencegahan salah sambung kateter/slang (No. 19, 20, 21). 8) Penggunaan alat injeksi sekali pakai (No. 22, 23, 24), dan 9) Kebersihan tangan perawat (No. 25, 26, 27). Kuesioner ini dibuat sendiri oleh peneliti yang terdiri dari 27 pertanyaan dan dikembangkan berdasarkan konsep dari Yahya (2006) dan Depkes RI (2006).

Instrumen sebagai alat pengumpul data pada penelitian ini diterapkan di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Setelah sebelumnya peneliti melakukan uji coba instrumen pada Irna Obstetri dan Gynekologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya yaitu di ruang Kemuning dengan pertimbangan

mempunyai karakteristik yang sama dengan ruangan yang akan diteliti. Uji coba dilakukan dengan cara:

1. Uji Validitas

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Untuk mengetahui validitas suatu instrumen dilakukan dengan cara melakukan korelasi yang digunakan antara masing-masing variabel dengan skor totalnya. Teknik yang digunakan adalah korelasi *Pearson Product Moment*, yaitu suatu variabel dinyatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya dengan cara membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung, apabila nilai r hasil (hitung) lebih besar dari r tabel maka pernyataan tersebut adalah valid. Uji coba dilakukan pada 30 responden pada ruang kemuning, kemudian dilakukan uji validitas instrumen dengan bantuan komputer. Hasil uji validitas kuesioner mengenai penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana ada 20 pernyataan yang valid dan 7 pernyataan yang tidak valid (yaitu no. 1, 3, 4, 12, 15, 18, 27) dan diperoleh nilai r hitung $0,287 - 0,8417$ dengan r tabel $0,361$ pada df 28. Kuesioner kepuasan ada 22 pernyataan yang valid dan 3 pernyataan yang tidak valid (yaitu no. 5, 15, dan 16) dimana diperoleh r hitung $0,10043 - 0,8417$ dengan r tabel $0,361$ pada df 28. Selanjutnya untuk pertanyaan yang tidak valid dibuang dari kuesioner.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap

gejala yang sama dengan alat ukur yang sama. Uji reliabilitas instrumen dilakukan dengan menggunakan koefisien *alpha Cronbach* yaitu dengan membandingkan *r alpha* dengan *r* tabel. Jika *r alpha* lebih besar dari *r* tabel maka dikatakan bahwa pertanyaan tersebut reliabel dan sebaliknya. Hasil uji reliabilitas diperoleh *r Alpha* kuesioner penerapan tindakan keselamatan pasien sebesar 0,941 dan kuesioner kepuasan pasien 0,9545 karena *r* hitung lebih besar dari *r* tabel (0,361) dengan *df* 28 sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner ini adalah reliabel.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Data diolah berdasarkan teori pengolahan data yaitu:

1. Mengedit Data (*Editing*)

Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa data yang diproses adalah bersih, dan telah terisi, konsisten, relevan dan dapat dibaca dengan baik. Cara melakukannya dengan meneliti tiap lembar kuesioner yang ada apakah sudah terisi semua oleh responden, bila data ada yang belum terisi maka dikembalikan kepada responden untuk dilengkapi, hal ini terjadi pada saat pengambilan data di ruang Dahlia dimana ada 2 responden yang tidak mengisi kuesioner B (penerapan tindakan) sehingga dikembalikan lagi kepada responden tersebut oleh peneliti untuk dilengkapi.

2. Pengkodean Data (*Coding*)

Adalah suatu proses penyusunan data secara sistematis dari data mentah (data dari kuesioner) ke dalam bentuk yang mudah dibaca oleh mesin pengolah data. Data yang diperoleh dan sumber data yang ada diperiksa

kelengkapannya dilakukan pengkodean sebelum diolah dengan komputer. Kode jawaban harus baku dan konsisten. Hal ini dimaksudkan agar hasil penelitian ketika dilakukan indeks atau skala memiliki validitas tinggi.

3. Pemasukan Data (*Entry data*)

Data yang telah dilakukan pengkodean diolah dengan menggunakan bantuan program komputer.

4. Pembersihan Data (*Cleaning*)

Adalah memastikan bahwa setelah data yang telah dimasukkan ke dalam mesin pengolah data sudah sesuai dengan yang sebenarnya. Cara yang dapat dilakukan yaitu dengan *possible code cleaning*, *contingency code cleaning* dan modifikasi (melakukan pengkodean kembali data yang asli).

Pembersihan data dilakukan bila terdapat kesalahan dalam memasukkan data. Dalam tahap ini peneliti tidak mengalami kesulitan karena setelah dilakukan pemasukan data tidak didapatkan kesalahan dalam memasukkan data karena datanya terisi dengan lengkap.

5. Penyajian data

Langkah terakhir dari pengolahan data adalah menyajikan hasil pengolahan data. Bentuk hasil pengolahan data hasil penelitian menggunakan tabel.

G. Analisis data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan program komputer. Analisis data yang dilakukan meliputi:

1. Analisis Univariat

Data yang numerik menggunakan nilai mean (rata-rata), median, standar deviasi dan interkuartil range. Pada penelitian ini, yang jenis datanya numerik adalah: Usia, Pengalaman MRS, dan Cara bayar. Pada data kategorik peringkasan data hanya menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran prosentase atau proporsi. Pada penelitian ini yang jenis datanya kategorik adalah: Jenis kelamin, status perkawinan, kepuasan pasien dan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat. Tujuan dari analisis ini adalah untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Analisis data kuantitatif dihadapkan pada kumpulan data yang besar atau banyak yang belum jelas maknanya. Fungsi analisis sebenarnya adalah menyederhanakan atau meringkas kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Peringkasan tersebut berupa ukuran-ukuran statistik, tabel, dan juga grafik (Hastono, 2007).

Variabel kepuasan pasien di analisis menggunakan *Importance – Performance Analysis* atau analisis harapan dan kenyataan yang dari metode *Servqual* (Martilla & James, 1977 dalam Tjiptono, 2005). Sebagai berikut:

- a. Analisis terhadap tingkat kepuasan tiap pasien dengan cara menjumlahkan skor kenyataan dari seluruh item pertanyaan, menjumlahkan skor harapan dari seluruh item pertanyaan kemudian

menentukan tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan/kepuasan pasien dengan membandingkan antara kenyataan dengan harapan dikalikan 100%.

- b. Analisis terhadap tingkat kepuasan pasien dari masing-masing dimensi dengan cara; 1) menjumlahkan skor kenyataan seluruh item pertanyaan, tiap dimensi pelayanan dan dimensi kepuasan pasien dari seluruh responden. 2) menjumlahkan skor harapan seluruh item pertanyaan tiap dimensi pelayanan keperawatan dan dimensi kepuasan pasien dari seluruh responden. 3) menentukan tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan/kepuasan pasien dari tiap dimensi pelayanan keperawatan dan dimensi kepuasan pasien dengan rumus:

$$(\text{Kenyataan}/\text{Harapan}) \times 100\%$$

2. Analisis Bivariat.

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dan kepuasan pasien. Untuk membuktikan adanya hubungan diantara dua variabel tersebut peneliti akan menggunakan bantuan komputer dengan jenis *uji chi square* dengan menggunakan tingkat kemaknaan (*p value*) < 0,05, sehingga bila $p \text{ value} \leq 0,05$ maka hasil perhitungan statistik bermakna dan dinyatakan ada hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien dengan kepuasan pasien. Namun bila $p \text{ value} > 0,05$ maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna sehingga dinyatakan tidak ada hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien dengan kepuasan pasien. Kegunaan analisis bivariat adalah untuk mengetahui

apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel, atau bisa juga digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (sampel) (Hastono, 2007). Hasil penelitian ini setelah dilakukan analisis bivariat menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara variabel dependen dan variabel independen.

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan teknis analisis perluasan atau pengembangan dari analisis bivariat. Kalau analisis bivariat melihat hubungan atau keterkaitan dua variabel maka teknis analisis multivariat bertujuan melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel (umumnya satu variabel dependen) (Hastono, 2007).

Proses analisis multivariat dengan menghubungkan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen pada waktu yang bersamaan. Hasil analisis multivariat dapat mengetahui variabel independen mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen, apakah variabel independen berhubungan dengan variabel dependen dipengaruhi oleh variabel lain atau tidak, bentuk hubungan beberapa variabel independen dengan variabel dependen apakah berhubungan langsung atau tidak. Prosedur pengujian bergantung dari jenis data yang diuji, apakah kategorik atau numerik. Bila jenis data variabel dependennya numerik maka analisis multivariat yang digunakan adalah analisis regresi linier

ganda, sedangkan bila jenis data variabel dependennya katagorik menggunakan analisis regresi logistik ganda. (Hastono, 2007)

Pada penelitian ini, jenis data variabel dependennya adalah katagorik yang dikotom (Kepuasan pasien) sehingga uji analisis yang digunakan adalah analisis regresi logistik ganda dengan model faktor risiko. Permodelan dengan tujuan mengestimasi secara valid hubungan satu variabel utama dengan variabel dependen dengan mengontrol beberapa variabel perancu. Tahap permodelannya adalah sebagai berikut: 1) melakukan permodelan lengkap, mencakup variabel utama, semua kandidat perancu dan kandidat interaksi. 2) melakukan penilaian interaksi, dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang nilai *p wald*-nya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan satu persatu dari nilai *p wald* yang terbesar. 3) melakukan penilaian perancu, dengan cara mengeluarkan variabel kovariat/perancu satu persatu dimulai dari yang memiliki *p wald* terbesar, bila setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR faktor/variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel kovariat dikeluarkan lebih besar dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai perancu dan harus tetap berada dalam model (Hastono, 2007).

H. Etika Penelitian

Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti mendekati, memperkenalkan diri, dan menjelaskan identitas peneliti terlebih dahulu terhadap responden yang terpilih, kemudian menjelaskan tujuan penelitian sehingga responden

dapat mengambil keputusan bersedia atau tidak menjadi responden. ANA (2001, dalam Burn & Grove, 2001) mengemukakan hak individu, yang meliputi:

1. *Right to self determination*

Individu mempunyai otonomi untuk membuat keputusan secara sadar dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian, atau menarik diri sebelum penelitian selesai. Untuk itu sebelum kuesioner diberikan pada subyek penelitian, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Untuk memenuhi hak tersebut maka peneliti menggunakan *Informed Consent* atau lembar persetujuan. Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria. Tujuannya adalah subyek mengetahui judul penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika subyek bersedia diteliti, maka subyek harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, namun jika subyek penelitian menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya. Hal ini terjadi pada saat penelitian dilakukan di ruang Dahlia ada satu orang calon responden yang tidak bersedia diteliti meskipun sebelumnya telah mendapatkan penjelasan dari peneliti, untuk itu peneliti tidak memaksa dan menghormati haknya.

2. *Right to privacy and dignity*

Individu mempunyai hak untuk dihargai terhadap apa yang mereka kerjakan dan merahasiakan informasi yang didapatkan. Peneliti berusaha

untuk tidak memberikan penilaian atas informasi yang didapat dari responden dan akan menghargai apapun jawaban yang diberikan oleh responden dengan jalan tidak menyebarkan ke orang lain.

3. *Right to anonymity and confidentiality*

Untuk menjaga kerahasiaan subyek penelitian, peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberikan nomor kode pada masing-masing lembar tersebut. Kerahasiaan semua informasi yang diperoleh dari subyek penelitian dijamin oleh peneliti dengan jalan tidak menyebarkan informasi yang didapat dari responden kepada orang lain yang tidak berhak.

4. *Right to fair treatment*

Setiap individu mempunyai hak yang sama untuk dipilih dalam penelitian dengan menghormati persetujuan yang telah disepakati. Pada penelitian ini peneliti memperlakukan semua subyek yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi di ruangan serta tidak membeda-bedakan subyek baik dari jenis kelamin ataupun kelas dan cara subyek (pasien) membayar biaya RS.

5. *Right to protection from discomfort and harm*

Responden berhak mendapatkan perlindungan dari ketidaknyamanan dan bahaya atau kerugian selama penelitian. Risiko yang mungkin timbul akibat dari penelitian ini adalah timbulnya ketidaknyamanan pasien karena terganggu pada saat perawatan. Oleh karena itu, peneliti memberikan kuesioner kepada responden hanya di waktu luang/istirahat atau pada saat responden tidak sedang menjalani tindakan perawatan serta tidak sedang dalam kondisi tak stabil (*minimal care*).

BAB V

HASIL PENELITIAN

Penyajian hasil penelitian diuraikan mulai dari analisis univariat dari seluruh variabel yang terlibat dalam penelitian yaitu variabel perancu terdiri dari karakteristik responden, variabel independen terdiri dari penerapan tindakan keselamatan pasien dan variabel dependen yaitu kepuasan pasien. Selanjutnya akan dilakukan analisis bivariat untuk melihat hubungan antara masing-masing sub variabel penerapan tindakan keselamatan pasien dengan kepuasan pasien. Penelitian ini diakhiri dengan mencari faktor penerapan tindakan keselamatan pasien yang paling dominan berhubungan dengan kepuasan pasien berdasarkan variabel perancu karakteristik pasien. Berikut ini akan dibahas satu persatu.

A. Hasil Penelitian

1. Hasil Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini akan menggambarkan distribusi frekwensi dari seluruh variabel independen, variabel dependen dan perancu yaitu karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status perkawinan, cara bayar dan pengalaman masuk rumah sakit), penerapan tindakan keselamatan pasien dan kepuasan pasien.

a. Karakteristik Pasien

Gambaran karakteristik pasien yang menjadi komponen dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status perkawinan, cara

bayar dan pengalaman masuk rumah sakit. Penyajian dalam penelitian ini akan digambarkan sesuai dengan jenis data dari masing-masing karakteristik pasien. Berikut ini akan dijelaskan satu persatu karakteristik pasien sebagai berikut:

Tabel 5.1
Distribusi responden berdasarkan karakteristik pasien di Irna Bedah dan Medik
RSU.Dr.Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Karakteristik Demografi	Frekuensi	Persentase
1.	Usia		
	< 26 tahun – 45 tahun	69	61,6
	> 45 tahun	43	38,4
2.	Jenis kelamin		
	Laki-laki	53	47,3
	Perempuan	59	52,7
3.	Pendidikan		
	Dasar	71	63,4
	Menengah-Tinggi	41	36,6
4.	Status perkawinan		
	Menikah	99	88,4
	Tidak Menikah	13	19,7
5.	Cara bayar		
	Askeskin	102	91,1
	Pribadi/Astek/Askes	10	8,9
6.	Pengalaman MRS		
	Pernah MRS	58	51,8
	Tidak pernah	54	48,2

Hasil analisis didapatkan usia responden paling banyak adalah usia 26 - 45 tahun (51,8%). Jenis kelamin perempuan lebih banyak dari laki-laki yaitu 59 (52,7%). Status perkawinan responden paling banyak yang sudah menikah yaitu 99 pasien (88,4%). Tingkat pendidikan paling banyak adalah Dasar yaitu 71 orang (63,4%). Cara membayar biaya rumah sakit paling banyak dengan menggunakan Askeskin yaitu 102 orang (91,1%).

Responden memiliki pengalaman opname paling banyak yaitu 58 orang (51,8%) dibandingkan dengan yang belum pernah opname.

b. Penerapan tindakan keselamatan pasien

Penerapan tindakan keselamatan pasien pada penelitian ini terdiri dari 9 subvariabel yaitu perhatian pada nama obat, pengidentifikasian pasien, komunikasi saat operan pasien, kepastian tindakan yang benar, pengendalian cairan pekat, akurasi ketepatan pemberian obat, pencegahan salah sambung slang, penggunaan alat injeksi sekali pakai dan kebersihan tangan perawat. Untuk lebih jelas hasil penelitian dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.2

Distribusi responden berdasarkan penerapan tindakan keselamatan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD. Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Tindakan Keselamatan Pasien	Frekuensi	Persentase
1.	Perhatian pada nama obat		
	Baik	60	53,6
	Kurang Baik	52	46,4
2.	Pengidentifikasian pasien		
	Baik	85	75,9
	Kurang Baik	27	24,1
3.	Komunikasi saat operan pasien		
	Baik	74	66,1
	Kurang Baik	38	33,9
4.	Kepastian tindakan yang benar		
	Baik	69	61,6
	Kurang Baik	43	38,4
5.	Pengendalian cairan pekat		
	Baik	79	70,5
	Kurang Baik	33	29,5

No	Tindakan Keselamatan Pasien	Frekuensi	Persentase
6.	Akurasi ketepatan pemberian obat		
	Baik	79	70,5
	Kurang Baik	33	29,5
7.	Pencegahan salah sambung slang		
	Baik	81	72,3
	Kurang Baik	31	27,7
8.	Penggunaan alat injeksi sekali pakai		
	Baik	80	71,4
	Kurang Baik	32	28,6
9.	Kebersihan tangan perawat		
	Baik	94	83,9
	Kurang Baik	18	16,1

Tabel 5.2 menunjukkan seluruh penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dipersepsikan baik oleh responden yaitu lebih dari 50% untuk masing-masing subvariabel. Prosentase yang tertinggi pada kebersihan tangan perawat (83,9%) dengan pertanyaan perawat mencuci tangan sebelum/sesudah melakukan tindakan. Prosentase terendah pada perhatian perawat pada nama obat (53,6%).

c. Kepuasan pasien

Kepuasan pasien terdiri dari persepsi responden tentang harapan dan kenyataan yang meliputi 5 subvariabel yaitu bukti nyata, keandalan, ketanggapan, jaminan dan empati. Adapun distribusinya sebagai berikut:

Tabel 5.3
Distribusi responden berdasarkan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik
RSU. Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

Variabel	Frekuensi	Persentase
Bukti nyata		
• Puas	69	61,6
• Tidak puas	43	38,4
Keandalan		
• Puas	64	57,1
• Tidak puas	48	42,9
Ketanggapan		
• Puas	87	77,7
• Tidak puas	25	22,3
Jaminan		
• Puas	71	63,4
• Tidak puas	41	36,6
Empati		
• Puas	66	58,9
• Tidak puas	46	41,1

Tabel 5.3 menunjukkan distribusi kepuasan pasien yang digambarkan berdasarkan masing-masing subvariabel seluruhnya dipersepsikan puas oleh responden sebesar lebih dari 50%. Prosentase tertinggi pada variabel ketanggapan (77,7%) yaitu pada pertanyaan kesediaan perawat untuk membantu pasien. Prosentase terendah pada variabel keandalan (57,1%) yaitu pada pertanyaan perawat memberikan pelayanan keperawatan tepat waktu.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk membuktikan adanya hubungan antara variabel independen yaitu penerapan tindakan keselamatan pasien dengan variabel

dependen yaitu kepuasan pasien setelah dipengaruhi oleh faktor perancu yaitu usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, cara bayar dan pengalaman MRS. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi Kuadrat* karena jenis data yang dianalisis adalah kategori. Pengujian dilakukan dengan derajat kemaknaan sebesar 5 % seperti pada tabel 5.4

Tabel 5. 4
Hubungan masing-masing subvariabel penerapan tindakan keselamatan pasien dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD. Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

Penerapan tindakan keselamatan pasien	Kepuasan pasien				Total		OR (95%CI)	P value
	Puas		Tidak puas		n	%		
	N	%	n	%				
Perhatian pada nama obat							2,6	0,000
Baik	60	100	0	0	60	100	1,8-3,6	
Tidak baik	20	38,5	32	61,5	52	100		
Pengidentifikasi-an pasien							10,14	0,000
Baik	71	83,5	14	16,5	85	100	3,7-27,1	
Tidak baik	9	33,3	18	66,7	27	100		
Komunikasi saat operan							10,143	0,000
Baik	63	85,1	11	14,9	74	100	3,7-27,1	
Tidak baik	17	44,7	21	55,3	38	100		
Kepastian tindakan yang benar							2,82	0,025
Baik	55	79,7	14	20,3	69	100	1,2-6,5	
Tidak baik	25	58,1	18	41,9	43	100		
Pengendalian cairan pekat							16	0,000
Baik	78	98,7	1	1,3	79	100	4,2-62,4	
Tidak baik	2	6,1	31	93,9	33	100		
Ketepatan pemberian obat							8,59	0,000
Baik	67	84,8	12	15,2	79	100	3,3-21,7	
Tidak baik	13	39,4	20	60,6	33	100		

Penerapan tindakan keselamatan pasien	Kepuasan pasien				Total		OR (95%CI)	P value
	Puas		Tidak puas					
	N	%	n	%	n	%		
Pencegahan salah sambung slang							7,27	0,000
Baik	76	93,8	5	6,2	81	100	2,9-18,1	
Tidak baik	4	12,9	27	87,1	31	100		
Penggunaan injeksi sekali pakai							53,44	0,000
Baik	74	92,5	6	7,5	80	100	15,8-180,4	
Tidak baik	6	18,8	26	81,3	32	100		
Kebersihan tangan perawat							7,4	0,000
Baik	74	78,7	20	21,3	94	100	2,4-22,1	
Tidak baik	6	33,3	12	66,7	18	100		
Jumlah	80	71,4	32	28,6	112	100		

Hasil analisis data pada tabel 5.4 menunjukkan masing-masing subvariabel penerapan tindakan keselamatan pasien yang baik menimbulkan kepuasan responden puas sebesar lebih dari 50% dari keseluruhan subvariabel. Setelah dilakukan analisis data dengan menggunakan uji *Chi Kuadrat* diperoleh *p value* 0,000 ($\alpha < 0,05$) untuk perhatian pada nama obat, pengidentifikasian pasien, komunikasi saat operan, pengendalian cairan pekat, akurasi ketepatan pemberian obat, pencegahan salah sambung slang, penggunaan alat injeksi sekali pakai, dan kebersihan tangan perawat. Sedangkan untuk kepastian tindakan yang benar diperoleh *p value* 0,025 ($\alpha < 0,05$). Semua subvariabel penerapan tindakan keselamatan pasien menunjukkan ada hubungan dengan kepuasan pasien.

3. Analisis Multivariat

Analisis Multivariat bertujuan untuk menentukan variabel atau subvariabel yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen. Analisis Multivariat dilaksanakan dengan cara melakukan uji atau menghubungkan variabel independen dan perancu yang memiliki hubungan dengan dependen secara bersama-sama. Hastono (2006) menjelaskan analisis regresi logistik ganda merupakan analisis hubungan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen.

Analisis Multivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk menentukan variabel penerapan tindakan keselamatan pasien yang paling dominan berhubungan dengan kepuasan pasien.

a. Seleksi kandidat

Seleksi kandidat adalah menyeleksi subvariabel independen penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dan subvariabel perancu yang diprediksi berhubungan dengan variabel dependen yaitu kepuasan pasien, hasil analisisnya adalah sebagai berikut:

Tabel 5.5

Seleksi bivariat variabel independen penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan April tahun 2009 (N = 112)

Variabel	<i>p value</i>
Nama Obat	0.000
Pengidentifikasian pasien	0.000
Komunikasi saat operan	0.000
Kepastian tindakan yang benar	0.025
Pengendalian cairan pekat	0.000

Variabel	<i>p value</i>
Akurasi pemberian obat	0.000
Pencegahan salah sambung slang	0.000
Penggunaan Jarum Injeksi	0.000
Kebersihan tangan	0.000
Umur	0.811
Jenis Kelamin	0.437
Status Perkawinan	0.151
Pendidikan	0.324
Pengalaman MRS	0.000
Cara bayar	0.133

Hasil analisis menunjukkan bahwa nilai *p-Wald* seluruh sub variabel penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebesar $< 0,25$, sehingga seluruh sub variabel penerapan tindakan keselamatan pasien diteruskan ke dalam permodelan multivariat. Sedangkan untuk variabel karakteristik responden yang mempunyai nilai $< 0,25$ adalah status perkawinan, pengalaman MRS dan cara bayar.

b. Permodelan Multivariat

Pemilihan model ini dilakukan secara hirarki dengan cara semua variabel independen (yang telah lolos sensor) dimasukkan ke dalam model, kemudian variabel yang *p-Wald* nya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan dari *p-Wald* yang terbesar dimulai dengan variabel perancu terlebih dahulu yaitu status perkawinan, cara bayar, dan kemudian pengalaman MRS. Setelah variabel perancu dikeluarkan langkah selanjutnya adalah mengeluarkan variabel independen dengan cara berurutan dari *p-Wald* yang terbesar dimulai dari pengendalian, nama obat, kebersihan, pencegahan,

kepastian, injeksi, komunikasi dan terakhir identifikasi. Berikut analisis permodelan multivariat keseluruhan.

Tabel 5.6

Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel nama obat, pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, Pengendalian cairan, Akurasi obat, pencegahan salah slang, injeksi, kebersihan, umur, pengalaman MRS, Status perkawinan dan Cara bayar dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Nama obat	0,346	0,228	0,633	1,413	0,342-5,844
2.	Identifikasi	3,414	10,878	0,001	30,393	3,996-231,151
3.	Komunikasi	1,714	5,194	0,023	5,552	1,271-24,245
4.	Kepastian	1,413	3,640	0,056	4,110	0,962-17,559
5.	Kendali	-0,195	0,062	0,803	0,823	0,178-3,797
6.	Cegah slang	1,861	2,046	0,153	6,429	0,502-82,300
7.	Injeksi	3,040	4,272	0,039	20,896	1,170-373,141
8.	Akurasi	3,524	12,785	0,000	33,907	4,914-233,942
9.	Bersih tangan	0,851	1,084	0,298	2,342	0,472-11,618
10.	Status kawin	2,137	2,965	0,085	8,471	0,744-96,428
11.	Pengalaman	0,037	0,002	0,960	1,038	0,241-4,462
12.	Cara bayar	1,021	0,851	0,356	2,777	0,317-24,320

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.6 menunjukkan ada 4 sub variabel yang $p\text{-Wald} < 0,05$ yaitu identifikasi, komunikasi, injeksi, dan akurasi obat.

Sub variabel pengalaman dikeluarkan pertama kali karena mempunyai nilai $p\text{-Wald}$ terbesar dan termasuk ke dalam variabel perancu. Dengan langkah yang sama akhirnya diperoleh hasil seperti pada tabel 5.7

Tabel 5.7
Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel nama obat, pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Nama obat	0,346	0,228	0,633	1,413	0,341-5,846
2.	Identifikasi	3,416	10,872	0,001	30,445	3,997-231,926
3.	Komunikasi	1,708	5,292	0,021	5,520	1,288-23,663
4.	Kepastian	1,408	3,700	0,054	4,087	0,974-17,159
5.	Kendali	-0,199	0,066	0,798	0,820	0,179-3,755
6.	Cegah slang	1,839	2,254	0,133	6,292	0,570-69,457
7.	Injeksi	3,028	4,352	0,037	20,666	1,201-355,621
8.	Akurasi	3,523	12,788	0,000	33,877	4,913-233,575
9.	Bersih tangan	0,851	1,086	0,297	2,343	0,472-11,617
10.	Status kawin	2,132	2,972	0,085	8,432	0,747-95,193
11.	Cara bayar	1,017	0,849	0,357	2,765	0,318-24,052

Setelah pengalaman dikeluarkan, maka terdapat perubahan nilai OR tiap variabel, dapat dilihat pada tabel 5.8

Tabel 5.8
Perubahan OR variabel nama obat, pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	Ada OR pengalaman	OR pengalaman tak ada	Perubahan OR (%)
1.	Nama obat	1,413	1,413	0
2.	Identifikasi	30,393	30,445	0,17
3.	Komunikasi	5,552	5,520	0,579
4.	Kepastian	4,110	4,087	0,562
5.	Kendali	0,823	0,820	0,365
6.	Cegah slang	6,429	6,292	2,177
7.	Injeksi	20,896	20,666	1,112
8.	Akurasi	33,907	33,877	0,088
9.	Bersih tangan	2,342	2,343	0,042
10.	Status kawin	8,471	8,432	0,46
11.	Pengalaman	1,038	-	-
12.	Cara bayar	2,777	2,765	0,43

Tabel hasil perbandingan OR terlihat perubahan OR terbesar adalah 2,177% pada variabel cegah slang. Untuk itu sub variabel pengalaman dikeluarkan dari permodelan karena $< 10\%$. Langkah berikutnya adalah mengeluarkan cara bayar karena memiliki p Wald = 0,356 dan termasuk variabel perancu. Dengan langkah yang sama akhirnya diperoleh hasil seperti pada tabel 5.9

Tabel 5.9
Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel nama obat, pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Nama obat	0,366	0,249	0,618	1,442	0,342-6,081
2.	Identifikasi	3,274	10,930	0,001	26,407	3,792-183,898
3.	Komunikasi	1,768	5,617	0,018	5,862	1,358-25,304
4.	Kepastian	1,447	3,996	0,046	4,249	1,029-17,554
5.	Kendali	-0,178	0,051	0,821	0,837	-0,180-3,902
6.	Cegah slang	2,037	2,521	0,112	7,671	0,620-94,867
7.	Injeksi	2,768	3,795	0,051	15,922	0,963-257,859
8.	Akurasi	3,463	13,191	0,000	31,918	4,925-206,855
9.	Bersih tangan	0,864	1,074	0,300	2,373	0,463-12,161
10.	Status kawin	2,095	2,745	0,098	8,123	0,682-96,813

Setelah cara bayar dikeluarkan, maka terdapat perubahan nilai OR tiap variabel, dapat dilihat pada tabel 5.10

Tabel 5.10
Perubahan OR variabel nama obat, pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	Ada OR cara bayar	OR cara bayar tak ada	Perubahan OR (%)
1.	Nama obat	1,413	1,442	2,01
2.	Identifikasi	30,445	26,407	15,29

No	Variabel	Ada OR cara bayar	OR cara bayar tak ada	Perubahan OR (%)
3.	Komunikasi	5,520	5,862	5,83
4.	Kepastian	4,087	4,249	3,81
5.	Kendali	0,820	0,837	2,031
6.	Cegah slang	6,292	7,671	17,97
7.	Injeksi	20,666	15,922	29,795
8.	Akurasi	33,877	31,918	6,137
9.	Bersih tangan	2,343	2,373	1,26
10.	Status kawin	8,432	8,123	3,8
11.	Cara bayar	2,765		-

Tabel hasil perbandingan OR terlihat perubahan OR terbesar adalah 29,795% pada variabel injeksi. Untuk itu sub variabel cara bayar dimasukkan kembali ke dalam permodelan karena $> 10\%$. Hasilnya adalah seperti pada tabel 5.11

Tabel 5.11

Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel nama obat, pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Nama obat	0,346	0,228	0,633	1,413	0,341-5,846
2.	Identifikasi	3,416	10,872	0,001	30,445	3,997-231,926
3.	Komunikasi	1,708	5,292	0,021	5,520	1,288-23,663
4.	Kepastian	1,408	3,700	0,054	4,087	0,974-17,159
5.	Kendali	-0,199	0,066	0,798	0,820	0,179-3,755
6.	Cegah slang	1,839	2,254	0,133	6,292	0,570-69,457
7.	Injeksi	3,028	4,352	0,037	20,666	1,201-355,621
8.	Akurasi	3,523	12,788	0,000	33,877	4,913-233,575
9.	Bersih tangan	0,851	1,086	0,297	2,343	0,472-11,617
10.	Status kawin	-2,132	2,972	0,085	8,432	0,747-95,193
11.	Cara bayar	1,017	0,849	0,357	2,765	0,318-24,052

Langkah berikutnya adalah mengeluarkan status karena memiliki p Wald = 0,085 dan termasuk variabel perancu. Dengan langkah yang sama akhirnya diperoleh hasil seperti pada tabel 5.12

Tabel 5.12
 Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel nama obat, pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Nama obat	0,326	0,205	0,650	1,385	0,338-5,671
2.	Identifikasi	2,988	9,712	0,002	19,848	3,031-129,985
3.	Komunikasi	1,564	4,758	0,029	4,776	1,172-19,464
4.	Kepastian	1,368	3,612	0,057	3,926	0,958-16,084
5.	Kendali	-0,118	0,025	0,876	0,888	0,202-3,906
6.	Cegah slang	1,633	1,622	0,203	5,118	0,415-63,146
7.	Injeksi	2,621	3,366	0,067	13,756	0,836-226,331
8.	Akurasi	3,475	13,617	0,000	32,308	5,101-204,632
9.	Bersih tangan	1,244	2,578	0,108	3,470	0,760-15,846
10.	Cara bayar	0,886	0,630	0,427	2,427	0,272-21,659

Setelah status dikeluarkan, maka terdapat perubahan nilai OR tiap variabel, dapat dilihat pada tabel 5.13

Tabel 5.13
 Perubahan OR variabel nama obat, pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	OR status ada	OR status tak ada	Perubahan OR (%)
1.	Nama obat	1,442	1,385	4,11
2.	Identifikasi	26,407	19,848	33,046
3.	Komunikasi	5,862	4,776	22,738
4.	Kepastian	4,249	3,926	8,227
5.	Kendali	0,837	0,888	5,743
6.	Cegah slang	7,671	5,118	49,882
7.	Injeksi	15,922	13,756	15,74
8.	Akurasi	31,918	32,308	1,2
9.	Bersih tangan	2,373	3,470	31,61
10.	Status kawin	8,123	-	-
11.	Cara bayar	2,765	2,427	13,92

Tabel hasil perbandingan OR terlihat perubahan OR terbesar adalah 49,882% pada variabel cegah slang. Untuk itu sub variabel status dimasukkan kembali ke dalam permodelan karena $> 10\%$. Hasilnya adalah seperti pada tabel 5.14

Tabel 5.14
Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N= 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Nama obat	0,346	0,228	0,633	1,413	0,341-5,846
2.	Identifikasi	3,416	10,872	0,001	30,445	3,997-231,926
3.	Komunikasi	1,708	5,292	0,021	5,520	1,288-23,663
4.	Kepastian	1,408	3,700	0,054	4,087	0,974-17,159
5.	Kendali	-0,199	0,066	0,798	0,820	0,179-3,755
6.	Cegah slang	1,839	2,254	0,133	6,292	0,570-69,457
7.	Injeksi	3,028	4,352	0,037	20,666	1,201-355,621
8.	Akurasi	3,523	12,788	0,000	33,877	4,913-233,575
9.	Bersih tangan	0,851	1,086	0,297	2,343	0,472-11,617
10.	Status kawin	2,132	2,972	0,085	8,432	0,747-95,193
11.	Cara bayar	1,017	0,849	0,357	2,765	0,318-24,052

Langkah berikutnya setelah mengeluarkan variabel perancu satu-persatu adalah mengeluarkan variabel independen. Variabel independen yang pertama kali dikeluarkan adalah kendali karena memiliki p Wald = 0,798. Dengan langkah yang sama akhirnya diperoleh hasil seperti pada tabel 5.15

Tabel 5.15
Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel nama obat, pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Nama obat	0,342	0,225	0,635	1,408	0,342-5,790
2.	Identifikasi	3,372	11,003	0,001	29,142	3,973-213,737
3.	Komunikasi	1,700	5,188	0,023	5,476	1,268-23,653
4.	Kepastian	1,384	3,578	0,059	3,991	0,951-16,747
5.	Cegah slang	1,808	1,960	0,162	6,098	0,485-76,642
6.	Injeksi	2,990	4,205	0,040	19,891	1,141-346,686
7.	Akurasi	3,552	13,205	0,000	34,887	5,136-236,982
8.	Bersih tangan	0,837	1,044	0,307	2,311	0,464-11,516
9.	Cara bayar	1,006	0,841	0,359	2,735	0,319-23,465
10.	Status	2,121	2,924	0,087	8,338	0,733-94,790

Setelah kendali dikeluarkan, maka terdapat perubahan nilai OR tiap variabel, dapat dilihat pada tabel 5.16

Tabel 5.16
Perubahan OR variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N= 112)

No	Variabel	OR kendali ada	OR kendali tak ada	Perubahan OR (%)
1.	Nama obat	1,385	1,408	1,63
2.	Identifikasi	19,848	29,142	31,89
3.	Komunikasi	4,776	5,476	12,78
4.	Kepastian	3,926	3,991	1,628
5.	Kendali	0,888	-	-
6.	Cegah slang	5,118	6,098	16,07
7.	Injeksi	13,756	19,891	30,84
8.	Akurasi	32,308	34,887	7,39
9.	Bersih tangan	3,470	2,311	50,15
10.	Status kawin	8,432	8,338	11,26
11.	Cara bayar	2,427	2,735	1,127

Tabel hasil perbandingan OR terlihat perubahan OR terbesar adalah 50,15% pada variabel bersih tangan. Untuk itu sub variabel kendali dimasukkan kembali ke dalam permodelan karena $> 10\%$. Hasilnya adalah seperti pada tabel 5.17

Tabel 5.17
Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N= 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Nama obat	0,346	0,228	0,633	1,413	0,341-5,846
2.	Identifikasi	3,416	10,872	0,001	30,445	3,997-231,926
3.	Komunikasi	1,708	5,292	0,021	5,520	1,288-23,663
4.	Kepastian	1,408	3,700	0,054	4,087	0,974-17,159
5.	Kendali	-0,199	0,066	0,798	0,820	0,179-3,755
6.	Cegah slang	1,839	2,254	0,133	6,292	0,570-69,457
7.	Injeksi	3,028	4,352	0,037	20,666	1,201-355,621
8.	Akurasi	3,523	12,788	0,000	33,877	4,913-233,575
9.	Bersih tangan	0,851	1,086	0,297	2,343	0,472-11,617
10.	Status kawin	2,132	2,972	0,085	8,432	0,747-95,193
11.	Cara bayar	1,017	0,849	0,357	2,765	0,318-24,052

Langkah berikutnya adalah mengeluarkan nama obat karena memiliki *p Wald* = 0,633. Hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.18

Tabel 5.18
Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Identifikasi	3,524	12,019	0,001	33,934	4,627-248,869
2.	Komunikasi	1,621	5,074	0,024	5,058	1,234-20,728
3.	Kepastian	1,410	3,634	0,057	4,095	0,961-17,448
4.	Cegah slang	1,759	1,925	0,165	5,809	0,484-69,753

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
5.	Injeksi	3,149	4,689	0,030	23,324	1,348-403,446
6.	Akurasi	3,494	12,702	0,000	34,918	4,819-224,870
7.	Bersih tangan	0,894	1,207	0,272	2,445	0,496-12,048
8.	Cara bayar	1,031	0,871	0,351	2,803	0,322-24,430
9.	Status	2,110	2,927	0,087	8,247	0,736-92,446
10.	Kendali	-0,189	0,059	0,808	0,828	0,180-3,805

Setelah nama obat dikeluarkan, maka terdapat perubahan nilai OR tiap variabel, dapat dilihat pada tabel 5.19

Tabel 5.19

Perubahan OR variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	OR nama obat ada	OR nama obat tak ada	Perubahan OR (%)
1.	Nama obat	1,408	-	-
2.	Identifikasi	29,142	33,934	4,12
3.	Komunikasi	5,476	5,058	8,26
4.	Kepastian	3,991	4,095	2,53
5.	Kendali	0,820	0,828	0,966
6.	Cegah slang	6,098	5,809	4,975
7.	Injeksi	19,891	23,324	4,71
8.	Akurasi	34,887	32,918	5,98
9.	Bersih tangan	2,311	2,445	5,48
10.	Status kawin	8,338	8,247	1,1
11.	Cara bayar	2,735	2,803	2,425

Tabel hasil perbandingan OR terlihat perubahan OR terbesar adalah 8,26% pada variabel komunikasi. Untuk itu sub variabel nama obat dikeluarkan dari permodelan karena $< 10\%$. Langkah berikutnya adalah mengeluarkan bersih tangan karena memiliki p Wald = 0,298. Hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.20

Tabel 5.20
 Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel
 pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang,
 injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien
 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Identifikasi	3,572	11,787	0,001	35,573	4,630-273,281
2.	Komunikasi	1,832	6,171	0,013	6,244	1,472-26,494
3.	Kepastian	1,398	3,577	0,059	4,047	0,950-17,235
4.	Kendali	-0,125	0,026	0,872	0,883	0,194-4,021
5.	Cegah slang	2,061	2,657	0,103	7,854	0,659-93,607
6.	Injeksi	3,047	4,390	0,036	21,051	1,217-364,053
7.	Akurasi	3,671	13,721	0,000	39,297	5,633-274,149
8.	Cara bayar	1,038	0,839	0,360	2,822	0,306-25,991
9.	Status kawin	2,426	4,347	0,037	11,312	1,156-110,654

Setelah bersih tangan dikeluarkan, maka terdapat perubahan nilai OR tiap variabel, dapat dilihat pada tabel 5.21

Tabel 5.21
 Perubahan OR variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian
 tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status
 dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	OR bersih tangan ada	OR bersih tangan tak ada	Perubahan OR (%)
1.	Identifikasi	33,934	35,573	4,6
2.	Komunikasi	5,058	6,244	18,99
3.	Kepastian	4,095	4,047	1,186
4.	Kendali	0,828	0,883	6,228
5.	Cegah slang	5,809	7,854	26,03
6.	Injeksi	23,324	21,051	10,797
7.	Akurasi	32,918	39,297	16,23
8.	Bersih tangan	2,445	-	-
9.	Status kawin	8,247	11,312	27,09
10.	Cara bayar	2,803	2,822	0,67

Tabel hasil perbandingan OR terlihat perubahan OR terbesar adalah 27,09% pada variabel status kawin. Untuk itu sub variabel bersih tangan dimasukkan kembali ke dalam permodelan karena $> 10\%$. Hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.22

Tabel 5.22
Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N= 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Identifikasi	3,524	12,019	0,001	33,934	4,627-248,869
2.	Komunikasi	1,621	5,074	0,024	5,058	1,234-20,728
3.	Kepastian	1,410	3,634	0,057	4,095	0,961-17,448
4.	Cegah slang	1,759	1,925	0,165	5,809	0,484-69,753
5.	Injeksi	3,149	4,689	0,030	23,324	1,348-403,446
6.	Akurasi	3,494	12,702	0,000	34,918	4,819-224,870
7.	Bersih tangan	0,894	1,207	0,272	2,445	0,496-12,048
8.	Cara bayar	1,031	0,871	0,351	2,803	0,322-24,430
9.	Status	2,110	2,927	0,087	8,247	0,736-92,446
10.	Kendali	-0,189	0,059	0,808	0,828	0,180-3,805

Langkah berikutnya adalah mengeluarkan cegah slang karena memiliki p $Wald = 0,153$. Hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.23

Tabel 5.23
Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Identifikasi	3,693	12,100	0,001	40,178	5,014-321,927
2.	Komunikasi	1,358	4,066	0,044	3,889	1,039-14,559
3.	Kepastian	1,145	2,770	0,096	3,142	0,816-12,097
4.	Injeksi	3,272	5,410	0,020	26,354	1,673-415,084
5.	Akurasi	3,484	12,340	0,000	34,596	4,666-227,727
6.	Bersih tangan	1,043	1,749	0,186	2,839	0,605-13,321

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
7.	Cara bayar	1,268	1,333	0,248	3,553	0,413-30,582
8.	Status	1,906	2,510	0,113	6,726	0,637-71,085
9.	Kendali	0,028	0,001	0,971	1,028	0,237-4,459

Setelah cegah slang dikeluarkan, maka terdapat perubahan nilai OR tiap variabel, dapat dilihat pada tabel 5.24

Tabel 5.24

Perubahan OR variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	OR cegah slang ada	OR cegah slang tak ada	Perubahan OR (%)
1.	Identifikasi	35,573	40,178	11,46
2.	Komunikasi	6,244	3,889	60,555
3.	Kepastian	4,047	3,142	28,80
4.	Kendali	0,883	1,028	14,1
5.	Cegah slang	7,854	-	-
6.	Injeksi	21,051	26,354	20,122
7.	Akurasi	39,297	32,596	20,557
8.	Bersih tangan	2,445	2,839	20,60
9.	Status kawin	11,312	6,726	68,183
10.	Cara bayar	2,822	3,55	20,57

Dengan hasil perbandingan OR terlihat perubahan OR terbesar adalah 68,183% pada variabel status kawin. Untuk itu sub variabel cegah slang dimasukkan kembali ke dalam permodelan karena > 10%. Hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.25

Tabel 5.25
 Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel
 pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang,
 injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien
 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Identifikasi	3,524	12,019	0,001	33,934	4,627-248,869
2.	Komunikasi	1,621	5,074	0,024	5,058	1,234-20,728
3.	Kepastian	1,410	3,634	0,057	4,095	0,961-17,448
4.	Cegah slang	1,759	1,925	0,165	5,809	0,484-69,753
5.	Injeksi	3,149	4,689	0,030	23,324	1,348-403,446
6.	Akurasi	3,494	12,702	0,000	34,918	4,819-224,870
7.	Bersih tangan	0,894	1,207	0,272	2,445	0,496-12,048
8.	Cara bayar	1,031	0,871	0,351	2,803	0,322-24,430
9.	Status	2,110	2,927	0,087	8,247	0,736-92,446
10.	Kendali	-0,189	0,059	0,808	0,828	0,180-3,805

Langkah berikutnya adalah mengeluarkan kepastian karena memiliki *p Wald*
 = 0,056. Hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.26

Tabel 5.26
 Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel
 pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang,
 injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien
 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan April tahun 2009
 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Identifikasi	3,433	10,697	0,001	30,970	3,958-242,339
2.	Komunikasi	1,632	5,453	0,020	5,115	1,300-20,130
3.	Cegah slang	1,293	1,064	0,302	3,645	0,312-42,552
4.	Injeksi	2,382	2,886	0,089	10,829	0,693-169,154
5.	Akurasi	3,311	12,285	0,000	27,409	4,304-174,558
6.	Bersih tangan	0,800	1,006	0,316	2,225	0,466-10,619
7.	Cara bayar	1,229	1,218	0,270	3,417	0,385-30,302
8.	Status	1,994	2,926	0,087	7,343	0,748-72,115
9.	Kendali	0,068	0,008	0,930	1,071	0,232-4,940

Setelah kepastian dikeluarkan, maka terdapat perubahan nilai OR tiap variabel, dapat dilihat pada tabel 5.27

Tabel 5.27

Perubahan OR variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	OR kepastian ada	OR kepastian tak ada	Perubahan OR (%)
1.	Identifikasi	40,178	30,970	29,73
2.	Komunikasi	3,889	5,115	23,968
3.	Kepastian	4,142	-	-
4.	Cegah slang	7,854	3,645	62,05
5.	Injeksi	26,354	10,829	42,09
6.	Akurasi	32,596	27,409	18,924
7.	Bersih tangan	2,839	2,225	27,595
8.	Cara bayar	3,553	3,417	2,39
9.	Status	6,726	7,343	8,4
10.	Kendali	1,028	1,071	4,01

Tabel hasil perbandingan OR terlihat perubahan OR terbesar adalah 62,05% pada variabel cegah slang. Untuk itu sub variabel kepastian dimasukkan kembali ke dalam permodelan karena $> 10\%$. Dengan langkah yang sama, hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.28

Tabel 5.28

Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Identifikasi	3,524	12,019	0,001	33,934	4,627-248,869
2.	Komunikasi	1,621	5,074	0,024	5,058	1,234-20,728
3.	Kepastian	1,410	3,634	0,057	4,095	0,961-17,448
4.	Cegah slang	1,759	1,925	0,165	5,809	0,484-69,753
5.	Injeksi	3,149	4,689	0,030	23,324	1,348-403,446

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
6.	Akurasi	3,494	12,702	0,000	34,918	4,819-224,870
7.	Bersih tangan	0,894	1,207	0,272	2,445	0,496-12,048
8.	Cara bayar	1,031	0,871	0,351	2,803	0,322-24,430
9.	Status	2,110	2,927	0,087	8,247	0,736-92,446
10.	Kendali	-0,189	0,059	0,808	0,828	0,180-3,805

Langkah berikutnya adalah mengeluarkan injeksi karena memiliki p Wald = 0,144. Dengan langkah yang sama hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.29

Tabel 5.29
Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Identifikasi	2,555	10,726	0,001	12,875	2,790-59,413
2.	Komunikasi	1,825	6,773	0,009	6,205	1,569-24,534
3.	Kepastian	1,099	2,533	0,111	3,002	0,775-11,627
4.	Cegah slang	2,324	3,589	0,058	10,218	0,923-113,148
5.	Akurasi	2,954	13,700	0,000	19,191	4,015-91,735
6.	Bersih tangan	0,880	1,260	0,262	2,411	0,518-11,216
7.	Kendali	-0,002	0,000	0,998	0,998	0,213-4,667
8.	Cara bayar	0,585	0,363	0,547	1,794	0,268-12,023
9.	Status	1,667	2,239	0,135	5,295	0,597-46,986

Setelah injeksi dikeluarkan, maka terdapat perubahan nilai OR tiap variabel, dapat dilihat pada tabel 5.30

Tabel 5.30
Perubahan OR variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	OR injeksi ada	OR injeksi tak ada	Perubahan OR (%)
1.	Identifikasi	30,930	12,875	140,54
2.	Komunikasi	5,115	6,205	17,56
3.	Kepastian	3,142	3,002	12,05
4.	Cegah slang	3,645	10,218	64,327

No	Variabel	OR injeksi ada	OR injeksi tak ada	Perubahan OR (%)
5.	Akurasi	27,409	19,191	42,82
6.	Bersih tangan	2,225	2,411	7,71
7.	Kendali	1,071	0,998	7,314
8.	Cara bayar	3,417	1,794	90,46
9.	Status	7,343	5,295	38,677
10.	Injeksi	10,829	-	-

Tabel hasil perbandingan OR terlihat perubahan OR terbesar adalah 140,54% pada variabel identifikasi. Untuk itu sub variabel injeksi dimasukkan kembali ke dalam permodelan karena $> 10\%$. Hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.31

Tabel 5.31
Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Identifikasi	3,524	12,019	0,001	33,934	4,627-248,869
2.	Komunikasi	1,621	5,074	0,024	5,058	1,234-20,728
3.	Kepastian	1,410	3,634	0,057	4,095	0,961-17,448
4.	Cegah slang	1,759	1,925	0,165	5,809	0,484-69,753
5.	Injeksi	3,149	4,689	0,030	23,324	1,348-403,446
6.	Akurasi	3,494	12,702	0,000	34,918	4,819-224,870
7.	Bersih tangan	0,894	1,207	0,272	2,445	0,496-12,048
8.	Cara bayar	1,031	0,871	0,351	2,803	0,322-24,430
9.	Status	2,110	2,927	0,087	8,247	0,736-92,446
10.	Kendali	-0,189	0,059	0,808	0,828	0,180-3,805

Langkah berikutnya adalah mengeluarkan komunikasi karena memiliki p Wald = 0,023. Dengan langkah yang sama, hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.32

Tabel 5.32
 Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel
 pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang,
 injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien
 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Identifikasi	3,762	12,965	0,000	43,049	5,553-333,711
2.	Kendali	-0,113	0,024	0,878	0,893	0,212-3,772
3.	Kepastian	1,332	3,720	0,054	3,789	0,979-14,672
4.	Cegah slang	0,886	0,597	0,440	2,426	0,256-22,956
5.	Injeksi	3,334	5,776	0,016	28,057	1,850-425,538
6.	Akurasi	3,557	13,969	0,000	35,058	5,429-226,402
7.	Bersih tangan	1,160	2,261	0,133	3,189	0,703-14,454
8.	Cara bayar	1,266	1,317	0,251	3,546	0,408-30,791
9.	Status	1,742	2,392	0,122	5,706	0,628-51,862

Setelah komunikasi dikeluarkan, maka terdapat perubahan nilai OR tiap variabel, dapat dilihat pada tabel 5.33

Tabel 5.33
 Perubahan OR variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian
 tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status
 dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N= 112)

No	Variabel	OR komunikasi ada	OR komunikasi tak ada	Perubahan OR (%)
1.	Identifikasi	12,875	43,049	70,09
2.	Kendali	0,998	0,893	11,758
3.	Kepastian	3,002	3,789	20,77
4.	Cegah slang	10,218	2,426	32,118
5.	Injeksi	10,829	28,057	29,7
6.	Akurasi	19,191	35,058	82,679
7.	Bersih tangan	2,411	3,189	20
8.	Cara bayar	1,794	3,546	49,4
9.	Status	5,295	5,706	7,2
10.	Komunikasi	6,205	-	-

Tabel hasil perbandingan OR terlihat perubahan OR terbesar adalah 82,679% pada variabel akurasi. Untuk itu sub variabel komunikasi dimasukkan kembali ke dalam permodelan karena $> 10\%$. Hasilnya adalah pada tabel 5.34

Tabel 5.34

Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Identifikasi	3,524	12,019	0,001	33,934	4,627-248,869
2.	Komunikasi	1,621	5,074	0,024	5,058	1,234-20,728
3.	Kepastian	1,410	3,634	0,057	4,095	0,961-17,448
4.	Cegah slang	1,759	1,925	0,165	5,809	0,484-69,753
5.	Injeksi	3,149	4,689	0,030	23,324	1,348-403,446
6.	Akurasi	3,494	12,702	0,000	34,918	4,819-224,870
7.	Bersih tangan	0,894	1,207	0,272	2,445	0,496-12,048
8.	Cara bayar	1,031	0,871	0,351	2,803	0,322-24,430
9.	Status	2,110	2,927	0,087	8,247	0,736-92,446
10.	Kendali	-0,189	0,059	0,808	0,828	-0,180-3,805

Langkah berikutnya adalah mengeluarkan identifikasi karena memiliki *p Wald* = 0,001. Dengan langkah yang sama, hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.35

Tabel 5.35

Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Komunikasi	-2,013	9,803	0,002	7,484	2,123-26,386
2.	Kepastian	1,278	3,734	0,053	3,590	0,982-13,126
3.	Cegah slang	2,597	5,391	0,020	13,422	1,499-120,196
4.	Injeksi	0,701	0,328	0,567	2,017	0,183-22,275
5.	Akurasi	2,689	14,149	0,000	14,716	3,625-59,737
6.	Bersih tangan	1,271	2,837	0,092	3,563	0,812-15,629
7.	Cara bayar	0,438	0,252	0,616	1,549	0,280-8,570
8.	Status	0,860	0,751	0,386	2,363	0,338-16,511
9.	Kendali	0,299	0,185	0,667	1,349	0,345-5,277

Setelah identifikasi dikeluarkan, maka terdapat perubahan nilai OR tiap variabel, dapat dilihat pada tabel 5.36

Tabel 5.36

Perubahan OR variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	OR identifikasi		Perubahan OR (%)
		ada	tidak ada	
1.	Komunikasi	6,205	7,484	62,5
2.	Kepastian	3,789	3,590	5,543
3.	Cegah slang	2,426	13,422	81,925
4.	Injeksi	28,057	2,017	129,1
5.	Akurasi	35,058	14,716	138,23
6.	Bersih tangan	3,189	3,563	10,4
7.	Cara bayar	3,546	1,549	128,92
8.	Status	5,706	2,363	140,2
9.	Kendali	0,893	1,349	33,8
10.	Identifikasi	43,049	-	-

Tabel hasil perbandingan OR terlihat perubahan OR terbesar adalah 140,2% pada variabel status. Untuk itu sub variabel identifikasi dimasukkan kembali ke dalam permodelan karena $> 10\%$. Dengan langkah yang sama, diperoleh hasil pada tabel 5.37

Tabel 5.37

Analisis permodelan multivariat regresi logistik ganda variabel pengidentifikasian pasien, komunikasi, kepastian tindakan, cegah slang, injeksi, akurasi, bersih tangan, cara bayar, dan status dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya April 2009 (N = 112)

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
1.	Identifikasi	3,524	12,019	0,001	33,934	4,627-248,869
2.	Komunikasi	1,621	5,074	0,024	5,058	1,234-20,728
3.	Kepastian	1,410	3,634	0,057	4,095	0,961-17,448
4.	Cegah slang	1,759	1,925	0,165	5,809	0,484-69,753
5.	Injeksi	3,149	4,689	0,030	23,324	1,348-403,446

No	Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
6.	Akurasi	3,494	12,702	0,000	34,918	4,819-224,870
7.	Bersih tangan	0,894	1,207	0,272	2,445	0,496-12,048
8.	Cara bayar	1,031	0,871	0,351	2,803	0,322-24,430
9.	Status	2,110	2,927	0,087	8,247	0,736-92,446
10.	Kendali	-0,189	0,059	0,808	0,828	0,180-3,805

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.37 dapat disimpulkan bahwa dari keseluruhan variabel independent yang diduga berhubungan dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya hanya terdapat empat (4) sub variabel yang berhubungan secara signifikan yaitu identifikasi pasien, komunikasi, injeksi dan akurasi obat dengan *p-Wald* sebesar 0,001, 0,024, 0,030 dan 0,000. Hasil analisis pada tabel 5.37 diatas menunjukkan bahwa yang paling berhubungan dengan kepuasan pasien adalah akurasi obat karena mempunyai OR terbesar yaitu: 34,91 yang artinya akurasi obat yang dilaksanakan dengan baik mempunyai peluang 34,91 kali menghasilkan kepuasan pasien yang baik setelah dikontrol oleh komunikasi, kepastian tindakan, pengendalian cairan, identifikasi, pencegahan salah slang, injeksi, kebersihan, status perkawinan, dan cara bayar.

BAB VI

PEMBAHASAN

Penelitian ini dirancang untuk memberikan gambaran, interpretasi, dan mengungkap persepsi pasien terhadap tindakan keselamatan pasien yang diterapkan oleh perawat pelaksana, makna pengalaman pasien terhadap pelayanan keperawatan, harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan serta kenyataan yang dialaminya. Selain mendiskusikan tentang interpretasi dari hasil penelitian, juga dibahas keterbatasan penelitian dan implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan tinjauan pustaka dan hasil-hasil penelitian yang relevan. Keterbatasan penelitian dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Sedangkan implikasi penelitian diuraikan pengembangan lebih lanjut bagi pelayanan keperawatan, pendidikan dan penelitian. Berikut ini akan dibahas satu persatu.

a. Interpretasi Hasil Penelitian

Secara umum hasil penelitian tentang kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya menunjukkan hasil 74.1% pasien merasa puas dengan penerapan tindakan keselamatan pasien. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Setiawati (2005) yang menyebutkan tingkat kepuasan di RS Husin Palembang sebesar 69% merasa puas terhadap perilaku *caring* perawat.

Jamaludin (2005) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa 65,6% pasien puas dengan kinerja perawat. Penelitian yang dilakukan oleh Anjaswarni (2000) di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang menyebutkan tingkat kepuasan terhadap perilaku *caring* perawat sebesar 82,25%. Perbedaan ini bisa disebabkan oleh karena populasi atau sampel penelitian dimana jumlah sampel pada penelitian ini adalah 112 responden dan jumlah sampel pada penelitian di RS Husin Palembang adalah 84 responden, selain itu sarana dan prasarana RS juga berbeda, seperti di RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang merupakan pusat rujukan Indonesia Timur dan mempunyai sarana kesehatan yang lebih lengkap dari RSUD Dr. Saiful Anwar yang merupakan RS Daerah.

Penulis berasumsi, bahwa pada dasarnya kepuasan pasien sebagai konsumen jasa tidak dapat dipelajari seperti halnya kepuasan pada benda, hal ini dikarenakan sumber dan obyek yang berbeda-beda untuk setiap individu. Berry, 1980, dalam Tjiptono (2005) menyebutkan bahwa barang merupakan suatu obyek, alat, material, atau benda, sedangkan jasa adalah merupakan perbuatan, tindakan, pengalaman, proses dan kinerja. Seorang konsumen jasa tidak dapat menilai hasil dari sebuah jasa sebelum ia mengalami atau mengkonsumsinya sendiri sehingga timbullah yang dinamakan kepuasan. Rangkuti (2003) mengatakan bahwa salah satu cara agar penjualan jasa suatu perusahaan (dalam hal ini Rumah Sakit) lebih unggul dibandingkan para pesaingnya adalah dengan memberikan pelayanan yang berkualitas dan bermutu yang memenuhi tingkat kepentingan konsumen.

Tingkat kepentingan konsumen terhadap jasa yang akan mereka terima dapat dibentuk berdasarkan pengalaman dan saran yang mereka peroleh. Konsumen memilih pemberi jasa berdasarkan peringkat kepentingan. Konsumen setelah menikmati jasa tersebut mereka cenderung akan membandingkannya dengan yang mereka harapkan. Bila jasa yang mereka nikmati ternyata berada jauh di bawah jasa yang mereka harapkan, para konsumen akan kehilangan minat terhadap pemberi jasa tersebut. Sebaliknya, jika jasa yang mereka nikmati memenuhi atau melebihi tingkat kepentingan, mereka akan cenderung memakai produk jasa tersebut kembali.

Lebih lanjut, Johns, 1999 dalam Tjiptono (2005) menegaskan bahwa terdapat perbedaan signifikan antara perspektif penyedia jasa dan perspektif pelanggan terhadap konsep *service*. Berdasarkan perspektif penyedia jasa, proses jasa mencakup elemen penyampaian inti dan kinerja interpersonal. Elemen ini berbeda antar industri dan proses jasa serta harus dikelola dengan cara yang berlainan pula. Sementara berdasarkan perspektif pelanggan, jasa lebih dilihat sebagai pengalaman berupa transaksi inti dan pengalaman personal yang proporsinya berbeda-beda antar output jasa dengan interaksi jasa (disebut *moment of truth*) serta berkontribusi secara berbeda terhadap pengalaman masing-masing individu pelanggan. Dengan kata lain, penyedia jasa memandang jasa dari kaca mata proses yang terkait dengan operasi jasa sedangkan pelanggan lebih mempersepsikan jasa sebagai fenomena atau bagian dari pengalaman hidup.

Kotler (2000) mendefinisikan jasa sebagai setiap tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain yang pada dasarnya bersifat *intangible* (tidak berwujud fisik) dan tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu. Gronroos, 2000, dalam Tjiptono (2005) mengemukakan bahwa interaksi antara penyedia jasa dan pelanggan kerap kali terjadi dalam jasa, sekalipun pihak-pihak yang terlibat mungkin tidak menyadarinya.

Azwar (1996) mengatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula kualitas pelayanan kesehatan. Dalam menyelenggarakan upaya menjaga kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit profesi keperawatan berperan penting. Berdasarkan standar tentang evaluasi dan pengendalian kualitas dijelaskan bahwa pelayanan keperawatan menjamin adanya asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi dengan terus menerus melibatkan diri dalam program pengendalian kualitas di rumah sakit. Mutu pelayanan keperawatan sangat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan, bahkan menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan (rumah sakit) di mata masyarakat. Hal ini terjadi karena keperawatan merupakan kelompok profesi dengan jumlah terbanyak, paling depan dan terdekat dengan penderitaan orang lain, kesakitan, kesengsaraan yang dialami masyarakat.

1. Hubungan perhatian pada nama obat dengan kepuasan pasien

Berdasarkan hasil analisis multivariat yang diperoleh menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara perhatian pada nama obat dengan kepuasan pasien $p = 0,633$ ($\alpha = 0,05$). Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Filik & Garret (Spring, 2006) tentang evaluasi metode pelabelan untuk menghindari terjadinya kesalahan pada nama obat yang membingungkan didapatkan data bahwa dengan pemberian label dan warna pada obat akan dapat mengurangi terjadinya kesalahan dalam pemberian obat, hal yang sama dikemukakan oleh Benjamin (2007) yang mengatakan bahwa perawat hendaknya memberikan penjelasan kepada pasien tentang nama dan efek samping obat serta diberitahu apa tanda-tanda dan gejala yang harus segera dilaporkan ke dokter jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan mutu layanan rumah sakit. Banyaknya puluhan ribu obat yang tersebar di pasaran dengan jenis dan wadah yang seringkali mempunyai kemiripan antara satu dengan yang lain membuat pasien menjadi bingung dan khawatir akan terjadi kesalahan dalam meminum obat. Dengan perhatian perawat akan nama dan jenis obat yang ditunjukkan dengan menjelaskan tentang jenis dan nama obat serta manfaat obat tersebut kepada pasien sebelum diberikan akan menambah rasa aman dan nyaman pasien yang berdampak pada peningkatan kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Umumnya pasien kurang memperhatikan nama atau rupa obat yang diterimanya. Mereka lebih memperhatikan apakah obat mereka sudah dimasukkan atau diberikan atau belum kepada mereka. Hal ini terjadi utamanya pada pemberian obat parenteral yang seringkali diberikan pada pasien di ruangan, hal ini yang dapat melatarbelakangi bahwa kepuasan pasien tidak dipengaruhi oleh perhatian pada nama obat yang diberikan.

Priharjo (1993) mengatakan bahwa setiap obat dengan nama dagang yang asing harus diperiksa nama generiknya, dan jika masih ragu hubungi apotekernya. Sebelum memberikan obat, label pada botolnya harus diperiksa tiga kali; pertama, saat membaca permintaan obatnya dan botolnya diambil dari rak; kedua, label botol dibandingkan dengan obat yang diminta; dan ketiga, saat dikembalikan ke rak. Jika labelnya tidak terbaca, isinya tidak boleh dipakai dan harus dikembalikan ke bagian farmasi. Bila isinya tidak uniform, sekali lagi harus dikembalikan ke farmasi. Jika pasien meragukan obatnya, harus diperiksa lagi. Saat memberi obat, perawat harus ingat untuk apa obat itu diberikan. Ini membantu mengingat nama obat dan kerjanya. Ketika memberikan obat, perawat membandingkan label pada wadah obat dengan format atau tiket obat. Apabila klien mempertanyakan obat, perawat tidak boleh mengabaikan hal tersebut. Klien yang sadar akan mengetahui apakah obat yang diberikan berbeda dari yang diberikan sebelumnya, pertanyaan klien bisa mencegah terjadinya suatu kesalahan pada saat pemberian medikasi.

Suhartati (2007) menyebutkan bahwa salah satu cara yang dapat dilakukan oleh departemen farmasi rumah sakit untuk mencegah terjadinya kesalahan medikasi adalah dengan digunakannya *Barcode*. Penggunaan *barcode* pada obat-obatan dan peralatan medis merupakan langkah yang sangat penting untuk meningkatkan keselamatan pasien dan juga memungkinkan untuk menelusuri produk obat-obatan tersebut mulai dari sebelum, selama dan sesudah proses pengobatan.

Pada tahun 2000 The Institute of Medicine (IOM) melaporkan banyak terjadi kesalahan obat yang terjadi diseluruh dunia. Teknologi identifikasi otomatis menggunakan *barcode* merupakan salah satu alat yang diakui guna mengurangi kesalahan-kesalahan seperti itu. Selain itu *Barcode* juga ditujukan untuk meningkatkan efisiensi dan ketepatan data entry ke dalam sistem secara otomatis. Pengambilan data melalui scanner *barcode* yang dihubungkan dengan data base komputer, memungkinkan petugas yang bertanggung jawab memastikan apakah obat sudah sesuai untuk digunakan pasien yang bersangkutan pada waktu dan dosis yang tepat serta untuk mengetahui kadaluarsa obat. *Barcode* berpotensi tidak hanya menekan biaya tapi juga untuk meningkatkan keselamatan pasien. Manfaat lain dengan penggunaan *barcode* pada obat-obatan adalah mencegah praktek pemalsuan obat yang saat ini menjadi issue yang sangat mengkhawatirkan di masyarakat, bahkan di Amerika jumlah kasus pemalsuan obat yang diselidiki oleh FDA meningkat secara signifikan di tahun lalu. Semua ini timbul dikarenakan semakin

banyaknya open market dan munculnya perdagangan obat lewat internet memungkinkan produk palsu dapat masuk secara bebas.

Suhartati (2007) mengatakan bahwa penggunaan *barcode* pada obat-obatan dan peralatan medis akan menjadi langkah penting untuk meningkatkan keselamatan pasien. Lebih lanjut, *barcode* memungkinkan untuk tracking produk obat-obatan sebelum, selama dan sesudah proses pengobatan. Data dapat juga diambil di dalam catatan pasien secara elektronik dengan sedikit input secara manual, memungkinkan menelusuri obat-obatan yang akan ditarik kembali dan juga penghitungan biaya perawatan pasien menjadi lebih mudah.

2. Hubungan pengidentifikasian pasien dengan kepuasan pasien

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengidentifikasian pasien dengan kepuasan pasien diperoleh $p = 0,001$ ($\alpha = 0,05$) yang menunjukkan ada hubungan antara pengidentifikasian pasien dengan kepuasan pasien. Penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Jamaludin (2005) yang menyatakan tidak ada hubungan antara kinerja perawat pada aspek pengkajian dengan kepuasan pasien didapatkan hasil $p=0,52$.

Penulis berasumsi, pengidentifikasian pasien yang benar adalah salah satu kunci keberhasilan program keselamatan pasien di rumah sakit, sehingga

kejadian cedera/yang tidak diharapkan dapat dihindari. Identifikasi pasien dimulai sejak saat pasien datang diruangan. Dengan identifikasi secara benar dan tepat, perawat akan dapat memahami kebutuhan dan keinginan pasien. Suzanne (2003) menyebutkan bahwa identifikasi pasien adalah hal yang sangat mendasar yang harus dilakukan oleh seorang perawat. Salah satu dari enam tujuan program keselamatan pasien adalah mengidentifikasi pasien dengan benar sehingga kejadian kesalahan medis atau kejadian yang tidak diharapkan tidak mengenai diri pasien. Hal ini ditunjukkan oleh kejadian cedera yang terjadi akibat dari kesalahan petugas dalam mengidentifikasi pasien di RS Sentinel Event USA pada tahun 2003 sebanyak 13 % dari cedera dialami oleh pasien akibat kesalahan operasi di sisi tubuh yang salah.

Tindakan identifikasi pasien terdiri dari memeriksa kembali identitas pasien, mencocokkan nama pasien dengan nama di dalam rekam medis dan mencocokkan nama pasien yang tertera dalam etiket/label obat dengan identitas pasien. Klien sering mempunyai nama akhir yang serupa, dan ini menyulitkan untuk mengingat setiap nama dan wajah, khususnya bila perawat bebas tugas sebelumnya selama beberapa hari. Untuk mengidentifikasi klien dengan tepat, perawat memeriksa kartu, format atau laporan pemberian obat yang dicocokkan dengan gelang identifikasi klien dan meminta klien menyebutkan namanya. Penyerahan bayi pada orang tuanya harus selalu diidentifikasi dari gelang identitasnya.

Tindakan identifikasi pasien merupakan suatu kesempatan awal bagi petugas saat bertemu dan memahami lebih dalam tentang kondisi pasien yang dirawatnya. Pada saat pertemuan pertama perawat dengan pasien biasanya dijadikan opini awal dan akan menyimpulkan selanjutnya terhadap kinerja yang dinilai oleh penerima layanan, yaitu pasien. Apabila perawat menampilkan kesan yang baik, pasien akan merasakan kesan yang mendalam yang berpengaruh pada kepuasannya.

Memahami kebutuhan dan keinginan konsumen dalam hal ini pasien adalah hal penting yang mempengaruhi kepuasan pasien. Pasien yang puas merupakan aset yang sangat berharga karena apabila pasien puas mereka akan terus melakukan pemakaian terhadap jasa pilihannya, tetapi jika pasien merasa tidak puas mereka akan memberitahukan dua kali lebih hebat kepada orang lain tentang pengalaman buruknya. Untuk menciptakan kepuasan pasien suatu perusahaan atau rumah sakit harus menciptakan dan mengelola suatu sistem untuk memperoleh pasien yang lebih banyak dan kemampuan untuk mempertahankan pasiennya. Namun upaya untuk perbaikan atau kesempurnaan kepuasan dapat dilakukan dengan berbagai strategi oleh perusahaan untuk dapat merebut pelanggan. Junaidi (2002) berpendapat bahwa kepuasan konsumen atas suatu produk dengan kinerja yang dirasakan konsumen atas produk tersebut. Jika kinerja produk lebih tinggi dari harapan konsumen maka konsumen akan mengalami kepuasan.

3. Hubungan komunikasi saat operan pasien dengan kepuasan pasien

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengidentifikasian pasien kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Setelah dilakukan analisis secara multivariat diperoleh $p = 0,024$ ($\alpha = 0,05$) yang menunjukkan ada hubungan antara komunikasi saat operan pasien dengan kepuasan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohyadi (2004) yang menunjukkan hasil yang bermakna $p = 0,000$ antara kepuasan pasien dengan pelaksanaan fungsi komunikasi oleh perawat di RS Cibabat.

Penulis berasumsi, banyak kesalahan terjadi sebagai akibat dari miskinnya komunikasi lisan atau tertulis. Meningkatkan kemampuan komunikasi dan interaksi antar anggota yang lebih baik dari tim kesehatan dan pasien adalah sangat penting guna mencegah terjadinya kesalahan. Perawat sebagai penjalın kontak pertama dan terlama dengan pasien, dituntut melaksanakan asuhan keperawatan yang bermutu. Salah satunya dengan pelaksanaan timbang terima atau *handover*. Elisabeth (2006) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa pelaksanaan *handover* berdasarkan SOP (Standard Operational Procedural) oleh perawat di RSUD Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto diperoleh nilai pencapaian pelaksanaan *handover* dari semua tim sebesar 59,12 % yang berarti semua tim tidak sesuai standar dalam melaksanakan *handover*, salah satu penyebabnya adalah kurangnya motivasi perawat dalam melaksanakan

operan sesuai prosedur yang mungkin dikarenakan BOR yang tinggi serta kurangnya ketrampilan komunikasi secara terapeutik perawat.

Penulis berasumsi bahwa sikap perawat yang dirasakan oleh pasien pada saat komunikasi perawat dengan petugas penggantinya dihadapan pasien adalah sangat penting. Perawat sebaiknya melibatkan pasien dan keluarga pada saat operan dengan menanyakan tentang apa yang dirasakan oleh pasien sehingga perawat mengerti kebutuhan pasien lebih jauh dan memberi kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya mengenai asuhan keperawatannya. Pada kenyataannya, hal ini seringkali dilupakan oleh perawat dikarenakan berbagai sebab, seperti pencapaian atau pekerjaan yang menumpuk dan harus segera diselesaikan serta jumlah tenaga keperawatan yang tidak sebanding dengan jumlah perawat yang ada. Komunikasi merupakan proses kompleks yang melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya (Potter, 1993).

Potter (1993) mengatakan bahwa komponen kritis dari praktek keperawatan adalah kemampuan berkomunikasi secara efektif dimana komunikasi yang efektif dapat membantu meningkatkan kepercayaan hubungan diantara perawat dan pasien, mencegah masalah keperawatan dan meningkatkan profesionalisme perawat dan kepuasan pasien.

Penulis berpendapat bahwa perawat yang memiliki ketrampilan berkomunikasi secara terapeutik akan mudah menjalin hubungan rasa percaya dengan pasien, mencegah terjadinya masalah etik dan legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan meningkatkan citra profesi keperawatan serta citra rumah sakit.

Rangkuti (2003) mengatakan bahwa dalam usaha menjaring konsumen sebagai strategi dalam memberikan pelayanan yang memuaskan bagi pelanggan dibutuhkan kontak mata yang terfokus. Kontak mata yang terfokus ini tidak hanya akan membuat pengaruh yang lebih kuat pada pasien, tetapi juga akan membantu perawat mengkomunikasikan keinginan tulusnya untuk mengerti kebutuhan pasien dan melayani mereka dengan lebih baik. Sehingga tanpa disadari oleh konsumen (pasien) bahwa mereka akan mendapatkan pesan di otak mereka bahwa perawat tersebut adalah orang yang spesial. Disamping itu perawat akan mendapatkan keuntungan yang lain yaitu membantu perawat untuk mendengar konsumen dengan lebih efektif. Ini akan menyebabkan perawat akan memahami kebutuhan pasiennya dengan lebih baik dan mengkomunikasikan keinginan tulus perawat untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya. Dengan begitu, konsumen secara *intuitif* akan lebih menghargai perawat secara emosional dan dibawah alam sadar mereka.

Perawat harus memiliki tanggung jawab moral yang tinggi yang didasari atas sikap peduli dan penuh kasih sayang, serta perasaan ingin membantu orang lain untuk tumbuh dan berkembang. Watson (1979) menyatakan bahwa “*human care*” terdiri dari upaya untuk melindungi, meningkatkan, dan menjaga/mengabdikan rasa kemanusiaan dengan membantu orang lain mencari arti dalam sakit, penderitaan, dan keberadaannya: membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri. Kepedulian sebagai hasil penelitian ini bermakna tanggap terhadap kebutuhan pasien, segala keperluan dibantu, dilayani cepat dan baik, melakukan tugasnya dengan ikhlas serta menghormati pasien dengan penuh rasa kemanusiaan.

4. Hubungan kepastian tindakan yang benar dengan kepuasan pasien

Berdasarkan hasil analisis multivariat yang diperoleh menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kepastian tindakan yang benar dengan kepuasan pasien diperoleh $p = 0,057$ ($\alpha = 0,05$) yang menunjukkan tidak ada hubungan antara kepastian tindakan yang benar dengan kepuasan pasien. Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian dari Knol & Alken (Spring, 2006) tentang evaluasi keamanan pasien operatif pada 50.000 orang yang didapatkan 1,9% mengalami kejadian yang tidak diharapkan akibat dari kekeliruan dalam mendiagnosis pasien. Hal ini didukung oleh pendapat dari Lumenta (2006) yang mengatakan bahwa Institusi pelayanan kesehatan merupakan sistem yang kompleks yang ditandai dengan penggunaan

teknologi tinggi dan "kebebasan" profesi. Kompleksitas itu menimbulkan kerawanan kesalahan medik (medical error). Keselamatan adalah hak pasien, dan para profesional pelayanan kesehatan berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman. Karena itu, upaya meningkatkan keselamatan pasien harus menjadi prioritas utama para pemberi pelayanan kesehatan. "*Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of hospital quality management*" (World Alliance for Patient safety, Forward Programme WHO 2004). Maka paradigma baru kualitas pelayanan harus memasukkan unsur keselamatan pasien di samping unsur teknis dan kepuasan pasien. Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan salah satu dimensi mutu yang saat ini menjadi pusat perhatian para praktisi pelayanan kesehatan dalam skala nasional maupun global.

Hal ini tercermin dengan diangkatnya *patient safety* sebagai isu utama pada konferensi ISQua yang diselenggarakan di Vancouver Canada pada bulan Oktober 2005, sementara di Indonesia *patient safety* juga merupakan salah satu isu utama yang melatarbelakangi diberlakukannya Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 yang juga mulai berlaku pada bulan tersebut. Ketepatan (*appropriateness*) dalam pelayanan kesehatan, kecepatan (*timeliness*), dan bebas dari bahaya dan kesalahan (*free from harm and error*) merupakan tiga unsur utama dari keselamatan pasien yang dapat terwujud dengan adanya regulasi pelayanan kesehatan, sistem informasi yang memadai,

sumber daya manusia kesehatan yang professional, dan pengelolaan sumber daya kesehatan lain

Penulis berasumsi bahwa kegiatan keperawatan yang sudah dilakukan oleh perawat dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari menjadi tidak bermakna dihadapan pasien bila perawat hanya melaksanakannya tanpa mempertimbangkan keselamatan dan kepuasan pasien. Seringkali perawat melakukan aktivitas yang menyangkut nyawa pasien tanpa melibatkan pasien dan keluarganya. Beberapa kejadian terjadi akibat keteledoran perawat yang tidak memastikan dengan benar sisi atau bagian tubuh mana yang sakit atau yang diinginkan oleh pasien untuk diberikan asuhan. Perawat seakan lupa bahwa pasien adalah orang yang dapat merasakan penyakitnya.

Beberapa kejadian nyaris cidera bahkan dikarenakan oleh hal sepele seperti nama pasien yang sama, *bed* yang keliru dan lain sebagainya. Oleh karenanya, kegiatan keperawatan hendaknya tidak bertumpu pada rekam medik/catatan keperawatan yang sudah ada, tetapi perawat harus selalu mengkaji, mendiagnosa keperawatan, membuat perencanaan dan melakukan implementasi dan evaluasi secara berkala pada pasien. Hubungan perawat dengan pasien merupakan pusat pendekatan berdasarkan asuhan, dimana memberikan langsung perhatian khusus kepada pasien, sebagaimana dilakukan sepanjang kehidupannya sebagai perawat.

Keselamatan pasien di rumah sakit adalah sistem (tatanan) pelayanan dalam rumah sakit yang memberikan asuhan pasien agar menjadi lebih aman. Termasuk di dalamnya mengukur risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar, menindak-lanjuti insiden serta menerapkan solusi untuk mengurangi dan meminimalkan risiko (Lumenta, 2006). Risiko kejadian *medical error* antara lain tergantung pada lamanya kontraktual pelayanan (apakah hanya rawat jalan atau rawat inap); keadaan pasien (pasien sakit ringan atau gawat darurat); kecakapan dokter/dokter-ahli dan petugas rumah sakit, serta prosedur dan kelengkapan fasilitas rumah sakit (Yahya, 2006).

Karakteristik perspektif dari asuhan meliputi: 1) Berpusat pada hubungan interpersonal dalam asuhan; 2) Meningkatkan penghormatan dan penghargaan terhadap martabat klien atau pasien sebagai manusia; 3) Mau mendengarkan dan mengolah saran-saran dari orang lain sebagai dasar yang mengarah pada tanggung-jawab profesional; 4) Mengingat kembali arti tanggung-jawab moral yang meliputi kebajikan seperti: kebaikan, kepedulian, empati, perasaan kasih-sayang, dan menerima kenyataan. (Rangkuti,1993).

5. Hubungan pengendalian cairan dengan kepuasan pasien

Berdasarkan hasil analisis multivariat yang diperoleh menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pengendalian cairan dengan kepuasan pasien. Setelah dilakukan analisis data diperoleh $p = 0,808$ ($\alpha = 0,05$). Hal ini berbeda dengan penelitian dari Peters, Mitchel & Rotert (Spring, 2006) tentang pentingnya monitoring pemberian cairan elektrolit pekat pada pasien pasca operatif, diperkuat oleh pendapat dari Yahya (2006) yang mengatakan bahwa beberapa obat-obatan, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko yang berbahaya, khususnya cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi. Rekomendasinya adalah membuat standardisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah serta pencegahan atas campur aduk / kebingungan tentang cairan elektrolit pekat yang spesifik yang dapat ditempel dipapan informasi di *nurse station* sehingga dapat dilihat dengan jelas oleh petugas.

Penulis berasumsi bahwa monitoring dan pengendalian cairan elektrolit pekat merupakan salah satu kegiatan dalam pasien safety yang bertujuan untuk mempertahankan mutu pelayanan kesehatan yang paripurna. Namun bagi pasien yang awam, mereka tidak mampu membedakan antara jenis cairan yang satu dari yang lain terhadap dampaknya pada keselamatan diri mereka. Hal inilah yang melatarbelakangi pengendalian cairan elektrolit pekat tidak berhubungan dengan kepuasan mereka.

Irawan (2002) menyebutkan Ada beberapa atribut pelayanan keperawatan yang menjadi harapan klien/masyarakat dan keluarga yang terdiri dari 5 dimensi yang lebih luas dari dimensi SERVQUAL oleh Parasuraman, Zeithaml dan Berry yaitu;

- a. Kenyamanan konsumen, mencakup kesiagaan sarana medis (pendukung pelayanan keperawatan) dan fasilitas kenyamanan, sehingga memudahkan perawat melaksanakan monitoring konsumen.
- b. Koordinasi perawat, mencakup timeliness komunikasi perawat, kerjasama antar profesi serta beban kerja perawat
- c. Daya tanggap perawat, dituntut pada tugas dari perawat yaitu intervensi perawat dan sikap dalam memberikan pelayanan keperawatan yang terdiri dari sikap tanggung jawab, intervensi keperawatan, dukungan psikologis serta kegiatan monitoring. Kesiagaan perawat perlu karena konsumen sewaktu-waktu memerlukan bantuan perawat.
- d. Profesionalisme pelayanan keperawatan meliputi penampilan (performance) perawat, penguasaan terhadap kompetensi perawat, serta otonomi profesi perawat. Pada aspek ini seorang perawat diharapkan memiliki kemampuan dari segi akademis, mental, tindakan medis keperawatan serta menggunakan bahasa asing. Berdasarkan kemampuan yang dimiliki ditunjang dengan penampilan perawat yang profesional akan menjamin pelayanan keperawatan sehingga klien/masyarakat tidak cemas dalam menerima pelayanan. Konsumen mengharapkan pelayanan keperawatan lebih mengutamakan keselamatan klien/masyarakat dan juga

dengan kesan bahwa kewenangan yang terbatas dari perawat diharapkan perawat mampu menggantikan peran dokter karena dokter tidak selalu ada di tempat.

- e. Empati perawat, terdiri dari sikap perawat yang tidak mendiskriminasikan pasien, sikap membantu serta komunikatif perawat. Perhatian perawat sangat diperlukan terutama bagi konsumen yang sedang sakit. Konsumen tidak mengharapkan adanya perlakuan kasar dari perawat.

6. Hubungan akurasi ketepatan pemberian obat dengan kepuasan pasien

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara ketepatan pemberian obat dengan kepuasan. Setelah dilakukan analisis multivariat diperoleh $p = 0,000$ ($\alpha = 0,05$) yang menunjukkan ada hubungan antara akurasi pemberian obat dengan kepuasan pasien. Penelitian sebelumnya yang sejalan dengan pelaksanaan pemberian obat dilakukan oleh Pujiastuti (2007) di ruang Paviliun Cendrawasih II Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Sardjito Yogyakarta menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden perawat (60%) telah melakukan berdasarkan enam benar pada saat pemberian obat. Pelaksanaan pemberian obat selebihnya (40%) tidak melakukan dengan enam benar terutama pada benar waktu dan dokumentasi.

Penulis berasumsi bahwa pemberian obat yang aman dan akurat merupakan salah satu tugas terpenting perawat. Obat adalah alat utama terapi yang digunakan dokter untuk mengobati klien yang memiliki masalah kesehatan. Walaupun obat menguntungkan klien dalam banyak hal, beberapa obat dapat menimbulkan efek samping yang serius atau berpotensi menimbulkan efek yang berbahaya bila tidak tepat diberikan.

RSU Dr. Soetomo Surabaya sebenarnya telah melakukan unit-dosis dispensing obat (UDD) di beberapa ruangan. Sistem UDD meminimalkan kesalahan karena pemberian obat diberikan pada pasien perunit pemakaian, sehingga apabila sebuah obat harus disediakan dari jumlah atau kekuatan obat yang lebih besar atau lebih kecil dari yang dibutuhkan atau jika seorang dokter memprogramkan suatu sistem perhitungan obat yang berbeda dari yang disediakan oleh apoteker, risiko kesalahan akan meningkat. Namun beberapa pasien di ruangan masih mengeluhkan seringnya terjadi keterlambatan pemberian obat oleh petugas. Banyak perawat yang tidak memastikan obat yang diberikan sesuai waktu dan hanya meletakkan diatas meja pasien. Sehingga kemungkinan obat tidak diminum atau terlambat dari waktu yang telah ditentukan bisa terjadi. Menurut peneliti, hal ini mungkin disebabkan karena beban kerja perawat yang terlalu berat akibat dari ketidaksesuaian antara jumlah tenaga yang ada dengan jumlah pasien yang dirawat.

Priharjo (1993) mengatakan bahwa pada setiap aspek pemberian obat, perawat harus yakin tentang order pengobatan yang dibuat oleh dokter sehingga tidak terjadi tumpang tindih kewenangan dalam pelaksanaannya. Dengan melihat jenis order pengobatan, maka bila ada kesalahan atau kekeliruan, penyidik akan mengetahui siapa yang bertanggung jawab. Dalam hal ini, perawat dapat dituntut bila ia menyimpang dari order yang diberikan sehingga menyebabkan masalah pada pasien. Untuk mencegah jangan sampai terkena sanksi ini, maka perawat harus selalu teliti, benar dan hati-hati.

Rencana perawatan harus mencakup rencana pemberian obat, bergantung pada hasil pengkajian, pengetahuan tentang kerja dan interaksi obat, efek samping, lama kerja, dan program dokter. Secara teoritis proses pemberian obat harus berdasarkan prinsip enam benar yang meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar waktu pemberian dan benar dalam pendokumentasian.

Obat dalam beberapa hal secara potensial semuanya beracun dan harus ditetapkan serta digunakan secara hati-hati. Bagaimanapun juga bahaya obat dapat sangat dikurangi dengan cara mengikuti ketentuan-ketentuan standar mutu obat yang tinggi, penetapan terapi obat yang normal dan penggunaan obat yang tepat oleh pasien (Priharjo, 1993)

Penilaian pasien terhadap mutu rumah sakit bersumber dari pengalaman pasien. Aspek pengalaman pasien rumah sakit, dapat diartikan sebagai suatu perlakuan atau tindakan pihak rumah sakit yang sedang atau pernah dijalani, dirasakan, dan ditanggung oleh seseorang yang membutuhkan pelayanan kesehatan rumah sakit (Surya, 2003). Masyarakat akan memberikan pujian untuk pelayanan yang memberikan kepuasan, sebaliknya akan menyampaikan keluhan untuk pelayanan yang tidak memenuhi harapan.

7. Hubungan pencegahan salah sambung slang dengan kepuasan pasien

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pencegahan salah sambung slang dengan kepuasan pasien. Setelah dilakukan analisis multivariat diperoleh $p = 0,165$ ($\alpha = 0,05$). Hal ini berbeda dengan pendapat dari Yahya (2006) yang mengatakan bahwa Slang, kateter, dan spuit (*syringe*) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang bisa menyebabkan cedera atas pasien melalui penyambungan spuit dan slang yang salah, serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Rekomendasinya adalah menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara detail/rinci bila sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makan (misalnya slang yang benar), dan bilamana

menyambung alat-alat kepada pasien (misalnya menggunakan sambungan & slang yang benar).

Penulis berasumsi, keperawatan mempunyai sejarah pelayanan yang membanggakan bagi publik dan publik percaya akan keahlian perawat untuk memberikan asuhan keperawatan. Akan tetapi kepercayaan publik akan luntur jika pada suatu waktu terjadi kesalahan yang dapat mencoreng nama baik perawat. Salah satu yang dapat terjadi adalah kesalahan perawat pada saat penyambungan slang atau pada saat perawat memberikan tindakan memasukkan obat atau makanan lewat slang infus/sonde. Perawat seringkali lupa untuk selalu memantau sambungan selang atau memonitor kembali selang yang terpasang pada tubuh pasien apakah selang tersebut masih terpasang pada tempat seharusnya atau tidak. Namun hal tersebut tidak menjadi perhatian yang utama bagi pasien, mereka hanya tahu bahwa selang tersebut dipasang ditubuhnya demi kesehatannya dan tidak menyadari bahwa keselamatannya dapat terancam akibat prosedur yang salah pada pemasangan sambungan selang.

Untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan agar tidak terjadi kesalahan yang mengancam keselamatan pasien salah satunya adalah dengan melakukan tindakan yang berpedoman pada standar. Standar mencerminkan visi suatu praktek keperawatan profesional. Ia tidak hanya merupakan identifikasi tugas-tugas atau langkah-langkah atau saran. Ia tidak

dapat di salin dari buku dan dapat diterapkan oleh semua organisasi, kelompok perawat atau populasi pasien. Standar adalah kata-kata yang kita gunakan untuk menggambarkan fokus keperawatan profesional dalam seting tertentu. Ia mencerminkan kebutuhan yang unik dari sekelompok pasien dan pencerminan kemampuan dan sumber daya staf profesional. Dengan selalu berpedoman pada standar yang berlaku maka keselamatan pasien akan dapat terjaga dengan baik.

8. Hubungan penggunaan alat injeksi sekali pakai dengan kepuasan pasien

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara penggunaan alat injeksi sekali pakai dengan kepuasan pasien. Setelah dilakukan analisis multivariat diperoleh $p = 0,030$ ($\alpha = 0,05$). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Machmudah (2008) menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan petugas tentang pelaksanaan program *patient safety* di salah satu rumah sakit di Surabaya tergolong tinggi, sedangkan kesesuaian pelaksanaan program dengan standar "panduan nasional keselamatan pasien (*patient safety*)" yang terdapat dalam Depkes RI tahun 2006 sebagian besar sudah sesuai. Namun pada upaya mendidik staf tentang keselamatan pasien diperlukan adanya tambahan kegiatan berupa pelatihan tentang kerjasama kelompok (*team work*) untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan petugas dalam

menghadapi berbagai insiden, sehingga risiko kejadian yang tidak diharapkan dalam mengambil setiap tindakan atau pelayanan medik dapat diminimalkan.

Penulis berasumsi bahwa ada beberapa hal yang dapat menjadi *trigger medical error*, salah satunya adalah penggunaan alat injeksi sekali pakai yang tidak sesuai standart yang berlaku sehingga dapat menyebabkan meningkatnya angka kejadian infeksi nosokomial dan penularan penyakit yang dapat mengancam nyawa pasien. Oleh karena itu, menjadi kewajiban seorang praktisi kesehatan untuk senantiasa berhati-hati terhadap penerapan standar baku operasional pada proses pengobatan untuk meminimalisasikan angka kejadian *medical error*.

Kesadaran pasien akan pentingnya penggunaan alat injeksi sekali pakai sudah bukan lagi menjadi rahasia umum, yang artinya bahwa pasien kebanyakan memahami bahwa penggunaan alat injeksi sekali pakai dapat menghindarkan dari penularan penyakit. Pemahaman ini pasien peroleh dari media massa yang gencar menyampaikan pentingnya penggunaan alat injeksi sekali pakai, Wendy Leebov (dalam Wiyono, 2008) mengatakan bahwa keamanan dan kenyamanan yang didapat oleh pasien akan berpengaruh pada kepuasan pasien.

RSU Dr. Soetomo Surabaya telah menerapkan penggunaan alat injeksi sekali pakai. Pelayanan kesehatan di tiap-tiap ruangan telah tersedia sampah medis

khusus untuk alat suntik bekas. Hal inilah yang melatarbelakangi penggunaan alat injeksi sekali pakai berhubungan dengan kepuasan pasien.

Menurut Purwanto (2008), kepuasan pasien tidak hanya dipengaruhi oleh jasa yang dihasilkan rumah sakit, tetapi juga dipengaruhi oleh pelayanan yang diberikan oleh petugas baik dokter, perawat dan karyawan yang lain. Aspek yang mempengaruhi adalah 1) sikap pendekatan staf kepada pasien, 2) kualitas perawatan, 3) prosedur administrasi yang berkaitan dengan pelayanan administrasi, 4) Waktu menunggu yaitu berkaitan dengan waktu yang diperoleh untuk berkunjung maupun untuk menjaga keluarga, dengan memperhatikan ruang tunggu yang memenuhi standar rumah sakit, 5) Fasilitas umum yang berkaitan dengan kepentingan pasien.

9. Hubungan kebersihan tangan perawat dengan kepuasan pasien

Berdasarkan hasil analisis multivariat yang diperoleh menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kebersihan tangan perawat dengan kepuasan pasien. Setelah dilakukan analisis diperoleh $p = 0,272$ ($\alpha = 0,05$). Hal ini tidak sejalan dengan konsep dari WHO (2007). Beberapa penelitian membuktikan bahwa kebersihan tangan berpengaruh pada kejadian nosokomial yang dialami di rumah sakit. Tingginya angka nosokomial ini akan memicu terjadinya ketidakpuasan yang dirasakan oleh pasien sebagai konsumen rumah sakit. Puluhan penelitian lain yang dipublikasikan Jurnal

Kedokteran Inggris (British Medical Journal) pada November 2007, membuktikan bahwa cuci tangan dengan sabun dapat mengurangi angka penderita diare hingga 50 persen. Selain itu penelitian lain yang dipublikasikan Cochrane Library Journal edisi Oktober 2007 menemukan bahwa mencuci tangan dengan air dan sabun adalah cara sederhana dan efektif untuk menahan virus infeksi saluran pernapasan atas, dari virus flu sehari-hari hingga virus pandemik yang mematikan. (Fuad, 2007)

Indonesia pada tanggal 17 Juli 2007 menerapkan program global WHO yang diberi nama "*Clean Care is Safer Care*". Program ini merupakan bagian dari upaya WHO mencegah infeksi yang kerap menimbulkan masalah kesehatan yang sebenarnya dapat dihindari melalui peningkatan kebersihan lingkungan pelayanan medis. Kebersihan tangan adalah salah satu hal kecil yang dapat berdampak besar menekan risiko infeksi. Upaya lain yang tercakup dalam kerangka program ini adalah peningkatan kebersihan dan keamanan produk (untuk darah), praktek (untuk prosedur klinis), peralatan (untuk suntikan dan imunisasi), dan lingkungan (untuk air dan sanitasi perawatan kesehatan). Pada perjanjian kesediaan (*Statement Pledging*) untuk Program *Clean Care is Safer Care* (CCSC), negara-negara WHO, termasuk Indonesia, menyatakan kesediaan untuk bekerja sama dengan menyadari pentingnya mencegah infeksi pada perawatan kesehatan. Upaya internasional ini didukung dengan kampanye di tingkat nasional untuk mempromosikan dan meningkatkan kebersihan tangan para tenaga kesehatan, menginformasikan tentang

hubungan antara perawatan kesehatan dengan infeksi sehingga masyarakat paham dan melakukan tindakan yang perlu dilakukan, saling berbagi pengalaman dan data dengan WHO, serta merujuk pada strategi dan panduan WHO untuk mengendalikan infeksi akibat perawatan kesehatan (Fuad, 2007)

Di Indonesia, *Patient safety* atau keamanan pasien sendiri telah menjadi fokus pelayanan kesehatan sehingga Depkes telah mewajibkan rumah sakit untuk melaksanakan Sistem Keselamatan Pasien melalui Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Program ini diharapkan kembali mengingatkan para tenaga medis untuk memfokuskan upaya pada keselamatan pasien, yang kemudian mendorong pengelolaan dan budaya rumah sakit yang sangat mementingkan keselamatan pasien, melalui berbagai cara dan pemanfaatan sumber daya.

Hari cuci tangan pakai sabun sedunia atau *global handwashing day*, diplokanirkan tanggal 15 Oktober 2008 serentak di 70 negara dan 5 benua. Hal tersebut merupakan hasil pertemuan tahunan Air Sedunia, Agustus lalu, di Stockholm, Swedia, sehingga akhirnya PBB menetapkan tahun 2008 sebagai Tahun Sanitasi Internasional (*International Year of Sanitation*). Diharapkan dengan adanya gerakan cuci tangan ini, kita juga ikut sadar dan berperan aktif mengurangi dampak penyakit-penyakit yang ditularkan terutama pada anak-anak seperti diare, thypus, dan penyakit-penyakit lain yang diakibatkan adanya bakteri pada tangan.

World Alliance for Patient safety-Global Patient safety Challenge 2005-2006 yang mengangkat tema tentang *Clean Care is Safer Care* memaparkan bahwa dalam penelitiannya perawat dan dokter hanya mencuci tangan sebanyak setengahnya dari jumlah yang mesti mereka lakukan. Padahal dengan kata lain mereka adalah orang-orang yang berhubungan langsung dengan pasien. Tidak tertibnya mereka dalam cuci tangan, membuat sebuah permasalahan baru lagi yang dapat merugikan pasien, misalnya timbulnya infeksi nosokomial. Apalagi pasien di rumah sakit pada dasarnya sedang tidak sehat, atau sedang dalam pemulihan setelah operasi dan kemungkinan daya tahan tubuh mereka sedang turun, sehingga mudah terkena infeksi. Seharusnya tugas dokter dan perawatlah untuk mencegah hal tersebut, salah satu cara yang paling efektif dan murah dalam mengurangi infeksi tersebut adalah mengharuskan semua staf, pasien dan pengunjung melaksanakan kebersihan tangan yang baik dengan menggunakan sabun cuci tangan biasa kemudian dibilas dengan air mengalir (*washing with soap and running water*), serta menggunakan alkohol atau sering disebut *alcohol-based hand rub*. Pencucian tangan yang menggunakan alkohol terbukti dapat mengurangi jumlah kuman di kulit, kerjanya cepat dan lebih sedikit menyebabkan iritasi (gatal-gatal) dibandingkan dengan berkali-kali memakai air dan sabun.

Penulis berasumsi bahwa ada beberapa tindakan yang membutuhkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) terutama oleh petugas pelayanan kesehatan,

misalnya saat sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, sebelum menyiapkan tindakan invasif, sebelum menyiapkan, menyediakan, dan membawa makanan untuk pasien, serta setelah merawat pasien, terutama setelah bersinggungan dengan cairan dari tubuh pasien (misalnya darah, nanah, dsb.). Sudah seharusnya bagi semua staf di rumah sakit melaksanakan kebersihan tangan dengan sungguh-sungguh karena hal ini merupakan salah satu cara yang paling mudah membantu pasien dalam keadaan seaman dan secepat mungkin. Staf-staf di rumah sakit harus mencuci tangan ‘setiap kontak’ atau, dengan kata lain, sebelum dan sesudah menyentuh setiap pasien. Namun kegiatan mencuci tangan ditempat pelayanan Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya tidak berada satu tempat dengan kegiatan perawatan sehingga pasien kemungkinan berasumsi bahwa perawat sudah melakukan kegiatan cuci tangan sebelum atau sesudah tindakan keperawatan.

Selama seseorang berada di rumah sakit sebagai pasien atau pengunjung, merupakan kewajiban petugas kesehatan mengajak untuk ikut memerangi infeksi dengan cara mencapai kebersihan tangan yang sebaik mungkin. Hal lain yang dapat dilakukan adalah memberikan pemahaman baru tidak hanya bagi pasien namun juga bagi pengunjung bahwa kebersihan tangan adalah urusan semua orang, oleh karena itu pengunjung harus mencuci tangan setiap kali memasuki atau meninggalkan kamar pasien. Para pasien dan pengunjung sama sekali tidak boleh menyentuh luka, perban, saluran intravenous (pipa yang dimasukkan ke urat pasien) atau alat-alat lain yang digunakan dalam

merawat pasien. Kewajiban pasien juga untuk mengingatkan kepada setiap petugas kesehatan yang akan memeriksa, apakah sudah mencuci tangan atau belum. Karena sesuai dengan pasal 5 pada UU No 23 Tahun 1992 yang menyebutkan bahwa setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga, dan lingkungannya. Salah satunya adalah melalui kegiatan mencuci tangan, sehingga apabila kegiatan ini telah dilakukan secara efektif, maka akan didapatkan suatu keterkaitan positif antara pasien, pengunjung dan petugas pelayanan kesehatan, sehingga hasil yang maksimal pun dapat tercapai. Kebersihan tangan merupakan suatu tindakan pokok untuk mengurangi dampak penyebaran infeksi suatu penyakit.

10. Jenis penerapan tindakan keselamatan pasien yang paling berhubungan dengan kepuasan pasien.

Berdasarkan analisis multivariat menunjukkan bahwa dari keseluruhan sembilan variabel independen yang diduga berhubungan dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya terdapat empat (4) variabel yang berhubungan sangat signifikan yaitu variabel identifikasi, komunikasi, injeksi dan akurasi ketepatan pemberian obat. Hasil analisis menunjukkan *p-wald* identifikasi pasien sebesar 0,001. *p-wald* komunikasi sebesar 0,024. *p-wald* injeksi sebesar 0,030 dan akurasi sebesar 0,000. Kesimpulan yang dapat diambil adalah variabel akurasi pemberian obat adalah variabel yang paling berhubungan dengan kepuasan pasien dengan OR

= 34,918 (95%CI 4,819 – 224,870) yang artinya akurasi pemberian obat yang baik berpeluang 34,918 kali untuk meningkatkan kepuasan pasien setelah dikontrol oleh identifikasi, pengendalian cairan, nama obat, kebersihan tangan, injeksi, kepastian tindakan, pencegahan salah slang, komunikasi, pengalaman, cara bayar, dan status perkawinan. Hasil tersebut dapat diasumsikan bahwa kepuasan pasien lebih dominan dipengaruhi oleh akurasi pemberian obat oleh perawat.

Setiap upaya medik umumnya mengandung risiko baik itu risiko ringan maupun berat. Akhir-akhir ini, risiko atau *adverse effect* dikaitkan dengan *medication error*, suatu error yang terjadi akibat pemberian obat ataupun salah mendiagnosis yang berdampak pada kesalahan dalam pemberian obat. Meskipun sebenarnya tidak setiap efek samping obat dapat dianggap sebagai *medication error*. *Adverse events* adalah suatu *injury* pada pasien yang lebih disebabkan oleh tindakan dan manajemen kesehatan dibandingkan oleh penyakit itu sendiri, yang mengakibatkan perpanjangan masa perawatan atau ketidakmampuan baik permanen maupun non-permanen pada pasien. Tindakan medis yang menyebabkan timbulnya *adverse events* ini disebut *medical error*. Salah satu *adverse events* yang paling banyak terjadi yaitu *adverse drug events*, yaitu *injury* pada pasien yang berkaitan dengan tindakan pemberian obat. Tindakan yang mengakibatkan *adverse drug events* ini disebut dengan *medication error* (Battles dan Lilford, 2003).

Medication Error merupakan salah satu variabel kejadian *medical error*, sehingga kejadian *medication error* akan memberikan dampak terhadap peningkatan *medical error*. Data pasti mengenai *medical error* relatif sulit diperoleh, karena sebagian tidak di kenali, dianggap biasa (bukan suatu event), atau terjadi tetapi tidak dicatat. Salah satu hal yang cukup dramatis ialah di Amerika Serikat angka kejadian *medical error* yang mengakibatkan kematian sebesar 100.000 orang pertahun. Angka ini jauh lebih besar dari kematian akibat kecelakaan lalu-lintas (43.458), kanker payudara (42.397), atau akibat AIDS (16.516) (PERSI, 2007)

Beberapa studi menemukan bahwa risiko terjadinya efek iatrogenik di rumah sakit masih tinggi, yaitu antara 4-17 %. Suatu studi yang dilakukan oleh Andrew et al di Amerika Serikat menunjukkan bahwa 45 % pasien yang dirawat di rumah sakit pernah mengalami *medical mismanagement*, dan sekitar 17%nya memerlukan hari rawat inap yang lebih panjang atau mengalami efek samping yang serius. Pada kenyataannya di praktik, upaya-upaya untuk meminimalkan risiko seringkali terabaikan, baik karena sudah umum terjadi, atau karena terbatasnya waktu, sarana yang tersedia, serta organisasi dan manajemen yang kurang mendukung sehingga berperan pada kejadian *medication error*. Pada dasarnya upaya untuk meminimalkan risiko klinik secara umum telah dilakukan guna mengurangi dan mencegah terjadinya *medication error*.

Rumah sakit sebagai salah satu rumah sakit pendidikan, tentunya memiliki tingkat kerentanan terhadap *medication error* yang berdampak pada peningkatan *medical error*. Oleh karena itu organisasi rumah sakit hendaknya selalu berupaya mencegah terjadinya *medication error* dengan memberikan pelatihan dan menetapkan standar operasional prosedural yang baku yang didasarkan pada prinsip *pasien safety*.

B. Keterbatasan penelitian

Penelitian ini memiliki banyak keterbatasan dan kekurangan, antara lain:

- a. Penelitian tidak menggali sebab akibat antar variabel dependen dan independen tetapi hanya mengkaji hubungan variabel tersebut sehingga tidak diketahui sejauhmana variabel independen berpengaruh terhadap variabel dependen.
- b. Instrumen ini dikembangkan oleh peneliti mengacu pada konsep Supranto (2006) dan Parasuraman (1999) tentang kepuasan pasien serta Yahya (2006) dan PERSI (2006) tentang keselamatan pasien. Oleh karena itu validitas dan reabilitas dari instrumen ini hanya berlaku untuk populasi penelitian ini saja dengan demikian hasil penelitian ini belum dapat digeneralisasikan pada populasi yang lebih besar.

C. Implikasi Hasil Penelitian

Penelitian ini memiliki implikasi bagi pelayanan keperawatan, perkembangan ilmu keperawatan, kebijakan pelayanan keperawatan.

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

a. Penelitian ini memberikan gambaran bagaimana kepuasan pasien yang berhubungan dengan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana diruangan. Hal ini dapat memberikan gambaran tentang pelayanan kesehatan terutama pelayanan keperawatan memerlukan perubahan dan peningkatan profesionalisme perawat. Perawat perlu mempersiapkan diri berubah, menata diri, agar pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan persepsi pasien dan dapat meningkatkan kepuasan pasien, serta kinerja perawat, sehingga citra perawat menjadi lebih baik.

b. Untuk lebih memahami harapan-harapan pasien dari berbagai kelas perawatan dan untuk meningkatkan citra perawat di masa mendatang maka pihak rumah sakit hendaknya lebih proaktif di dalam melakukan penelitian atas kinerja perawat dalam pengendalian keselamatan pasien serta sejauhmana keselamatan pasien diterapkan di rumah sakit. Hal ini diperlukan sebagai langkah di dalam memperbaiki mutu rumah sakit dan mencegah terjadinya infeksi nosokomial yang masih tinggi di rumah sakit. Selain itu hendaknya kegiatan pelaporan kejadian tidak diinginkan dapat diupayakan secara berkala dan terorganisir sehingga dapat meningkatkan mutu dan citra rumah sakit yang positif dimasyarakat luas, khususnya melalui pasien sehingga diharapkan akan dapat meningkatkan minat masyarakat untuk memanfaatkan jasa rumah sakit

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan dan penelitian.

- a. Hasil penelitian ini berguna sebagai dasar bagi peningkatan pelayanan keperawatan dan *performance* perawat, pengembangan keilmuan keperawatan, eksistensi pengembangan ilmu dan seni keperawatan, terutama untuk kondisi masyarakat Indonesia karena sesuai dengan persepsi dan harapan masyarakat terhadap perawat, pelayanan keperawatan, peran dan fungsi perawat saat ini dan yang akan datang. Adanya pandangan pasien tentang profesionalisme perawat, dapat diketahui sejauh mana ilmu keperawatan cocok diterapkan dan yang harus tetap diperjuangkan untuk kelangsungan ilmu keperawatan.
- b. Perkembangan IPTEK kesehatan dan makin banyaknya penyakit maka diperlukan banyak penelitian yang mengkaji dan menghubungkan IPTEK kesehatan dan kepuasan pasien.

3. Kebijakan pelayanan keperawatan

Pemerintah khususnya Departemen Kesehatan dalam mengevaluasi kebijakan pelayanan kesehatan terutama keperawatan agar masyarakat mendapatkan kepuasan sesuai dengan persepsi dan harapan terhadap profesi perawat, perlu:

- a. Memenuhi jumlah kebutuhan SDM keperawatan, sesuai dengan keseimbangan ratio perawat-pasien misal berdasarkan tingkat ketergantungan pasien agar semua pasien dapat dilayani sehingga kepuasan meningkat

b. Memberikan dukungan, berupa kebijakan pengembangan lisensi dan sertifikasi; sistem rujukan antara pelayanan kesehatan tingkat primer, sekunder dan tersier; mengembangkan sistem informasi berbasis web bagi kepentingan konsumen dan sarana pelayanan kesehatan; memberikan materi dan motivasi patient safety dalam pendidikan dokter, perawat, bidan, dan tenaga klinis lainnya; peningkatan peran lembaga atau institusi penilai mutu eksternal dari sarana pelayanan kesehatan; adanya kontrol oleh lembaga pembiayaan pelayanan kesehatan dan mengelola sistem pelaporan terpadu untuk kelancaran pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit.

4. Bagi Pendidikan Keperawatan

Program keselamatan pasien ini diharapkan dimasukkan ke dalam kurikulum pendidikan keperawatan dengan bobot kredit yang memadai dan mencakup berbagai cabang ilmu keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan mutu dan profesionalisme lulusan perawat.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini pertama-tama peneliti akan menjelaskan simpulan yang menjawab permasalahan penelitian yang telah dirumuskan. Kemudian disampaikan saran praktis yang berhubungan dengan masalah penelitian.

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab V dan VI dapat disimpulkan tentang hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Soetomo Surabaya.

1. Karakteristik responden menunjukkan paling banyak di usia produktif (26-45 tahun), jenis kelamin terbanyak adalah perempuan, pendidikan terbanyak adalah lulusan SMP, status perkawinan terbanyak adalah sudah menikah, cara bayar terbanyak adalah dengan Askeskin dan kebanyakan responden sudah pernah operasi sebelumnya.
2. Kepuasan pasien menunjukkan hasil pada masing-masing sub variabel bukti nyata, keandalan, ketanggapan, jaminan dan empati diperoleh paling banyak pasien merasa puas.
3. Penerapan tindakan keselamatan pasien pada masing-masing sub variabel perhatian pada nama obat, identifikasi pasien, komunikasi saat operan,

kepastian tindakan, pengendalian cairan elektrolit pekat, akurasi ketepatan obat, pencegahan salah sambung slang, penggunaan alat injeksi sekali pakai dan kebersihan tangan perawat menunjukkan baik.

4. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara perhatian pada nama obat, pengendalian cairan, kebersihan tangan, pencegahan salah sambung slang, dan kepastian tindakan dengan kepuasan pasien.
5. Terdapat hubungan yang bermakna antara identifikasi pasien, komunikasi saat operan, injeksi, dan akurasi pemberian obat dengan kepuasan pasien.
6. Faktor yang paling berhubungan pada penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien adalah akurasi pemberian obat pasien didapatkan $p = 0,000$ ($\alpha = 0,005$) dengan OR 34,918 (95% CI 4,819 – 224,870)

B. Saran.

Penelitian ini dapat digunakan sebagai indikator mutu layanan rumah sakit dan sebagai wacana tentang kepuasan pasien yang berkaitan dengan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dirumah sakit sehingga diharapkan akan dapat meningkatkan mutu dan profesionalisme perawat.

1. Bagi Rumah Sakit
 - a. Mengembangkan program pelatihan secara periodik mengenai *Customer Service* dan *Patient safety*.

- b. Menambah depo farmasi di ruangan yang belum memiliki depo farmasi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan keperawatan pasien.
- c. Ditetapkannya SOP yang baku mengenai menggunakan alat injeksi sekali pakai dan pemberian obat.

2. Bagi Manajer Keperawatan

- a. Mengembangkan program monitoring dan evaluasi dalam penerapan *patient safety*.
- b. Menginisiasi program *patient safety* secara proaktif yang memacu terwujudnya budaya kerja berorientasi pada keselamatan pasien.

3. Bagi Perawat

- a. Melaksanakan kegiatan sesuai SOP terutama dalam menunjukkan sikap 6 tepat dalam pemberian obat kepada pasien untuk meningkatkan akurasi pemberian obat.
- b. Mengikuti pelatihan peningkatan kemampuan komunikasi perawat-pasien dengan tujuan memperlancar proses timbang-terima dan mewujudkan layanan sepenuh hati.

4. Bagi penelitian selanjutnya

- a. Merekomendasikan untuk penelitian lanjutan yang bertujuan menggali lebih dalam program keselamatan pasien rumah sakit terhadap mutu pelayanan rumah sakit dan desain penelitian sebab akibat antara kepuasan pasien dengan penerapan keselamatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Arikunto, S. 2002. *Prosedur penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta

Anjaswarni (2000) *Hubungan antara perilaku caring dengan tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap RSUDr. Saiful Anwar*. Thesis. Program Pascasarjana. FIK UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan.

Azwar A (1996) *Pengantar administrasi kesehatan*. Jakarta: Bina Aksara.

Benjamin, R. (2007) *Medication errors & patient safety*. Diambil pada tanggal 5 Pebruari 2009 dari <http://www.msn.com/id/255941>

Buchanan, R. & Gilles, C. (1990) *Value managed relationship: "The key to customer retention and profitability"*, *European Management Journal*, vol 8, no 4, 1990.

Burns, N., & Grove, S.K. 1993. *The practice of nursing research*. Philadelphia: Souders.

Bhisma & Kothari (2006) *Desain dan ukuran sampel untuk penelitian kuantitatif dan kualitatif di bidang kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Cohen. (1996) Age and Health status in patient satisfaction. *Journal Public Health. Med.* Vol 14. 233.

Depkes RI. (1999) *Pedoman uraian tugas tenaga keperawatan di Rumah Sakit..* Jakarta: Depkes RI

Depkes RI. (2001) *Rencana nasional pengembangan tenaga kesehatan tahun 2010*. Jakarta: Depkes RI

Depkes RI. (2006) *Panduan nasional keselamatan pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Jakarta: Depkes RI

Dingman, S. (2002) *Nursing service caring*. Diambil pada tanggal 5 Pebruari 2009 dari [http://www.The Quality Hospital.com /Egi.win/ mercyweb .exe /caring.htm](http://www.TheQualityHospital.com/Egi.win/mercyweb.exe/caring.htm).

Elisabeth, N. (2006) *Optimalisasi pelaksanaan hand over berdasarkan standar pasien safeti nasional*. diambil dari <http://www.findarticles.com>, tanggal 6 Februari 2009

Fuad, A. (2007) *Live-Saving keselamatan pasien Rumah Sakit* diambil dari <http://www.wordpress.com>, tanggal 6 Februari 2009

Gillies, D.A (1994) *Nursing management : A system approach (3rd ed)*. Philadelphia. WB Saunders Company

Gibson, J.L (1997) *Organisasi; Perilaku, Struktur, Proses*. Jakarta: Erlangga.

Hastono, S.P (2007) *Analisa data*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia: Tidak dipublikasikan.

Hicks, C.M. 1990. *Research and statistic*. New York: Prentice Hall

Husein, M. (1999) *Pengembangan keperawatan sebagai profesi menghadapi tuntutan kebutuhan masa depan*. Simposium Ilmiah Keperawatan. Akper Depkes Palembang, 2 Maret 1999.

Irawan, D.H. (2002) *10 Prinsip kepuasan pelanggan*. Jakarta: PT Elexmedia Komputindo.

Jacobalis (1997) *Menjaga mutu pelayanan RS*. Jakarta: PT Citra Windu Satria.

Jamaludin (2005) *Hubungan antara kinerja perawat pelaksana dengan tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap RSUD Bekasi*. Thesis. Program Pascasarjana. FIK UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan.

KKP-RS (2007) *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien*. PERSI. Jakarta.

Kozier, B., Erg, G., & Blais, K. (1997) *Profesional nursing practice concept and Perspectives (3rd ed)*. U.S.A: Addison Wesley.

Kotler, P. (1994) *Manajemen pemasaran Jilid 1*. Surabaya: Erlangga

Kompas (2008) *Sistem keselamatan pasien belum berjalan*. Tanggal 3 Desember 2008 Diambil dari <http://www.findarticles.com>, tanggal 6 Februari 2009

Kron, T (1981) *The management of patient care*. Philadelphia: W.B Saunders Company.

Krowinski, W.J & Steiber, S.R (1996) *Measuring & managing patient satisfaction (2nd ed)*. U.S.A: American Hospital Publishing.

Loveridge & Cumming, (1996) *Nursing management in the new paradigm*. Maryland: An Aspen Publication.

Machmudah, S (2008) *Hubungan antara tingkat pengetahuan petugas dengan penerapan pasien safety di RS 'X' Surabaya* diambil dari <http://www.Adln.FKM.Unair.ac.id/gdl/php>, tanggal 6 Februari 2009

Manurung, I (2001) *Hubungan komunikasi perawat dengan tingkat kepuasan klien terhadap pelayanan keperawatan di Ruang Inap RS Karya Bakti Bogor*. Thesis. Program Pascasarjana FIK UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan.

Marquis, B.L & Houston, C.J (2000) *Leadership roles and management function in nursing*. Philadelphia: Lippincott.

Notoatmojo, S (2000) *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nurrachmah, E. (2000) Pentingnya komite keperawatan dalam pengembangan profesi. *Jurnal Manajemen & Administrasi RS Indonesia*. 2. (2). 73-78

Nursalam (2003) *Konsep & penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pedoman skripsi, tesis dan instrument penelitian*. Jakarta: Salemba Medika.

Parasuraman, Zeithamal & Berry (1990) *Delivery quality service : Balancing customer perception and expectation*. New York: The Press.

Potter, P.A & Perry,A.G (1994) *Fundamental of nursing, concepts, process, and practice*. St. Louis : Mosby year book Inc.

Priharjo, R (1993) *Tehnik dasar pemberian obat bagi perawat*. Jakarta: EGC.

Purwanto. N (1996). *Psikologi pendidikan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.

Pujiastuti. N. (2007) *Gambaran pemberian obat berdasarkan enam benar di ruang Paviliun Cendrawasih II RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta* diambil dari <http://www.findarticles.com>, tanggal 6 Februari 2009

Robbins, P.S (2006) *Perilaku organisasi*. Jakarta: PT Prehallindo.

Rangkuti, T (2003) *Hey I'm The Customer*. New Jersey: Prentice Hall.

Rohyadi, Y (2004) *Analisis hubungan antara karakteristik demografik dengan kepuasan pasien tentang pelaksanaan "fungsi komunikasi" oleh perawat di Irna Dewasa RS Cibabat*. Thesis. Program Pascasarjana. FIK UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan.

Scott, Dru (2005) *Costumer satisfaction*. Jakarta: Penerbit PPM.

Setiaji, Bambang dan Listianto, Toni (2002) *Pengaruh motivasi, kepuasan dan disiplin kerja terhadap kinerja*. Diambil dari [http : // eprints.ums .ac.id / journal / index.php](http://eprints.ums.ac.id/journal/index.php). UMS tanggal 05 September 2007.

Setiawati (2005) *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan klien terhadap perilaku caring perawat pelaksana di Irna Pusat Medika RS Immanuel Bandung*. Thesis. Program Pascasarjana. FIK UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan.

Siagian, S.P. (1999) *Teori dan praktek kepemimpinan*. Cetakan keempat. Jakarta: Rineka Cipta

Sophian, J (2007) *Model kesetiaan dalam bisnis*, diambil dari <http://eprints.ums.ac.id/140/1/pdf>, tanggal 6 Februari 2009

Spring (2006) *Human Factor*. <http://search.ebscohost.com/patientsafety>. Diakses tanggal 30 Juni 2009 jam 11.00 WIB

Supranto, J. (2006) *Pengukuran tingkat kepuasan pelanggan untuk menaikkan pangsa pasar*. Jakarta: Rineka Cipta.

Sugiyono (2005) *Metode penelitian administrasi*. Bandung: Alfabeta.

Sugiyono (2007) *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.

Suzanne C. Beyea (2003) *Patient identification—a crucial aspect of patient safety - Patient Safety First*. AORN Journal, Sept 2003. [http: // findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_3_78/ai](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_3_78/ai) diambil tanggal 20 April 2009 jam 14.00

Suhartati. (2007) *Penggunaan barcode dalam mencegah terjadinya kesalahan medikasi*. diambil dari <http://www.findarticles.com>, tanggal 6 Februari 2009

Swansburg, R.C (2000) *Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk perawat klinis*. Alih Bahasa : Samba S. Jakarta: EGC

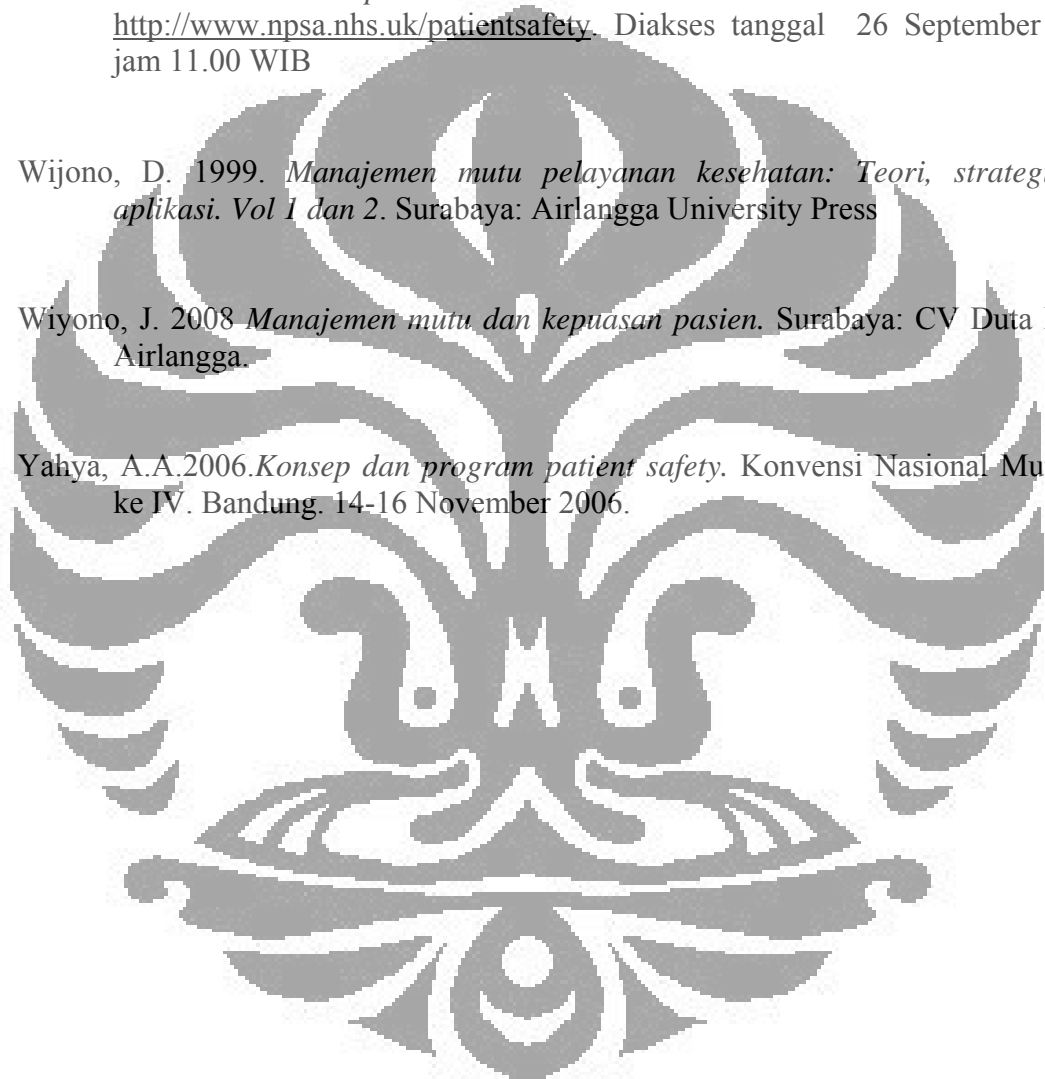
Tjiptono, F & Chandra, G (2005). *Service, quality & satisfaction*. Yogyakarta: Andi Offset.

Widayat, R. (2007) *Solusi hadapi tuntutan pasien. Sembilan solusi Live-Saving keselamatan pasien Rumah Sakit* diambil dari <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety>. Diakses tanggal 26 September 2007 jam 11.00 WIB

Wijono, D. 1999. *Manajemen mutu pelayanan kesehatan: Teori, strategi dan aplikasi. Vol 1 dan 2*. Surabaya: Airlangga University Press

Wiyono, J. 2008 *Manajemen mutu dan kepuasan pasien*. Surabaya: CV Duta Prima Airlangga.

Yahya, A.A. 2006. *Konsep dan program patient safety*. Konvensi Nasional Mutu RS ke IV. Bandung. 14-16 November 2006.



HUBUNGAN PENERAPAN TINDAKAN KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT PELAKSANA DENGAN KEPUASAN PASIEN DI RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA

Dewi Maryam, Elly Nurrachmah, Sutanto Priyo Hastono

Abstrak

Penelitian ini dengan jenis deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sektional* ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran “Hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya”. Populasi penelitian ini adalah pasien yang dirawat di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya berjumlah 112 responden berdasarkan rumus uji beda proporsi. Analisis data menggunakan langkah-langkah univariat, bivariat dan multivariat. Hasil penelitian menggambarkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara perhatian pada rupa dan nama obat ($p=0,633$), pengendalian cairan elektrolit pekat ($p=0,803$), kebersihan tangan ($p=0,298$), pencegahan salah sambung slang ($0,153$), dan kepastian tindakan yang benar pada sisi yang benar ($p=0,056$) dengan kepuasan pasien. Terdapat hubungan yang bermakna antara identifikasi pasien ($p=0,001$), komunikasi saat operan ($p=0,024$), injeksi ($p=0,030$), dan akurasi ketepatan pemberian obat ($p=0,000$) dengan kepuasan pasien. Faktor yang paling berhubungan pada penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat dengan kepuasan pasien adalah akurasi ketepatan pemberian obat ($p=0,000$ O R=34,818 CI 95% 4,819-224,870). Usulan penelitian selanjutnya diantaranya merekomendasikan untuk penelitian lanjutan yang bertujuan menggali lebih dalam penerapan program keselamatan pasien di rumah sakit.

Kata kunci: kepuasan pasien, keselamatan pasien

Abstract

This research is merely a descriptive correlative design with a cross sectional approach which has purposed to identify “The relationship between Patient Safety Implementation conducted by Nurses and Patient’s Satisfaction at Irna Medical and Surgical at RSUD Dr. Soetomo Surabaya”. The population of this research was patient, who stayed at Irna Surgical and Medical ward at RSUD Dr. Soetomo Surabaya. A hundred and twelve respondents were involved in the study. The univariat, bivariat and multivariat were used to analyze the data. The results revealed that there are no significant correlation between color and names of the drugs, control of concentrated electrolyte solution, hand hygiene, prevention of catheter and tubing mis-connections, and ensuring the correct procedure on correct body location site with patient’s satisfaction. There is a significant correlation between patient identification, communication during patient hand overs, single use of

injection devices, and drug accuracy and patient's satisfaction. The most correlating factor in applying patient safety intervention conducted by nurses toward patient's satisfaction is drug accuracy. Further, recommendation is directed to have further research in order to explore deeper on the implementation of patient safety program.

Keyword : Patient Safety Program, Patient Satisfaction

LATAR BELAKANG

Perkembangan Iptek dan globalisasi menuntut RS untuk lebih meningkatkan mutu layanannya dalam menghadapi persaingan pangsa pasar. Upaya yang dilakukan rumah sakit saat ini ditujukan pada 'Pelayanan Prima' yaitu pelayanan yang berorientasi pada pemenuhan kepuasan pasien sebagai pelanggan. Williams (1997, dalam Dingman, 2002) menyatakan bahwa reaksi klien dan kepuasan klien terhadap pelayanan asuhan keperawatan adalah faktor penentu dalam seluruh kepuasan pelayanan di rumah sakit.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Brady et al (1993) dalam Loviredge dan Cumming (1996) menyatakan bahwa dengan memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas dapat menurunkan angka kesalahan dalam melakukan perawatan, menekan peningkatan *length of stay* dan memberikan suasana emosional yang positif pada klien, keluarga, dan staf perawatan.

Salah satu cara dalam mengantisipasi liberalisasi sektor pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas layanan adalah dengan menerapkan sistem keselamatan pasien di setiap rumah sakit. Namun, sejak dikembangkan tahun 2005, baru sekitar 20% dari 1.292 RS di Indonesia yang menerapkannya (Kompas, 3 Desember 2008).

WHO pada 2 Mei 2007 menerbitkan panduan solusi keselamatan pasien di RS, antara lain; 1) Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip. 2) Memastikan identitas pasien. 3) Komunikasi secara benar saat serah terima pasien. 4) Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar. 5) Mengendalikan cairan elektrolit

pekat. 6) Memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan. 7) Menghindari salah kateter dan salah sambung slang. 8) Menggunakan alat injeksi sekali pakai. 9) Meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial (Depkes RI, 2006).

Lumenta (2008, dalam Kompas, 3 Desember 2008) menyatakan bahwa keuntungan dari penerapan KPRS di rumah sakit adalah komunikasi dengan pasien berkembang, resiko klinis menurun, keluhan pasien berkurang serta mutu pelayanan dan citra RS meningkat.

RSU Dr. Soetomo Surabaya adalah RS tipe A yang merupakan RS rujukan utama Indonesia Timur. Komite Mutu RSU Dr. Soetomo Surabaya sejak 2007 telah membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Hasil wawancara dengan Kepala Keperawatan Instalasi Rawat Inap Bedah didapatkan data bahwa di 10 ruang menunjukkan kegiatan tim *patient safety* yang telah dibentuk di tiap ruang belum berjalan sebagaimana yang diharapkan.

Hasil evaluasi standar prosedur 2007 menunjukkan bahwa 7 dari 64 perawat perawat lupa melakukan cuci tangan sebelum atau sesudah melakukan tindakan. Hasil evaluasi kepuasan pasien di Irna Bedah 2007 menunjukkan 79,4 % pasien puas dengan pelayanan yang diberikan oleh petugas RS. Namun demikian, wawancara dengan beberapa pasien di ruang Bugenvill didapatkan bahwa pasien dan keluarga merasa tidak puas karena belum dilibatkan dalam rencana tindakan keperawatan, komunikasi yang kurang dengan petugas, serta petugas yang kurang sopan sehingga kadang-kadang pasien merasa tidak nyaman selama dirawat di ruangan.

Beranjak dari latar belakang tersebut di atas, peneliti tertarik untuk meneliti tentang ” Hubungan Antara Penerapan Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana dengan Kepuasan Pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya”.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian korelasi deskriptif (*Descriptive corelational*) dengan menggunakan pendekatan *Cross sectional*. Dalam penelitian ini, penentuan besar sampel dengan menggunakan rumus uji beda proporsi, didapatkan sampel sebanyak 112 responden yang sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan dalam penelitian ini.

Instrumen yang digunakan adalah kuesioner modifikasi konsep kepuasan pasien dari Supranto (2006) dan Wiyono (2008). Sedangkan kuesioner penerapan tindakan keselamatan pasien dikembangkan berdasarkan konsep dari Yahya (2006) dan Depkes RI (2006). Uji coba instrumen dilakukan sebelum pengumpulan data pada pasien di Irna Obgyn RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pengumpulan data diawali dengan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian kepada responden. Responden kemudian diminta kesediaannya untuk menandatangani surat persetujuan. Selanjutnya setelah kuesioner terisi, peneliti meneliti ulang kelengkapan jawaban. Pengumpulan data dilakukan pada saat luang/saat istirahat pasien.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji statistik univariat, bivariat dan multivariat. Analisis univariat berbentuk distribusi frekuensi yang menggambarkan prosentase variabel yaitu karakteristik responden, penerapan tindakan keselamatan pasien dan kepuasan pasien. Uji statistik bivariat menjelaskan hubungan antara sub variabel penerapan tindakan keselamatan pasien dengan kepuasan pasien. Sedangkan uji statistik

multivariat menjelaskan tentang jenis penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana yang paling berhubungan dengan kepuasan pasien.

HASIL PENELITIAN

Hasil analisis univariat didapatkan usia responden paling banyak adalah usia 26 - 45 tahun (51,8%). Jenis kelamin perempuan lebih banyak dari laki-laki yaitu 59 (52,7%). Status perkawinan responden paling banyak yang sudah menikah yaitu 99 pasien (88,4%). Tingkat pendidikan paling banyak adalah Dasar yaitu 71 orang (63,4%). Cara membayar biaya rumah sakit paling banyak dengan menggunakan Askeskin yaitu 102 orang (91,1%). Responden memiliki pengalaman opname paling banyak yaitu 58 orang (51,8%) dibandingkan dengan yang belum pernah opname.

Penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dipersepsikan baik oleh responden yaitu lebih dari 50% untuk masing-masing subvariabel. Prosentase yang tertinggi pada kebersihan tangan perawat (83,9%) dengan pertanyaan perawat mencuci tangan sebelum/ sesudah melakukan tindakan. Prosentase terendah pada perhatian perawat pada nama obat (53,6%).

Kepuasan pasien yang digambarkan berdasarkan masing-masing subvariabel seluruhnya dipersepsikan puas oleh responden sebesar lebih dari 50%. Prosentase tertinggi pada variabel ketanggapan (77,7%) yaitu pada pertanyaan kesediaan perawat untuk membantu pasien. Prosentase terendah pada variabel keandalan (57,1%) yaitu pada pertanyaan perawat memberikan pelayanan keperawatan tepat waktu.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa dari sub variabel independen yang diduga berhubungan dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya hanya terdapat empat (4) sub variabel yang berhubungan secara signifikan yaitu

identifikasi pasien, komunikasi, injeksi dan akurasi obat dengan *p-Wald* sebesar 0.001, 0,024, 0,030 dan 0,000. Hasil analisis menunjukkan bahwa yang paling berhubungan dengan kepuasan pasien adalah akurasi obat karena mempunyai OR terbesar.

PEMBAHASAN

1. Hubungan perhatian pada nama obat dengan kepuasan pasien

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara perhatian pada nama obat dengan kepuasan pasien. Penulis berasumsi, perhatian perawat akan nama dan jenis obat yang ditunjukkan dengan menjelaskan tentang jenis dan nama obat serta manfaat obat tersebut kepada pasien sebelum diberikan akan menambah rasa aman dan nyaman pasien yang berdampak pada peningkatan kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

2. Hubungan pengidentifikasian pasien dengan kepuasan pasien

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengidentifikasian pasien dengan kepuasan pasien. Penulis berasumsi, pengidentifikasian pasien yang benar adalah salah satu kunci keberhasilan program keselamatan pasien di rumah sakit, sehingga kejadian cedera/yang tidak diharapkan dapat dihindari. Dengan identifikasi secara benar dan tepat, perawat akan dapat memahami kebutuhan dan keinginan pasien.

3. Hubungan komunikasi saat operan pasien dengan kepuasan pasien

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengidentifikasian pasien kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Penulis berasumsi, banyak kesalahan terjadi sebagai akibat dari miskinnya komunikasi lisan atau tertulis. Meningkatkan kemampuan komunikasi dan

interaksi antar anggota yang lebih baik dari tim kesehatan dan pasien adalah sangat penting guna mencegah terjadinya kesalahan.

4. **Hubungan kepastian tindakan yang benar dengan kepuasan pasien**

Berdasarkan hasil analisis yang diperoleh menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kepastian tindakan yang benar dengan kepuasan pasien. Penulis berasumsi bahwa kegiatan keperawatan yang sudah dilakukan oleh perawat dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari menjadi tidak bermakna dihadapan pasien bila perawat hanya melaksanakannya tanpa mempertimbangkan keselamatan dan kepuasan pasien. Beberapa kejadian terjadi akibat keteledoran perawat yang tidak memastikan dengan benar sisi atau bagian tubuh mana yang sakit atau yang diinginkan oleh pasien untuk diberikan asuhan.

5. **Hubungan pengendalian cairan dengan kepuasan pasien**

Berdasarkan hasil analisis yang diperoleh menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pengendalian cairan dengan kepuasan pasien. Penulis berasumsi bahwa monitoring dan pengendalian cairan elektrolit pekat merupakan salah satu kegiatan dalam pasien safety yang bertujuan untuk mempertahankan mutu pelayanan kesehatan yang paripurna. Namun bagi pasien yang awam, mereka tidak mampu membedakan antara jenis cairan yang satu dari yang lain terhadap dampaknya pada keselamatan diri mereka. Hal inilah yang melatarbelakangi pengendalian cairan elektrolit pekat tidak berhubungan dengan kepuasan mereka.

6. **Hubungan akurasi ketepatan pemberian obat dengan kepuasan pasien**

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh menunjukkan bahwa ada hubungan antara ketepatan pemberian obat dengan kepuasan. Penulis berasumsi

bahwa pemberian obat yang aman dan akurat merupakan salah satu tugas terpenting perawat. RSUD Dr. Soetomo Surabaya sebenarnya telah melakukan unit-dosis dispensing obat (UDD) di beberapa ruangan. Sistem UDD meminimalkan kesalahan karena pemberian obat diberikan pada pasien perunit pemakaian. Namun beberapa pasien di ruangan masih mengeluhkan seringnya terjadi keterlambatan pemberian obat oleh petugas. Banyak perawat yang tidak memastikan obat yang diberikan sesuai waktu dan hanya meletakkan diatas meja pasien. Sehingga kemungkinan obat tidak diminum atau terlambat dari waktu yang telah ditentukan bisa terjadi.

7. **Hubungan pencegahan salah sambung slang dengan kepuasan pasien**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pencegahan salah sambung slang dengan kepuasan pasien. Penulis berasumsi, Salah satu yang dapat terjadi adalah kesalahan perawat pada saat penyambungan slang atau pada saat perawat memberikan tindakan memasukkan obat atau makanan lewat slang infus/sonde. Namun agaknya hal tersebut tidak menjadi perhatian yang utama bagi pasien, mereka hanya tahu bahwa selang tersebut dipasang ditubuhnya demi kesehatannya dan tidak menyadari bahwa keselamatannya dapat terancam akibat prosedur yang salah pada pemasangan sambungan selang.

8. **Hubungan penggunaan alat injeksi sekali pakai dengan kepuasan pasien**

Merujuk pada penelitian ini, didapatkan hubungan antara penggunaan alat injeksi sekali pakai dengan kepuasan pasien. Kesadaran pasien akan pentingnya penggunaan alat injeksi sekali pakai sudah bukan lagi menjadi rahasia umum, yang artinya bahwa pasien kebanyakan memahami bahwa penggunaan alat injeksi sekali pakai dapat menghindarkan dari penularan penyakit. Pemahaman ini pasien peroleh

dari media massa yang gencar menyampaikan pentingnya penggunaan alat injeksi sekali pakai, Wendy Leebov (dalam Wiyono, 2008) mengatakan bahwa keamanan dan kenyamanan yang didapat oleh pasien akan berpengaruh pada kepuasan pasien. RSUD Dr. Soetomo Surabaya telah menerapkan penggunaan alat injeksi sekali pakai. Pelayanan kesehatan di tiap-tiap ruangan telah tersedia sampah medis khusus untuk alat suntik bekas. Hal inilah yang melatarbelakangi penggunaan alat injeksi sekali pakai berhubungan dengan kepuasan pasien.

9. Hubungan kebersihan tangan perawat dengan kepuasan pasien

Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara kebersihan tangan perawat dengan kepuasan pasien. Beberapa penelitian membuktikan bahwa kebersihan tangan berpengaruh pada kejadian nosokomial yang dialami di rumah sakit. Tingginya angka nosokomial ini akan memicu terjadinya ketidakpuasan yang dirasakan oleh pasien sebagai konsumen rumah sakit.

10. Penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat yang paling berhubungan dengan kepuasan pasien

Variabel akurasi pemberian obat adalah variabel yang paling berhubungan dengan kepuasan pasien dengan OR = 34,918 (95%CI 4,819 – 224,870) yang artinya akurasi pemberian obat yang baik berpeluang 34,918 kali untuk meningkatkan kepuasan pasien setelah dikontrol oleh identifikasi, pengendalian cairan, nama obat, kebersihan tangan, injeksi, kepastian tindakan, pencegahan salah slang, komunikasi, pengalaman, cara bayar, dan status perkawinan. Hasil tersebut dapat diasumsikan bahwa kepuasan pasien lebih dominan dipengaruhi oleh akurasi pemberian obat oleh perawat.

Medication Error merupakan salah satu variabel kejadian *medical error*, sehingga kejadian *medication error* akan memberikan dampak terhadap peningkatan *medical error*. Data pasti mengenai *medical error* relatif sulit diperoleh, karena sebagian tidak di kenali, dianggap biasa (bukan suatu event), atau terjadi tetapi tidak dicatat. Salah satu hal yang cukup dramatis ialah di Amerika Serikat angka kejadian *medical error* yang mengakibatkan kematian sebesar 100.000 orang pertahun. Angka ini jauh lebih besar dari kematian akibat kecelakaan lalu-lintas (43.458), kanker payudara (42.397), atau akibat AIDS (16.516) (Benjamin, 2007)

IMPLIKASI PENELITIAN

Untuk lebih memahami harapan-harapan pasien dari berbagai kelas perawatan dan untuk meningkatkan citra perawat di masa mendatang maka pihak rumah sakit hendaknya lebih proaktif di dalam melakukan penelitian atas kinerja perawat dalam pengendalian keselamatan pasien serta sejauhmana keselamatan pasien diterapkan di rumah sakit. Hal ini diperlukan sebagai langkah di dalam memperbaiki mutu rumah sakit.

Perkembangan IPTEK kesehatan dan makin banyaknya penyakit maka diperlukan banyak penelitian yang mengkaji dan menghubungkan IPTEK kesehatan dan kepuasan pasien. Program keselamatan pasien ini diharapkan dimasukkan ke dalam kurikulum pendidikan keperawatan dengan bobot kredit yang memadai dan mencakup berbagai cabang ilmu keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan mutu dan profesionalisme lulusan perawat.

KESIMPULAN

Hasil penelitian menggambarkan kepuasan pasien pada masing-masing sub variabel bukti nyata, keandalan, ketanggapan, jaminan dan empati diperoleh paling banyak pasien merasa puas. Penerapan tindakan keselamatan pasien pada masing-masing sub variabel perhatian pada nama obat, identifikasi pasien, komunikasi saat operan, kepastian tindakan, pengendalian cairan elektrolit pekat, akurasi ketepatan obat, pencegahan salah sambung slang, penggunaan alat injeksi sekali pakai dan kebersihan tangan perawat menunjukkan baik.

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara perhatian pada nama obat, pengendalian cairan, kebersihan tangan, pencegahan salah sambung slang, dan kepastian tindakan dengan kepuasan pasien. Terdapat hubungan yang bermakna antara identifikasi pasien, komunikasi saat operan, injeksi, dan akurasi pemberian obat dengan kepuasan pasien. Faktor yang paling berhubungan pada penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien adalah akurasi pemberian obat.

Adapun saran dari peneliti bagi RS adalah mengembangkan program pelatihan secara periodik mengenai *Customer Service* dan *Patient safety* selain itu RS dapat menambah depo farmasi di ruangan yang belum memilikinya untuk memenuhi kebutuhan pelayanan keperawatan pasien. Saran bagi Manajer Keperawatan adalah mengembangkan program monitoring dan evaluasi dalam penerapan *patient safety* serta menginisiasi program *patient safety* secara proaktif yang memacu terwujudnya budaya kerja berorientasi pada keselamatan pasien. Adapun saran bagi perawat adalah melaksanakan kegiatan sesuai SOP terutama dalam menunjukkan sikap 6 tepat dalam pemberian obat kepada pasien untuk meningkatkan akurasi pemberian obat. Bagi penelitian selanjutnya

merekomendasikan untuk penelitian lanjutan yang bertujuan menggali lebih dalam program keselamatan pasien rumah sakit terhadap mutu pelayanan rumah sakit dan desain penelitian sebab akibat antara kepuasan pasien dengan penerapan keselamatan pasien.

REFERENSI

- Benjamin, R. (2007) *Medication errors & patient safety*. Diambil pada tanggal 5 Pebruari 2009 dari <http://www.msn.com/id/255941>
- Depkes RI. (2006) *Panduan nasional keselamatan pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Jakarta: Depkes RI
- Dingman, S. (2002) *Nursing service caring*. Diambil pada tanggal 5 Pebruari 2009 dari <http://www.The Quality Hospital.com /Egi.win/ mercyweb .exe /caring.htm>.
- Gillies, D.A (1994) *Nursing management : A system approach (3rd ed)*. Philadelphia. WB Saunders Company
- Irawan, D.H. (2002) *10- Prinsip kepuasan pelanggan*. Jakarta: PT Elexmedia Komputindo.
- Kompas (2008) *Sistem keselamatan pasien belum berjalan*. Tanggal 3 Desember 2008 Diambil dari <http://www.findarticles.com>, tanggal 6 Februari 2009
- Loveridge & Cumming. (1996) *Nursing management in the new paradigm*. Maryland: An Aspen Publication.
- Supranto, J. (2006) *Pengukuran tingkat kepuasan pelanggan untuk menaikkan pangsa pasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Wiyono, J. 2008 *Manajemen mutu dan kepuasan pasien*. Surabaya: CV Duta Prima Airlangga.
- Yahya, A.A.2006.*Konsep dan program patient safety*. Konvensi Nasional Mutu RS ke IV. Bandung. 14-16 November 2006.

**Dewi Maryam, Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan,
Universitas Indonesia, Kampus FIK UI Depok, E-mail: Namira.dewi@yahoo.com
Sumber dana riset: DASK RSU Dr. Soetomo Surabaya**

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Dewi Maryam
NPM : 0706194652
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Pembimbing : 1. Prof. Dra. Elly Nurrachmah, D.N.Sc
2. Drs Sutanto Priyo Hastono, M. Kes

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	TTD

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Dewi Maryam

Tempat, tanggal lahir : Sidoarjo, 06 Desember 1975

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat Rumah : Ds. Gluran Ploso RT 2 RW 1 Benjeng Gresik

Alamat Institusi : RSUD. Dr. Soetomo Surabaya
Jl. Prof. Dr. Moestopo Surabaya

Riwayat Pendidikan : 1. S1 PSIK FK Unair Surabaya tahun 2001
2. D3 AKPER Unmuh Surabaya tahun 1997
3. SMA Negeri I Taman Sidoarjo tahun 1994
4. SMP Negeri I Taman Sidoarjo tahun 1991
5. SD Muhammadiyah I Taman Sidoarjo 1988

Riwayat Pekerjaan : 1. RSUD. Dr. Soetomo Surabaya s.d sekarang
2. Akper Pemda Gresik tahun 2005
3. RSI Surabaya tahun 2001
4. RS Siti Khodijah Sidoarjo tahun 1998

**POSTGRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
LEADERSHIP AND NURSING MANAGEMENT
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, June 2009

Dewi Maryam

A Correlation of Patient Safety Implementation by Nurses with Patient's Satisfaction at Irna Medical and Surgical at RSU. Dr. Soetomo Surabaya.

xii + 154 pages + 12 enclosures

Abstract

This research is merely a descriptive correlative design with a cross sectional approach which has purposed to identify "The relationship between Patient Safety Implementation conducted by Nurses and Patient's Satisfaction at Irna Medical and Surgical at RSU Dr. Soetomo Surabaya". The population of this research was patient, who stayed at Irna Surgical and Medical ward at RSU Dr. Soetomo Surabaya. A hundred and twelve respondents were involved in the study. The univariat, bivariat and multivariat were used to analyze the data. The results revealed that there are no significant correlation between color and names of the drugs, control of concentrated electrolyte solution, hand hygiene, prevention of catheter and tubing mis-connections, and ensuring the correct procedure on correct body location site with patient's satisfaction. There is a significant correlation between patient identification, communication during patient hand overs, single use of injection devices, and drug accuracy and patient's satisfaction. The most correlating factor in applying patient safety intervention conducted by nurses toward patient's satisfaction is drug accuracy. Further, recommendation is directed to have further research in order to explore deeper on the implementation of patient safety program.

Keyword : Patient Safety Program, Patient Satisfaction

Bibliography : 59 (1981 -2008)

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juni 2009

Dewi Maryam

Hubungan Penerapan Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana dengan Kepuasan Pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya

xii + 154 hal + 12 lampiran

Abstrak

Penelitian ini dengan jenis deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sektional* ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran “Hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya”. Populasi penelitian ini adalah pasien yang dirawat di Irna Bedah dan Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya berjumlah 112 responden berdasarkan rumus uji beda proporsi. Analisis data menggunakan langkah-langkah univariat, bivariat dan multivariat. Hasil penelitian menggambarkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara perhatian pada rupa dan nama obat ($p=0,633$), pengendalian cairan elektrolit pekat ($p=0,803$), kebersihan tangan ($p=0,298$), pencegahan salah sambung slang ($0,153$), dan kepastian tindakan yang benar pada sisi yang benar ($p=0,056$) dengan kepuasan pasien. Terdapat hubungan yang bermakna antara identifikasi pasien ($p=0,001$), komunikasi saat operan ($p=0,024$), injeksi ($p=0,030$), dan akurasi ketepatan pemberian obat ($p=0,000$) dengan kepuasan pasien. Faktor yang paling berhubungan pada penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat dengan kepuasan pasien adalah akurasi ketepatan pemberian obat ($p=0,000$ OR=34,818 CI 95% 4,819-224,870). Usulan penelitian selanjutnya diantaranya merekomendasikan untuk penelitian lanjutan yang bertujuan menggali lebih dalam penerapan program keselamatan pasien di rumah sakit.

Kata kunci: kepuasan pasien, keselamatan pasien

Daftar Pustaka: 59 (1981-2008)

Surabaya, Juli 2009

Kepada

Yth. Bapak/Ibu Pasien

Di

Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, mahasiswa Pascasarjana Ilmu

Keperawatan FIK UI Jakarta:

Nama : Dewi Maryam

NPM : 0706194652

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Hubungan Penerapan Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya Tahun 2009"**

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2009.

Tindakan keselamatan pasien adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat agar asuhan keperawatan yang diberikan menjadi lebih aman. Manfaat dari penelitian ini adalah diharapkan hasil penelitian ini menjadi salah satu bahan pertimbangan dalam manajemen sumber daya manusia khususnya tenaga perawat dan pengembangan dalam metode pemberian asuhan keperawatan yang berfokus pada keselamatan pasien sehingga dapat meningkatkan Mutu Layanan Rumah Sakit.

Saya berterima kasih jika bapak/ibu bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner yang disertakan dalam lembaran ini dan jawaban responden akan dijamin kerahasiaannya. Mudah-mudahan amal baik responden bisa memberikan masukan untuk perkembangan keperawatan di masa yang akan datang.

Surabaya, Juli 2009

Peneliti

Dewi Maryam

**FORMAT PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : (inisial)
Umur : tahun
Jenis kelamin : L / P (coret yang tidak perlu)
Alamat :
.....
.....

Setelah mendengarkan penjelasan dari peneliti, dengan ini menyatakan **Bersedia/ Tidak Bersedia*** untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang akan dilakukan oleh Perawat RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang bernama **Dewi Maryam, SKep., Ns, NIP. 510 145 545** dengan judul "**Hubungan Penerapan Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana dengan kepuasan pasien di Irna Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya Tahun 2009**"

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 2009

Hormat saya,

(.....)

Keterangan :

* = coret yang tidak perlu

KISI KISI INSTRUMEN PENELITIAN

Variabel	Sub Variabel	Indikator	Deskriptif	Nomor Item Pertanyaan	
Karakteristik pasien	Umur Jenis Kelamin Status Perkawinan Cara Bayar Pengalaman MRS Pendidikan			1	
				2	
				3	
				4	
				5	
				6	
Kepuasan Pasien	Bukti Nyata	Fasilitas fisik Peralatan	Kebersihan ruang rawat Kelengkapan alat Kesiapan alat Kebersihan alat Penggunaan alat sekali pakai	1	
				2	
				3	
				4	
				5	
	Keandalan	Pelayanan tepat	Pelayanan konsisten/dpt diandalkan	Prosedur penerimaan pasien yang cepat/tepat Pemberian perawatan cepat/tepat Jadwal pelayanan tepat Prosedur tidak berbelit-belit Konsisten dengan tindakan	6
					7
					8
					9
					10
	Ketanggapan	Kesediaan membantu pasien		Memberi informasi jelas Membantu kebutuhan pasien Tindakan yang cepat sat dibutuhkan Kemampuan perawat untuk tanggap dengan keadaan pasien Tanggap dengan keluhan pasien	11
					12
					13
					14
					15
	Jaminan	Kompetensi perawat Keramahan Jaminan Pelayanan		Pengetahuan perawat dalam merawat Keterampilan perawat Pelayanan yang sopan Pelayanan ramah Keamanan perawatan	16
					17
					18
					19
					20
	Empati	Perhatian kepada individu	Pelayanan menyeluruh Memberi perhatian khusus Perhatian terhadap keluhan Keterlibatan keluarga/pasien dalam perencanaan askep	21	
				22	
				23	
				24	
				25	

Variabel	Sub Variabel	Indikator	Deskriptif	Nomor Item Pertanyaan
Penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana	Perhatian pada rupa dan nama obat	Perhatian rupa	Memperhatikan rupa obat	1
		Perhatian Nama	sebelum diberikan	2
		Perhatian Ucapan mirip	Mengecek nama obat Memperhatikan ucapan mirip/NORUM	3
	Pengidentifikasian Pasien	Identifikasi pasien dengan benar	Pemberian Tranfusi	4
			Pelaksanaan prosedural	5
			Pemberian obat	6
	Komunikasi saat operan pasien	Komunikasi tim kesehatan Keterlibatan pasien/keluarga	Komunikasi saat operan pasien dengan perawat	7
			Melibatkan keluarga dan pasien	8
			Memberi kesempatan untuk bertanya saat serah terima	9
	Kepastian tindakan yang benar	Menerapkan SOP Menerapkan SAK	Perhatian pada jenis prosedur tindakan	10
			Menerapkan SOP	11
			Memperhatikan sisi tubuh yang benar	12
Pengendalian cairan elektrolit pekat	Jenis cairan	Perhatian pada jenis cairan yang diberikan	13	
	Ukuran cairan pekat	Perhatian pada dosis cairan	14	
		Perhatian pada istilah cairan	15	
Akurasi ketepatan pemberian obat	Dosis Obat yang diberikan Waktu diberikan	Perhatian pada dosis obat yang diberikan ke pasien	16	
		Ketepatan waktu pemberian	17	
		Daftar obat yang diterima saat operan	18	
Pencegahan salah kateter/slang	Kateter Obat	Pemberian obat melalui slang obat	19	
	Slang Makanan	Pemberian makanan melalui Slang	20	
	Slang pembuangan	Penyambungan Slang/kateter dengan tepat	21	
Penggunaan alat injeksi sekali pakai	Penggunaan alat disposable Pembuangan alat disposable	Pemakaian alat injeksi sekali pakai	22	
		Pembuangan alat injeksi sekali pakai	23	
			24	
Kebersihan tangan perawat	Kepatuhan penerapan kebersihan tangan	Cuci tangan sebelum tindakan	25	
		Cuci tangan sesudah tindakan	26	
		Penggunaan alkohol based hand rubs	27	

KUESIONER

PENELITIAN

Kode :

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda (√) pada pertanyaan berikut ini :

1. Umur
(.....) tahun
2. Jenis Kelamin
(.....) Pria
(.....) Wanita
3. Status Perkawinan
(.....) Menikah
(.....) Belum menikah
(.....) Janda/Duda
4. Pendidikan
(.....) Tidak sekolah
(.....) SD – SMP
(.....) Menengah
(.....) Perguruan Tinggi
5. Cara Bayar
(.....) Asuransi
(.....) Pribadi
(.....) Perusahaan
6. Pengalaman MRS
(.....) Pernah opname Sebelumnya
(.....) Tidak pernah opname sebelumnya

INSTRUMEN KEPUASAN PASIEN (X)

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda (√) pada pertanyaan berikut ini :

Option Pilihan :

Untuk Harapan :

(1) tidak penting, (2) Kurang penting, (3) Penting, (4) sangat penting

Untuk Kenyataan :

(1) tidak sesuai, (2) kurang sesuai, (3) sesuai, (4) sangat sesuai dengan keinginan

No	Harapan				Pernyataan	Kenyataan			
	1	2	3	4		1	2	3	4
					<i>Bukti Nyata</i>				
1.					Adanya peralatan yang modern di RS ini				
2.					Terpenuhinya fasilitas umum yang lengkap (seperti: KM/WC, tempat parkir)				
3.					Perawat yang berpenampilan rapi dan profesional				
4.					Sarana pelayanan kesehatan di RS yang menarik				
					<i>Keandalan</i>				
5.					Perawat di ruangan menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan yang dijanjikannya				
6.					Perawat dapat diandalkan dalam menangani masalah kesehatan pasien				
7.					Perawat memberikan pelayanan keperawatan yang sesuai sejak pertama kali kontak dengan pasien				
8.					Perawat memberikan pelayanan keperawatan tepat waktu yang dijanjikan				
9.					Perawat menyimpan catatan/dokumen medik pasien tanpa kesalahan/hilang				
					<i>Ketanggapan</i>				
10					Perawat menginformasikan pada pasien tentang kepastian waktu pemberian asuhan keperawatan				
11					Layanan yang segera/cepat bagi pasien				
12					Kesediaan perawat untuk membantu pasien				
13					Kesiapan perawat untuk merespon permintaan pasien				

No	Harapan				Pernyataan	Kenyataan			
	1	2	3	4		1	2	3	4
					<i>Jaminan</i>				
14					Prilaku perawat yang menumbuhkan rasa percaya dalam diri pasien				
15					Tindakan keperawatan yang diberikan oleh perawat membuat pasien merasa aman sewaktu menerimanya				
16					Perawat yang secara konsisten bersikap sopan				
17					Perawat yang mampu menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pasien mengenai asuhan keperawatan				
					<i>Empati</i>				
18					Perawat memberikan perhatian secara individual kepada pasien				
19					Perawat memperlakukan pasien secara penuh perhatian				
20					Perawat secara sungguh-sungguh mengutamakan kepentingan pasien				
21					Perawat memahami kebutuhan pasien				
22					Perawat berada disamping pasien selama waktu ia bekerja				

**INSTRUMEN PENERAPAN KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT
(Y)**

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda (√) pada pertanyaan berikut ini :

Option Pilihan :

(1) Tidak pernah dilakukan, (2) jarang dilakukan, (3) Sering, (4) Selalu dilakukan

No	Pernyataan	Jawaban			
		1	2	3	4
	<i>Perhatian pada rupa dan nama Obat</i>				
1.	Perawat menjelaskan nama dan jenis obat yang akan diberikannya kepada pasien				
	<i>Pengidentifikasian pasien</i>				
2.	Perawat menanyakan nama dan identitas pasien pada saat pasien masuk ruangan				
3.	Perawat mencocokkan nama pasien dengan label saat akan dilakukan tindakan keperawatan/tranfusi darah				
	<i>Komunikasi saat operan</i>				
4.	Perawat melakukan operan pasien dengan perawat pengganti dihadapan pasien				
5.	Perawat melibatkan keluarga dan pasien saat memberikan asuhan keperawatan				
6.	Perawat memberikan penjelasan tentang tujuan tindakan saat akan memberikan tindakan keperawatan pada pasien				
	<i>Kepastian tindakan yang benar pada sisi yang benar</i>				
7.	Perawat menanyakan pada pasien daerah yang sakit/nyeri saat akan melakukan tindakan keperawatan (seperti;				
8.	mengompres, dll) Perawat memastikan identitas pasien sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan				

No	Pernyataan	Jawaban			
		1	2	3	4
	<i>Pengendalian cairan elektrolit pekat</i>				
9	Perawat mengecek dosis/tetes cairan infus secara berkala				
10	Perawat mencocokkan cairan infus yang diberikan pada pasien dengan lembar observasi/dokumen medik pasien				
	<i>Akurasi ketepatan pemberian obat</i>				
11	Perawat memberikan obat pasien dengan tepat waktu				
12	Perawat menanyakan identitas pasien kembali saat akan memberikan obat kepada pasien				
	<i>Pencegahan salah kateter/salah slang</i>				
13	Perawat mengecek slang infus sebelum memberikan obat melalui slang obat/infus				
14	Perawat mengecek slang sonde apakah masih pada posisi yang sesuai sebelum pemberian makanan melalui Slang sonde				
15	Perawat mengecek penyambungan Slang/kateter/drain dengan kantong/tabung secara berkala				
	<i>Penggunaan alat injeksi sekali pakai</i>				
16	Perawat memakai alat injeksi sekali pakai				
17	Perawat membuang alat injeksi sekali pakai ditempat yang tersedia				
18	Perawat mempertahankan kesterilan alat injeksi				
	<i>Kebersihan tangan perawat</i>				
19	Perawat mencuci tangan sebelum/sesudah tindakan keperawatan				
20	Perawat memakai sarung tangan pada saat memberikan perawatan pada pasien				