



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PELATIHAN TENTANG *PATIENT SAFETY*
TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN DAN
KETERAMPILAN PERAWAT KLINIK PADA PENERAPAN
PATIENT SAFETY DI IRNA C RSUP FATMAWATI**

TESIS

**Nilasari
0806446605**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK,
JUNI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PELATIHAN TENTANG *PATIENT SAFETY* TERHADAP
PENINGKATAN PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN PERAWAT
KLINIK PADA PENERAPAN *PATIENT SAFETY* DI IRNA C RSUP
FATMAWATI**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan**

**Nilasari
0806446605**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK,
JUNI 2010**

i

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan dihadapan Tim Penguji Tesis

Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, 19 Juli 2010

Pembimbing I



DR. Ratna Sitorus.,SKp., M.App.Sc

Pembimbing II



Sigit Mulyono, SKp., MN

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Nilasari

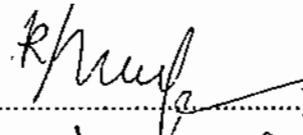
NPM : 0806446605

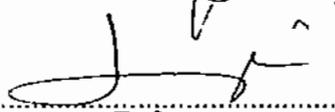
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

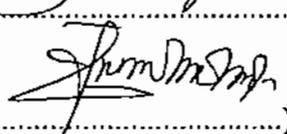
Judul Tesis : Pengaruh Pelatihan Tentang *Patient Safety* Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Keterampilan Perawat Klinik Pada Penerapan *Patient Safety* Di IRNA C RSUP Fatmawati

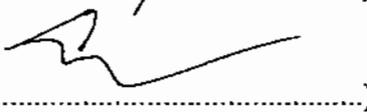
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : DR. Ratna Sitorus,SKp., M.App.Sc (.....)

Pembimbing II: Sigit Mulyono, SKp., MN (.....)

Penguji : Rr. Tutik Sri Hariyati.,MARS (.....)

Penguji : Luky Dwiantoro, SKp., MKep (.....)

Ditetapkan di: Depok

Tanggal : 19 Juli 2010

Surat Pernyataan Bebas Plagiat

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa tesis yang saya susun ini tanpa tindakan plagiat sesuai dengan ketentuan yang telah berlaku di Universitas Indonesia. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, maka saya siap untuk bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, Juni 2010

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Nilasari', written over a horizontal line.

Nilasari

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juni 2010

Nilasari

**Pengaruh Pelatihan Tentang *Patient Safety* Terhadap Peningkatan Pengetahuan
Dan Keterampilan Perawat Klinik Pada Penerapan *Patient Safety* Di IRNA C RSUP
Fatmawati**

xii + 106 hal + 13 tabel+ 3 skema+ 13 lampiran

Abstrak

Patient safety suatu keadaan dimana keselamatan pasien terjamin waktu menjalani pelayanan di rumah sakit. Tujuan penelitian untuk mendapatkan gambaran pengaruh pelatihan *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety*. Metodologi menggunakan *pre experiment one group pretest-posttest design*. Sampel 41 perawat. Hasil penelitian menggambarkan peningkatan bermakna sesudah pelatihan adalah pengetahuan, pengidentifikasian pasien, komunikasi saat operan, pemberian obat secara benar penandaan sisi tubuh yang benar, pencegahan salah kateter/salah slang, pencegahan risiko pasien jatuh, kebersihan tangan ($p=0,000$), tidak ada peningkatan bermakna adalah pengendalian cairan infus ($p=0,137$), penggunaan alat injeksi sekali pakai($p=0,257$). Rekomendasi perlu penelitian lanjutan dengan jumlah sampel yang lebih banyak dan metodologi penelitian lebih kuat, yang bertujuan untuk menggali lebih dalam penerapan *patient safety* guna meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Kata kunci: pengetahuan, keterampilan, *patient safety*
Daftar Pustaka: 48 (1994-2010)

POST GRADUATE PROGRAM OF FACULTY OF NURSING
LEADERSHIP AND NURSING MANAGEMENT
UNIVERSITAS INDONESIA

Thesis, June 2010

Nilasari

The Influence of Patient Safety Training to the Improvement of Knowledge and Skills of Clinical Nurses on Patient Safety Implementation at IRNA C Fatmawati General Hospital Center

xii+ 106 pages + 13 tables + 2 schemes + 13 appendixes

Abstract

Patient safety is a condition when a patient is assured of safety when he was undergoing treatment in hospital. The purpose of this research was to describe the influence of patient safety training to the improvement of knowledge and skills of clinical nurses on patient safety implementation. Methodology used in this research was qualitative approach, and using pre-experimental and one group pretest- post group design with 41 clinical nurses as the sample. The results showed that there was a significant improvement after the nurses got the training which are: knowledge, patient identification, communication at shift change, the correct drug administration, marking the correct side of the body, prevention of catheter assembly, preventing the risk of patient falls, and hand hygiene ($p=0,000$), while there was no significant improvement in the control of intravenous fluids ($p=0,137$) and disposable syringe ($p=0,257$). It is suggested that there is an advance research using stronger methodologies that aim to dig deeper into the implementation of patient safety in order to improve the quality of hospital services.

Keywords: knowledge, skills, patient safety

Bibliography: 50 (1994-2010)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan laporan hasil tesis ini. Laporan ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan laporan hasil tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Ibu Dewi Irawati, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- (2) Ibu Krisna Yetti, SKP, M.App. Sc, selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- (3) DR. Ratna Sitorus, S.Kp, M.App.Sc selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan masukan dan arahan serta bimbingan.
- (4) Sigit Mulyono, S.Kp, MN (SM) selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan masukan dan arahan serta bimbingan.
- (5) Direktur Utama RSUP Fatmawati yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
- (6) Kepala Bidang Keperawatan yang telah banyak memberikan informasi maupun fasilitas dalam kegiatan pengumpulan data.
- (7) Ketua Komite Keselamatan Rumah Sakit RSUP Fatmawati yang telah banyak membantu memberikan data hingga terselesaikannya laporan ini.
- (8) Ketua Komite Keperawatan yang telah banyak memberikan informasi maupun fasilitas dalam kegiatan pengumpulan data.
- (9) Keluarga tercinta yang telah banyak memberikan dukungannya selama menjalani pendidikan dan pembuatan laporan hasil tesis ini.
- (10) Rekan-rekan seangkatan Program Studi Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Indonesia tahun 2008 yang senantiasa saling mendukung dan membantu selama penyelesaian laporan hasil tesis ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga laporan hasil tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok , 30 Juni 2010

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT.....	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR SKEMA.....	x
DADTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	10
1.3.1 Tujuan Umum.....	10
1.3.2 Tujuan Khusus.....	10
1.4 Manfaat Penelitian.....	11
1.4.1 Manfaat Aplikatif.....	11
1.4.2 Manfaat Akademi dan Keilmuan.....	12
1.4.3 Manfaat Metodologi.....	12
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	13
2.1 Konsep Manajemen Resiko.....	13
2.2 Manajemen Keperawatan.....	15
2.3 Konsep <i>Patient Safety</i>	16
2.3.1 Pengertian.....	16
2.3.2 Tujuan Keselamatan Rumah Sakit.....	19
2.3.3 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	19
2.3.4 Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	24
2.3.5 Tujuh Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	31
2.3.6 Indikator <i>Patient Safety</i>	35
2.4 Pengetahuan.....	37
2.4.1 Pengertian.....	37
2.4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	38
2.4.3 Tingkatan pengetahuan.....	41
2.4.4 Pengukuran Pengetahuan.....	42
2.5 Keterampilan.....	43
2.5.1 Pengertian.....	43
2.5.2 Keterampilan Penerapan <i>Patient Safety</i>	43
2.6 Pelatihan.....	44
2.6.1 Pengertian.....	44
2.6.2 Tujuan.....	44
2.7 Perawat Klinik.....	46

2.7.1 Pengertian.....	46
2.7.2 Jenjang Karir Profesional Perawat Klinik.....	46
2.8 Karakteristi Individu.....	47
2.9 Kerangka Teori.....	49
BAB 3 KERANGKA KONSEP PENELITIAN, HIPOTESIS, DAN	
DEFINISI OPERASIONAL.....	52
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	52
3.2 Hipotesis.....	54
3.2.1 Hipotesis Mayor.....	54
3.2.2 Hipotesis Minor.....	54
3.3 Definisi Operasional.....	55
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	61
4.1 Desain Penelitian.....	61
4.2 Populasi dan Sampel.....	62
4.2.1 Populasi.....	62
4.2.2 Sampel.....	62
4.3 Tempat Penelitian.....	64
4.4 Waktu Penelitian.....	64
4.5 Etika Penelitian.....	64
4.6 AlatPengumpul Data.....	66
4.7 Uji Instrumen.....	67
4.8 Prosedur Pengumpul Data.....	69
4.8.1 Prosedur Administrasi.....	69
4.8.2 Prosedur Teknis.....	69
4.9 Pengolahan Data dan Analisis Data.....	71
4.9.1 Pengolahan Data.....	71
4.9.2 Analisis Data.....	71
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	73
5.1 Hasil Analisis Univariat.....	73
5.2 Hasil Analisis Bivariat.....	80
BAB 6 PEMBAHASAN	85
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN.....	105
7.1 SIMPULAN.....	105
7.2 SARAN.....	106
DAFTAR PUSTAKA.	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka teori penelitian.....	51
Skema. 3.1.	Kerangka Konsep Penelitian.....	53
Skema 4.1	Desain penelitian <i>pre-experimental designs</i> dengan <i>one group pretest- posttest desain</i>	61

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Definisi operasional penelitian	55
Tabel 5.1	Ditribusi Perawat Klinik menurut Umur dan Lama Kerja di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010	73
Tabel 5.2	Distribusi Perawat Klinik menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Status Kepegawaian di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010	74
Tabel 5.3	Distribusi Pengetahuan Perawat Klinik Sebelum dan Sesudah Mendapat Pelatihan Tentang <i>Patient Safety</i> di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010	75
Tabel 5.4	Distribusi Keterampilan Perawat Klinik Sebelum dan Sesudah Mendapat Pelatihan Tentang <i>Patient Safety</i> di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010	76
Tabel 5.5	Distribusi Perawat Klinik menurut keterampilan pada Memastikan Identitas Pasien, Komunikasi saat Operan, Tindakan pada Sisi Tubuh yang Benar, Sebelum dan Sesudah mendapat Pelatihan Tentang <i>Patient Safety</i> di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010	77
Tabel 5.6	Distribusi Perawat Klinik menurut Keterampilan pada Pemberian Obat Secara Benar, Penggunaan Alat Injeksi Sekali Pakai, Pengendalian Cairan Infus, Sebelum dan Sesudah Mendapat Pelatihan Tentang <i>Patient Safety</i> di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010	78
Tabel 5.7	Distribusi Perawat Klinik menurut Keterampilan pada Pencegahan Resiko Pasien Jatuh, Pencegahan Salah Katcter/Salah Slang, Meningkatkan Kebersihan Tangan Sebelum dan Sesudah Mendapat Pelatihan Tentang <i>Patient Safety</i> di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010	79

Tabel 5.8	Analisis Pengetahuan Perawat Klinik Sebelum dan Sesudah Mendapat Pelatihan Tentang <i>Patient Safety</i> di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010	80
Tabel 5.9	Analisis Keterampilan Perawat Klinik Sebelum dan Sesudah Mendapat Pelatihan Tentang <i>Patient Safety</i> di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010	80
Tabel 5.10	Analisis Perawat Klinik menurut Keterampilan pada Memastikan Identitas Pasien, Komunikasi saat Operan, Tindakan pada Sisi Tubuh yang Benar, Sebelum dan Sesudah mendapat Pelatihan Tentang <i>Patient Safety</i> di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010	81
Tabel 5.11	Analisis Perawat Klinik menurut Keterampilan pada Pemberian Obar secara Benar, Penggunaan Alat Injeksi Sekali Pakai, Pengendalian Cairan Infus, Sebelum dan Sesudah mendapat Pelatihan Tentang <i>Patient Safety</i> di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010	82
Tabel 5.12	Analisis Perawat Klinik menurut Keterampilan pada Pencegahan Resiko Pasien Jatuh, Pencegahan Salah Kateter/Salah Slang, Meningkatkan Kebersihan Tangan Sebelum dan Sesudah Mendapat Pelatihan Tentang <i>Patient Safety</i> di IRNA C RSUP Fatmawati Juni Juni 2010	83

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan penelitian
- Lampiran 2 Persetujuan sebagai responden
- Lampiran 3 Instrumen A
- Lampiran 4 Instrumen B
- Lampiran 5 Instrumen C
- Lampiran 6 Kisi-kisi Instrumen C
- Lampiran 7 Modul pelatihan
- Lampiran 8 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 9 Surat Permohonan Uji Instrumen dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Lampiran 10 Surat Permohonan Ijin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Lampiran 11 Surat Persetujuan Ijin Penelitian dari RSUP Fatmawati
- Lampiran 12 Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 13 Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

Pendahuluan pada bab ini akan menggambarkan latar belakang, rumusan masalah, tujuan umum dan tujuan khusus, serta manfaat penelitian.

1.1 Latar belakang

Mutu pelayanan merupakan hal penting dalam pelayanan rumah sakit. Komplain pasien dan keluarga terhadap pelayanan rumah sakit meningkat sehingga mengganggu kelangsungan pelayanan, walaupun di rumah sakit yang sudah memperoleh ISO, melaksanakan GKM, TQM, PSBH dan sebagainya namun masih banyak terjadi medical errors (Dcp.Kcs. R.I., 2008). Tuduhan malpraktek terhadap rumah sakit dan profesi kesehatan makin meningkat. Kerugian yang diderita oleh rumah sakit dan profesi kedokteran makin tinggi. Para dokter sudah mengansurasikan diri mereka terhadap risiko malpraktek karena mereka stress. Profesi hukum dan LSM hukum makin gencar menggunakan isu malpraktek untuk kepentingan finansial mereka. Belum jelas langkah-langkah yang diambil oleh pemerintah, dan profesi kesehatan, di Indonesia terhadap fenomena tersebut.

Pelayanan keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit, perawat melakukan kontak langsung dengan pasien selama 24 jam secara terus menerus, memberikan tindakan keperawatan dan delegasi medis, yang dapat berisiko terjadi kesalahan sehingga mengancam keselamatan pasien. Perlu adanya upaya menjaga keselamatan pasien melalui program peningkatan mutu Sumber Daya Manusia (SDM) dan pelayanan asuhan keperawatan.

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan di rumah

sakit dan hal itu terkait dengan isu mutu dan citra rumah sakit. Sejak awal tahun 1900 institusi rumah sakit selalu meningkatkan mutu pada tiga elemen yaitu struktur, proses, dan *outcome* dengan berbagai macam program regulasi yang berwenang misalnya antara lain penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit, ISO, Indikator Klinis dan lain sebagainya. Namun harus diakui, pada pelayanan yang berkualitas masih terjadi Kejadian Tidak Diduga (KTD), (Dep Kes R.I 2006).

Keselamatan pasien adalah “suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi assessment risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan pasien koma, pelaporan dan analisis *accident*, kemampuan belajar dari *accident* dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko” (Dep Kes R.I, 2006). *Patient safety* adalah suatu keadaan dimana keselamatan pasien terjamin waktu ia menjalani pelayanan di rumah sakit (Dep.Kes. R.I., 2008). *Patient safety* juga merupakan upaya yang dijalankan oleh rumah sakit untuk menjamin keselamatan pasien yang dirawatnya. Pengkajian pada keselamatan pasien secara garis besar dibagi kepada struktur, lingkungan, peralatan teknologi, proses, orang dan budaya. Faktor budaya sangat berpengaruh besar terhadap pemahaman kesalahan dan keselamatan pasien.

Institute of Medicine (IOM) di Amerika Serikat pada tahun 2000, menerbitkan laporan “*TO ERR IS HUMAN*”. Laporan yang mengemukakan hasil penelitian di rumah sakit Utah dan Colorado serta New York, ditemukan bahwa Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) sebesar 2,9 %, dimana 6,6 % diantaranya meninggal, sedangkan di New York KTD sebesar 3,7 % dengan angka kematian 13,6 %. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta berkisar 44.000 – 98.000 per tahun (Dep.Kes. R.I., 2008).

Di Indonesia, Dep.Kes. R.I. (2008) menyatakan data tentang KTD atau Kejadian Nyaris Cidera (*Near miss*) masih langka, namun tuduhan terhadap mal praktek meningkat, dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien maka Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS).

WHO *Collaborating Center for Patient Safety*, pada 2 Mei 2007 menerbitkan panduan solusi kesehatan pasien di rumah sakit. Solusi kesehatan pasien adalah sistem atau intervensi sehingga mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatana. Sembilan solusi kesehatan pasien rumah sakit adalah: 1) Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*Look-alike, Sound- alike medication names*). 2) Memastikan identitas pasien. 3) Komunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan pasien. 4) Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar. 5) Mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*). 6) Memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan. 7) Menghindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*). 8) Menggunakan alat injeksi sekali pakai. 9) Meningkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial (Depkes RI, 2008).

Mengingat masalah keselamatan pasien perlu mendapat penanganan segera di rumah sakit Indonesia, maka Depkes RI menyusun standar keselamatan pasien rumah sakit yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahan sakitan di Indonesia, dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan instrumen Akreditasi Rumah Sakit. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu: 1) Hak pasien. 2) Mendidik pasien dan keluarga. 3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan. 4) Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien. 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien. 6). Mendidik staf tentang keselamatan pasien. 7) Komunikasi

merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien (Depkes RI, 2008).

Beberapa literatur menjelaskan *Patient Safety* merujuk kepada budaya *Safety* dengan pasien sebagai objeknya. Budaya ini digunakan di rumah sakit untuk mendorong dalam pengumpulan data dan pelaporan, mengurangi kesalahan individu, keterlibatan kepemimpinan dan fokus pada sistem yang digunakan. Budaya *patient safety* sebagai budaya dari organisasi, merujuk persepsi bersama oleh anggota organisasi menganut mengenai *patient safety*

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan petugas tentang pelaksanaan program *patient safety* 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 resiko kejadian yang tidak diharapkan dalam mengambil setiap tindakan atau pelayanan medik dapat diminimalkan (Machmudah, 2007). Sementara hasil penelitian Saptorini Murdyastuti (2010), menyimpulkan bahwa persepsi, pengetahuan tentang *patients safety*, dan motivasi perawat berpengaruh terhadap pelaksanaan program *patients safety*.

Berdasarkan pemaparan di atas, dapat disimpulkan bahwa keselamatan pasien merupakan isu penting dan terkini serta tidak dapat diabaikan, perlu keterlibatan kepemimpinan dan komitmen sebagai budaya dari organisasi. Lumenta (2008), menyatakan bahwa keuntungan dari penerapan keselamatan pasien rumah sakit adalah komunikasi dengan pasien dapat berkembang, risiko klinis

menurun, keluhan pasien berkurang, serta mutu pelayanan dan citra rumah sakit meningkat.

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati merupakan rumah sakit tipe B, sebagai rumah sakit rujukan di wilayah Jakarta Selatan. RSUP Fatmawati mempunyai Instalasi Rawat Inap (IRNA) A, B, C, Paviliun Anggrek, ICU, NICU/PICU, CEU, dan Instalasi Bedah Sentral, IRJ, IGD, Hemodialisa, Chemoterapi, Instalasi Pemeriksaan Penunjang, Instalasi Griya Husada dan beberapa Instalasi lainnya. Selain itu juga RSUP Fatmawati sebagai rumah sakit pendidikan yang bekerja sama dengan berbagai institusi pendidikan, rumah sakit ini dituntut memberikan pelayanan yang mempunyai nilai lebih dibanding rumah sakit lain. Disamping itu dijadikan model bagi calon tenaga kesehatan yang berpraktik di RSUP Fatmawati. RSUP Fatmawati memiliki kapasitas 586 tempat tidur, dengan *Bed Occupancy Rate* (BOR) pada periode Januari – Desember 2009: 64,12 % (Instalasi Rekam Medik RSUP Fatmawati, 2010). Jumlah tenaga perawat yang bekerja di bagian pelayanan RS ini berjumlah 698 orang, dengan jenis pendidikan perawat bervariasi, terdiri dari SPK, D3 Keperawatan serta SI Keperawatan.

RSUP Fatmawati dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan mengutamakan *patients safety*. Hal ini terlihat dari salah satu misinya “mengutamakan keselamatan pasien dan lingkungan yang sehat”, misi ini merupakan upaya yang dilakukan untuk mencegah Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dalam memberikan proses asuhan kepada pasien. Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati pada 13 Maret 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Komite Keselamatan Rumah Sakit (KKRS) RSUP Fatmawati memutuskan kebijakan-kebijakan, antara lain: 1) Kebijakan terkait ruang lingkup K-3, 2) Kebijakan terkait ruang lingkup keselamatan pasien, 3) Kebijakan terkait ruang lingkup pencatatan dan pelaporan.

Khusus untuk Kebijakan terkait ruang lingkup keselamatan pasien, adalah:

- a. Penerapan standar keselamatan pasien di rumah sakit, yang mengacu pada panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit Depkes RI, terdiri dari 7 (tujuh) standar antara lain: Hak pasien, Mendidik pasien dan keluarga, Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, Mendidik staf tentang keselamatan pasien, Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
- b. Penerapan 7 (tujuh) langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit sebagai panduan, antara lain: Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, Memimpin dan mendukung staf untuk memenuhi komitmen dan fokus pada keselamatan pasien rumah sakit, Integrasi manajemen resiko, Melaksanakan sistem pelaporan insiden di rumah sakit, Komunikasi terbuka dengan pasien, Belajar dan berbagi pengalaman keselamatan pasien, Cegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien rumah sakit.

RSUP Fatmawati pada 15 April 2009 mencanangkan komitmen penerapan keselamatan pasien sesuai dengan kebijakan yang sudah dibuat, dan pada Juni sampai Desember 2009, RSUP Fatmawati mengadakan kegiatan pelatihan dan pendampingan penerapan manajemen risiko, yang diberikan oleh Institut Manajemen Risiko Klinis (IMRK), namun belum menyeluruh kepada semua instalasi hanya baru terhadap 5 pilot project antara lain Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Rawat Intensif (IRI), Instalasi Rawat Inap (IRNA) B, Instalasi Bedah Sentral (IBS), dan Paviliun Anggrek, dengan harapan program keselamatan pasien di RSUP Fatmawati dapat terlaksana dengan benar dan berkesinambungan serta mempunyai tujuan (*goals*) yang dapat diukur sebagai pencapaian kinerja. Adapun penetapan tujuan (*goals*) pada pendampingan penerapan manajemen risiko keselamatan pasien di RSUP Fatmawati, mengacu kepada enam tujuan penanganan *patients safety* menurut *Joint Commission*

International (JCI), adalah sebagai berikut: 1) Identifikasi pasien secara akurat, 2) Tingkatkan komunikasi efektif antar petugas, 3) Tingkatkan keamanan untuk pemberian obat, 4) Penandaan sisi tubuh, salah orang, salah prosedur, 5) Pencegahan risiko infeksi, 6) Cegah pasien jatuh.

Data laporan yang diperoleh dari KKRS RSUP Fatmawati, insiden keselamatan pasien di beberapa insatalasi RSUP Fatmawati periode April sampai September 2009 berjumlah 26, insiden Kejadian Nyaris Cidera (KNC) sebanyak 9, diantaranya IRNA A 1. IRNA B 3, IGD 5, dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebanyak 17, diantaranya IRNA A 4. IRNA B 3, IRNA C 1, IGD 3, IRI 2, IBS 2, Pav Anggrek 1, Radiologi 1. Pada periode Januari sampai Maret 2010 berjumlah 8, dengan jenis insiden Kejadian Nyaris Cidera (KNC) sebanyak 5, diantaranya IRNA C 2, Depo Farmasi 3, dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebanyak 3, diantaranya IBS 2, IRNA C 1. Hal ini menunjukkan hasil yang belum maksimal pada instalasi yang sudah mengikuti pelatihan. Dalam suatu organisasi seorang manajer harus melakukan pengawasan dan pengendalian kepada bawahannya untuk memastikan bawahan dalam bekerja selalu berorientasi dan sesuai dengan tujuan organisasi.

IRNA C adalah salah satu instalasi rawat inap di RSUP Fatmawati dengan kapasitas tempat tidur 74, jumlah tenaga perawat klinik 43 orang, tenaga perawat klinik di IRNA C belum pernah mengikuti pelatihan tentang *patient safety*. dimana pada pelayanan rawat ianp sangat berpotensi untuk terjadi kesalahan sehingga mengancam keselamatan pasien karena perawat melakukan kontak langsung dengan pasien selama 24 jam secara terus menerus, memberikan tindakan keperawatan dan delegasi medis. Data laporan dari KKRS RSUP Fatmawati, insiden KTD di IRNA C periode Januari sampai Maret 2010 berjumlah 3 kali, sementara menurut KKRS suatu KTD maupun KNC di RSUP Fatmawati tidak boleh terjadi dan harus dicegah, sesuai dengan salah satu misinya yaitu mengutamakan keselamatan pasien dan lingkungan yang sehat

dalam memberikan proses asuhan kepada pasien, dan juga sesuai dengan upaya WHO *Collaborating Center for Patient Safety*, menerbitkan panduan solusi kesehatan pasien di rumah sakit, yaitu suatu sistem atau intervensi yang mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatana. Namun sampai saat ini insiden KTD di IRNA C belum ada evaluasi atau penelitian yang dilakukannya terhadap insiden-insiden tersebut.

Untuk mendapatkan gambaran tersebut diatas maka peneliti ingin meneliti lebih jauh tentang “pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati”.

1.2 Rumusan Masalah

Budaya *patient safety* sebagai budaya dari organisasi, merujuk persepsi bersama oleh anggota organisasi menganut mengenai *patient safety*. Hasil penelitian Saptorini Murdyastuti (2010), pengetahuan tentang *patients safety* dan motivasi perawat berpengaruh terhadap pelaksanaan program *patient safety*, dapat disimpulkan bahwa keselamatan pasien merupakan isu penting dan terkini serta tidak dapat diabaikan, perlu keterlibatan kepemimpinan dan komitmen sebagai budaya dari organisasi. Sementara hasil penelitian Machmudah, (2007). dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan petugas tentang pelaksanaan program *patient safety* 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 mehadapi berbagai insiden, sehingga resiko kejadian yang tidak diharapkan dalam mengambil setiap tindakan atau pelayanan medik dapat diminimalkan.

RSUP Fatmawati merupakan salah satu rumah sakit yang mengutamakan *patient safety*. Hal ini terlihat dari salah satu misinya yaitu “mengutamakan keselamatan pasien dan lingkungan yang sehat”, misi ini merupakan upaya yang dilakukan untuk mencegah Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dalam memberikan proses asuhan kepada pasien, upaya yang telah dilakukan oleh RSUP Fatmawati adalah mengadakan kegiatan pendampingan penerapan manajemen risiko, yang diberikan oleh Institut Manajemen Risiko Klinis (IMRK) terhadap 5 pilot project antara lain Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Rawat Intensif (IRI), Instalasi Rawat Inap (IRNA) B, Instalasi Bedah Sentral (IBS), dan Paviliun Anggrek, telah mengikuti pendampingan penerapan manajemen risiko, namun masih terdapat insiden KNC maupun KTD.

IRNA C merupakan salah satu instalasi rawat inap yang ada di RSUP Fatmawati, data laporan dari KKRS Fatmawati, insiden KTD di IRNA C periode Januari sampai Maret 2010 sebanyak 3 kali, dimana pada pelayanan rawat inap sangat berpotensi untuk terjadi kesalahan sehingga mengancam keselamatan pasien, karena perawat melakukan kontak langsung dengan pasien selama 24 jam secara terus menerus, memberikan tindakan keperawatan dan delegasi medis. Sementara menurut KKRS suatu KTD maupun KNC di RSUP Fatmawati tidak boleh terjadi dan harus dicegah. Namun sampai saat ini insiden KTD di IRNA C belum ada evaluasi atau penelitian yang dilakukannya terhadap insiden-insiden tersebut.

Berdasarkan hal diatas peneliti bermaksud untuk mengidentifikasi pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan penerapannya, sehingga rumusan masalahnya adalah: Adakah pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini dibagi dua, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

1.3.2 Tujuan khusus

1.3.2.1 Mengidentifikasi karakteristik perawat klinik (umur, jenis kelamin, lama kerja, tingkat pendidikan, dan status kepegawaian) di IRNA C RSUP Fatmawati.

1.3.2.2 Mengidentifikasi pengetahuan perawat klinik sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

1.3.2.3 Mengidentifikasi keterampilan perawat klinik sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

1.3.2.4 Mengidentifikasi keterampilan memastikan identitas pasien sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

1.3.2.5 Mengidentifikasi keterampilan komunikasi saat operan sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

1.3.2.6 Mengidentifikasi keterampilan tindakan pada sisi tubuh yang benar sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

1.3.2.7 Mengidentifikasi keterampilan pemberian obat secara benar sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

- 1.3.2.8 Mengidentifikasi keterampilan penggunaan alat injeksi sekali pakai sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.
- 1.3.2.9 Mengidentifikasi keterampilan pengendalian cairan infus sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.
- 1.3.2.10 Mengidentifikasi keterampilan pencegahan resiko pasien jatuh sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.
- 1.3.2.11 Mengidentifikasi keterampilan pencegahan salah kateter/salah slang sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.
- 1.3.2.12 Mengidentifikasi keterampilan meningkatkan kebersihan tangan sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.
- 1.3.2.13 Mengidentifikasi pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap pengetahuan.
- 1.3.2.14 Mengidentifikasi pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap keterampilan pada penerapan *patient safety*

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak, yaitu:

1.4.1 Manfaat aplikatif

Bagi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati

- 1.4.1.1 Melalui penelitian ini pihak rumah sakit dapat melihat sejauh mana penerapan *patient safety* di RSUP Fatmawati.
- 1.4.1.2 Penelitian ini dapat dijadikan pengantar untuk melakukan survey yang lebih besar diseluruh insatalasi RSUP Fatmawati.

1.4.2 Manfaat Akademi dan Keilmuan

1.4.2.1 Hasil penelitian dapat memberikan informasi ilmiah bagi kalangan akademik baik tim pengajar maupun mahasiswa untuk proses berpikir ilmiah, khususnya tentang *patient safety*.

1.4.2.2 Hasil penelitian ini dapat menjadi rujukan peneliti berikutnya.

1.4.3 Manfaat Metodologi

1.4.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan adalah bahwa dalam suatu organisasi seorang manajer harus melakukan pengawasan dan pengendalian kepada bawahannya untuk memastikan bawahan dalam bekerja selalu berorientasi dan sesuai dengan tujuan organisasi.

1.4.3.2 Penelitian ini dapat dijadikan sebagai instrumen dalam melakukan kajian tentang *patient safety*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas teori-teori yang berkaitan dengan variabel yang diteliti yaitu konsep *patient safety*, pengetahuan, keterampilan, pelatihan, dan perawat klinik. Pembahasan teori-teori tersebut diperlukan untuk menjadi dasar teori penelitian yang dilaksanakan.

2.1 Konsep Manajemen Resiko

Manajemen Resiko adalah mencegah injuri dengan mengidentifikasi potensial faktor resiko dan mengambil langkah untuk mengendalikan faktor-faktor tersebut (Rakhmawati, 2010). Hal-hal yang harus diperhatikan dalam manajemen resiko diantaranya adalah : 1) menciptakan hubungan yang baik antara perawat dan klien, 2) Pahami kebijakan instusi dan proses yang berlaku, 3) Dokumentasi tindakan keperawatan : faktual, menunjuk waktu, runtut, nama dan paraf, 4) Jaminan keamanan klien, 5) Laporan kejadian khusus (*incident*). Dalam memfasilitasi jaminan keamanan pada pasien/klien, unsur-unsur penting yang harus dilakukan dalam memberikan pelayanan keperawatan adalah : 1) Cegah dari potensi bahaya fisik dan lindungi martabat klien, 2) Kesiapan alat-alat pendukung tindakan, 3) Lakukan setiap tindakan sesuai standar. Sementara Sekarsari dkk (2010), menyampaikan bahwa manajemen resiko adalah proses melakukan atau mengkaji resiko kemudian mengembangkan strategi untuk mengelola resiko. Manajemen resiko klinik, bagian integral dari proses asuhan keperawatan. Untuk mengidentifikasi dan mengkaji manajemen resiko ada 4 kategori umum yang dapat dilakukan:

- a. Pencegahan/ *Avoidence*, yaitu menghilangkan/ menjauhkan potensial resiko yang akan terjadi, yang dapat mengganggu profit.
- b. Mengurangi/reduksi, yaitu mengurangi gangguan profit yang telah terjadi

- c. Menahan/ retensi, yaitu mengevaluasi kembali kerugian yang telah terjadi dan membuat kajian ulang untuk memperbaiki prosedur-prosedur yang sudah ada atau melakukan revitalisasi.
- d. Memindahkan/transfer, yaitu memindahkan resiko tanpa membayar seperti membuat kontrak dengan pihak asuransi.

Sesuai dengan area manajemen resiko yang meliputi pencegahan, pengurangan, menahan, dan memindahkan resiko, maka dalam pelayanan keperawatan area tersebut dapat diimplementasikan kedalam, (Sekarsari dkk, 2010):

- a. Pencegahan/ *Avoidence*, yaitu menghilangkan/ menjauhkan potensial resiko dalam pelayanan keperawatan terkait dengan mutu pelayanan keperawatan, dan mengelola keselamatan pasien terhadap kegiatan pelayanan keperawatan yang akan terjadi, yang dapat mengganggu profit.
- b. Mengurangi/reduksi, yaitu mengurangi gangguan profit yang telah terjadi melalui pendaya gunaan sumber daya keperawatan baik tenaga maupun sarana dan fasilitas keperawatan.
- c. Menahan/ retensi, yaitu mengevaluasi kembali kegiatan pelayanan keperawatan melalui program monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan keperawatan selama 24 jam, kemudian membuat kajian ulang untuk memperbaiki prosedur-prosedur keperawatan yang sudah ada atau melakukan revitalisasi.
- d. Pemimpin keperawatan perlu membuat kejelasan alur kerja sebagai *safety* manajemen dalam pelayanan keperawatan dengan melakukan negosiasi melalui kerja sama lintas program dan lintas sektoral baik dalam institusi pelayanan maupun luar institusi pelayanan.

Pemimpin keperawatan bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap strategi manajemen resiko yang tepat untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan sepanjang 24 jam. Didalam melaksanakan program dibutuhkan kemampuan kepemimpinan dari seorang pemimpin

keperawatan, sehingga semua perawat yang berada dibawah tanggung jawabnya dapat ikut terlibat dalam manajemen resiko selama melayani pasien.

2.2 Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan secara singkat diartikan sebagai proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan (Gillies, 2000).

Fungsi Manajemen Keperawatan

2.2.1 Perencanaan

Perencanaan adalah suatu alat atau cara untuk mencapai tujuan (Wijono, 1997). Menurut Swansburg (2000) perencanaan adalah suatu proses sistematis dan memerlukan ilmu pengetahuan yang mendasari teori manajemen.

2.2.2 Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah memobilisasi kebutuhan manusia dan peralatan dari institusi untuk mencapai tujuan organisasi (Huber, 2000). Swansburg (2000) pengorganisasian adalah pengelompokan aktivitas-aktivitas untuk mencapai tujuan obyektif, penugasan suatu kelompok manager dengan otoritas pengawasan setiap kelompok dan menentukan cara dari pengkoordinasian aktivitas yang tepat dengan unit lainnya, baik secara vertikal maupun horizontal yang bertanggung jawab untuk mencapai obyektif organisasi.

2.2.3 Pengarahan

Douglas (1984) mengatakan bahwa pengarahan adalah pemberian penugasan, pesan dan instruksi yang memungkinkan pekerja memahami apa yang diharapkan dirinya, dan pedoman serta pandangan pekerja sehingga ia dapat berperan secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi. Aktivitas pengarahan meliputi pengawasan, membuat penugasan dan memberikan pengarahan, observasi, evaluasi dan kepemimpinan serta hubungan interpersonal dengan teman sejawat,

diseminasi, perjanjian tentang perawatan pasien, pemberian motivasi kepada karyawan dan mempertahankan moral.

2.2.4 Pengendalian/Pengawasan

Pengendalian/pengawasan adalah suatu proses kegiatan organisasi sesuai dengan rencana kebijakan dan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan (Wijono, 1997). Hakekat pengawasan menurut Wijono (1997) adalah mencegah sedini mungkin terjadinya penyimpangan, pemborosan kegagalan dalam mencapai tujuan dan mencegah terjadinya hal-hal tersebut dimasa akan datang. Adapun tujuan sasaran pengawasan ditujukan untuk mewujudkan efisiensi, efektifitas, kehematan dan ketertiban sejak dini dari proses perencanaan, pelaksanaan dan penilaian.

2.2.5 Pengontrolan atau pengevaluasian menurut Swansburg (2000) adalah suatu fungsi yang terus menerus dari manajemen yang terjadi selama perencanaan, pengorganisasian dan pengarahan aktivitas. Melalui proses ini standar dibuat dan kemudian digunakan, diikuti oleh umpan balik yang menimbulkan perbaikan. Evaluasi membutuhkan standar yang dapat digunakan sebagai ukuran untuk pengevaluasian kualitas dan kuantitas dari pelayanan. Standar kinerja dapat digunakan untuk evaluasi kinerja individual, dan kriteria dapat dikembangkan untuk evaluasi keseluruhan perawatan pasien.

Berdasarkan uraian diatas maka seorang manajer khususnya manajer keperawatan harus selalu melakukan fungsi-fungsi manajemen dengan baik agar kualitas dan kuantitas dari pelayanan keperawatan dapat dicapai sesuai tujuan.

2.3 Konsep Keselamatan Pasien (*patient safety*)

2.3.1 Pengertian

Cooper et al (2000) mendefinisikan bahwa *patient safety* merupakan penghindaran, pencegahan, dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan

kehatan, sementara Dep Kes R.I (2008), mendefinisikan keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko . Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan, sedangkan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS), mendefinisikan *patient safety* adalah pasien bebas dari *harm/cedera* yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari *harm* yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik/sosial/ psikologis, cacad, kematian dll), terkait dengan pelayanan kesehatan.

WHO *Health Assembly* ke 55 Mei 2002 menetapkan resolusi yang mendorong (*urge*) negara untuk memberikan perhatian kepada problem *patient safety* meningkatkan keselamatan dan system monitoring. Oktober 2004 WHO dan berbagai lembaga mendirikan "*World Alliance for Patient Safety*" dengan tujuan mengangkat *Patient Safety Goal "first do no harm"* dan menurunkan morbiditas, cedera dan kematian yang diderita pasien, (WHO, 2004).

Dep Kes R.I (2008), mendefinisikan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse event* adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan, atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Sedangkan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau *Near miss* adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*,) atau tidak mengambil

tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) yang dapat mencederaikan pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi karena keberuntungan, pencegahan, atau peringatan.

Contoh karena keberuntungan misalnya pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat. Contoh karena pencegahan misal suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan, sedangkan contoh dari peringatan adalah suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya

Medical Errors adalah kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Sementara Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, seperti operasi pada bagian tubuh yang salah, sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku. Battles, dan Lilford (2003) mengatakan, bahwa *patient safety* harus melibatkan sistem operasional dan proses pelayanan yang meminimalkan kemungkinan terjadinya *adverse event/error* dan memaksimalkan langkah-langkah penanganan bila *error* telah terjadi. Robert, (2004) di *The Wealth Nations*, yang ditulis Adam Smith menyatakan satu studi bahwa rerata pasien ICU mengalami 17 error per hari, hampir sepertiganya dimana berpotensi masalah komunikasi.

Penelitian di rumah sakit Utah dan Colorado serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan bahwa Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) sebesar 2,9 %, dimana 6,6 % diantaranya meninggal, sedangkan di New York KTD sebesar 3,7 % dengan angka kematian 13,6 %. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang

berjumlah 33,6 juta berkisar 44.000 – 98.000 per tahun (Dep.Kes. R.I., 2008).

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah komponen kunci dalam aktivitas manajemen resiko (*risk management*) dan harus terintegrasi dengan manajemen staf (kesehatan dan keselamatan kerja), manajemen komplain, proses pengadilan, dan penanganan klaim, serta resiko lingkungan dan keuangan (Donaldson, dalam Yahya, 2009). Zhan, dan Miller (2003) melakukan penelitian pada 994 rumah sakit, mendapatkan bahwa cedera akibat tindakan medik (*medical injuries*) menyebabkan bertambahnya rata-rata lama hari rawat inap sampai dengan 10,89 hari dan tambahan biaya perawatan rata-rata sebesar \$ 57.727. Berdasarkan hasil-hasil penelitian tersebut diatas maka *patient safety* harus dijadikan budaya di rumah sakit, untuk mengurangi atau mencegah kesalahan individu, perlu keterlibatan kepemimpinan dan komitmen bersama dari organisasi.

2.3.2 Tujuan Keselamatan Pasien Rumah Sakit

KPRS mempunyai tujuan untuk : 1). Terciptanya “Budaya” keselamatan pasien di rumah sakit, 2). Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, 3). Menurunnya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit, 4) Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan, (Depkes, 2008).

2.3.3 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Mengacu pada standar keselamatan pasien (*patient safety*), maka rumah sakit harus mendesain (merancang) proses baru atau memperbaiki proses yang ada, yang mengacu pada visi, misi dan tujuan rumah sakit dengan memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data,

menganalisis secara intensif kejadian tidak diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. (Depkes, 2008), Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit adalah sebagai berikut:

2.3.3.1 Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.

Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil, langkah penerapannya:

Bagi Rumah Sakit.

Rumah sakit harus memiliki kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, 1) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden. 2) Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit. 3) Lakukan asesmen dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien.

Bagi Unit/Tim, 1) Pastikan rekan sekerja merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian dan berani melaporkan bila ada insiden. 2) Demonstrasikan ukuran/acuan yang dipakai di rumah sakit untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.

2.3.3.2 Pimpin dan dukung staf

Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit, langkah penerapannya:

Bagi Rumah Sakit, 1) Pastikan ada anggota direksi atau pimpinan yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien. 2) Identifikasi di setiap bagian rumah sakit ada orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi penggerak dalam gerakan keselamatan pasien. 3) Prioritaskan keselamatan pasien dalam agenda rapat

direksi/pimpinan maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit. 4) Masukkan keselamatan pasien dalam semua program latihan staf dan pastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya.

Bagi Unit/Tim, 1) Nominasikan penggerak dalam tim untuk memimpin gerakan keselamatan pasien. 2) Identifikasi di setiap bagian orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi penggerak dalam gerakan keselamatan pasien. 3) Tumbuhkan sikap kesatria yang menghargai pelaporan insiden.

2.3.3.3 Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko

Kembangkan sistem dan proses pengelolaan resiko serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah, langkah penerapannya:

Bagi Rumah Sakit, 1) Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan non klinis, serta pastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf. 2) Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh direksi /pimpinan rumah sakit. 3) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.

Bagi Unit/Tim, 1) Bentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu-isu keselamatan pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait. 2) Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit. 3) Lakukan proses asesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko dan ambilah

langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut. 4) Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan keproses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.

2.3.3.4 Kembangkan sistem pelaporan

Pastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS), langkah penerapannya:

Bagi Rumah Sakit

Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke KKPRS-PERSI.

Bagi Unit/Tim

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

2.3.3.5 Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien, langkah penerapannya:

Bagi Rumah Sakit, 1) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya. 2) Pastikan pasien dan keluarga mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden. 3) Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.

Bagi Unit/Tim, 1) Pastikan tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila terjadi insiden. 2) Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarganya bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat. 3) Pastikan segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya

2.3.3.6 Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

Dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul, langkah penerapannya:

Bagi Rumah Sakit, 1) Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab. 2) Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan analisis akar masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satu kali per tahun melakukan *Failure Modes and Effects Analysis (FMEA)* untuk proses risiko tinggi.

Bagi Unit/Tim, 1) Diskusikan dalam tim pengalaman dari hasil analisis insiden. 2) Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak dimasa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas.

2.3.3.7 Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan, langkah penerapannya:

Bagi Rumah Sakit, 1) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden dan audit serta analisis untuk menentukan solusi setempat. 2) Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien. 3) Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan. 4) Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh KKPRS-PERSI. 5) Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.

Bagi Unit/Tim, 1) Libatkan tim dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman. 2) Telaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim dan pastikan pelaksanaannya. 3) Pastikan tim menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan. (Dep Kes R.I 2008)

Berkaitan dengan hal tersebut diatas, maka penulis berpendapat bahwa kejadian tidak diharapkan dapat dicegah dengan adanya kebijakan terhadap insiden, komunikasi terbuka selama proses asuhan pelayanan kesehatan, komitmen pimpinan, staf maupun karyawan dalam pelaksanaan program keselamatan pasien dan tumbuhkan budaya *patient safety* sebagai budaya dari organisasi untuk meningkatkan kineja serta keselamatan pasien.

2.3.4 Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit

WHO *Collaborating Center for Patient Safety*, pada 2 Mei 2007 menerbitkan panduan "*Nine Life-Saving Patient Safety Solutions*" yang disusun oleh pakar keselamatan pasien dari lebih 100 negara sejak 2005.

dengan kegiatan mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien, dan mencari solusi berupa sistem atau intervensi sehingga mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien dan meningkatkan keselamatan pasien. Adapun sembilan solusi kesehatan pasien rumah sakit tersebut adalah:

2.3.4.1 Memperhatikan nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (*Look-Alike, Sound- Alike Medication Names*). Dengan puluhan ribu obat yang ada saat ini di pasar, maka sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan akibat bingung terhadap nama merk atau generik serta kemasan.

Kajian Walliser, dkk (2007) menunjukkan bahwa kesalahan pengobatan yang umum dijumpai adalah salah nama obat, salah dosis, dan salah interval pemberian. Hurstey, dkk (2007) mengatakan bahwa kesalahan pengobatan umum terjadi karena tulisan yang tidak jelas, kesalahan menginterpretasikan resep, obat yang namanya mirip, kesalahan dosis, kesalahan aturan pakai, dan kesalahan identifikasi pasien.

Berdasarkan pernyataan diatas, maka solusi yang dapat diberikan adalah ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan resiko dan memastikan terbacanya resep, lebel, atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dulu maupun pembuatan resep secara elektronik.

2.3.4.2 Memastikan identitas 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 identitas pasien dengan nama yang sama. Sementara 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.

2.3.4.3 Komunikasi secara benar saat serah terima /pengoperan pasien.

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

Penelitian yang telah dilakukan oleh Manojlovich (2007) dan Vazirani (2005) disebutkan bahwa komunikasi antara dokter dan perawat memegang peranan yang penting dalam menentukan derajat kesehatan pasien dan kualitas pelayanan kesehatan yang

mereka berikan. Semakin baik komunikasi yang terjadi di antara kedua profesi tersebut maka semakin baik pula hasil perawatan yang mereka berikan. Bahkan dapat menurunkan biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien. Sementara Vazirani (2005) menyatakan semakin tinggi pendidikan perawat maka semakin baik pula komunikasi yang dapat mereka lakukan dengan dokter, dan semakin tinggi tingkat pendidikan perawat maka dokter juga akan semakin menaruh rasa hormat kepada perawat tersebut.

2.3.4.4 Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar.

Kasus-kasus dengan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah sebagian besar adalah akibat miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasi yang tidak benar. Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan-kesalahan macam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distandarisasi. Rekomendasinya adalah untuk mencegah jenis-jenis kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi pra pembedahan; 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.

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. 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). Sementara Lumenta, (2006). menyampaikan bahwa 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.

2.3.4.5 Mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*).

Yahya (2006) mengatakan bahwa 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 spesifik yang dapat ditempel dipapan informasi di *nurse station* sehingga dapat dilihat dengan jelas oleh petugas. Penelitian Peters, Mitchel dan Rotert (Spring, 2006) tentang pentingnya monitoring pemberian cairan elektrolit pekat pada pasien pasca operasi.

2.3.4.6 Memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan.

Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medication errors*) pada titik transisi pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dari seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai *home medication list*, penyerahan obat saat pemulangan serta menuliskan perintah medikasi dan mengkomunikasikan daftar

tersebut kepada petugas layanan yang berikutnya dimana pasien akan pindah atau dilepaskan.

Kajian Walliser, dkk (2007) menunjukkan bahwa kesalahan pengobatan yang umum dijumpai adalah salah nama obat, salah dosis, dan salah interval pemberian. Sementara Benjamin (2007) 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.

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 penyimpangan dari order yang diberikan sehingga menyebabkan masalah pada pasien. Untuk mencegah jangan sampai terkena sanksi ini, maka perawat harus selalu selalu teliti, benar, dan hati-hati.

2.3.4.7. Menghindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*).

Yahya (2006) mengatakan bahwa 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 dan slang yang benar).

2.3.4.8 Menggunakan alat injeksi sekali pakai.

Yahya (2006) mengatakan bahwa salah satu keprihatinan yang global adalah penyebaran 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 keluarganya mengenai penularan infeksi melalui darah, dan pemakaian jarum sekali pakai yang aman.

2.3.4.9 Meningkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial. Beberapa 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. 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 (Depkes RI, 2008).

RSUP Fatmawati menetapkan enam tujuan (*goals*) *patient safety* yang dapat diukur sebagai pencapaian kinerja dengan harapan program

keselamatan pasien dapat terlaksana dengan benar dan berkesinambungan, enam *goals patient safety* tersebut adalah sebagai berikut: 1). Identifikasi pasien secara akurat, 2). Tingkatkan komunikasi efektif antar petugas, 3). Tingkatkan keamanan untuk pemberian obat, 4). Memastikan benar tempat, benar prosedur, dan benar pembedahan pasien, 5). Pencegahan resiko infeksi, 6). Cegah pasien jatuh.

2.3.5 Tujuh Standar Keselamatan Pasien RS, (DepKes R.I. 2008).

DepKes R.I. (2008). menetapkan Tujuh Standar Keselamatan Pasien RS, sebagai berikut:

2.3.5.1 Hak pasien.

2.3.5.2 Mendidik pasien dan keluarga.

2.3.5.3 Keselamatan pasien dan asuhan berkesinambungan.

2.3.5.4 Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja, untuk melakukan evaluasi dan meningkatkan keselamatan pasien.

2.3.5.5 Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

2.3.5.6 Mendidik staf tentang keselamatan pasien.

2.3.5.7 Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Uraian tujuh standar tersebut di atas adalah sebagai berikut:

Standar I: Hak pasien

Standar: Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

Kriteria: Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan, dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan, dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil

pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

Standar II. Mendidik pasien dan keluarga

Standar: RS harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien

Kriteria : Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan patner dalam proses pelayanan. Karena itu, di RS harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat : Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap, dan jujur, mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga, mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak di mengerti, memahami dan menerima konsekuensi pelayanan, mematuhi instruksi dan menghormati peraturan RS, memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa dan memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

Standar III. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.

Standar : RS menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria : Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari RS, terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar, terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya, terdapat komunikasi dan

transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

Standar IV. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Standar : RS 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.

Kriteria : Setiap RS harus melakukan proses perencanaan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan RS, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “tujuh langkah menuju keselamatan pasien RS”, setiap RS harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen resiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan, setiap RS harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua kejadian tidak diharapkan, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi, setiap RS harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

Standar V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standar: Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit”, pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi kejadian tindakan diharapkan, pimpinan mendorong dan membutuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan

pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien, pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien dan pimpinan mengukur dan mengkaji efektivitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria: Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien, tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari “kejadian nyaris cedera (*near miss*) sampai dengan kejadian tidak diharapkan (*adverse event*)”, tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien, tersedia prosedur “cepat tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.

Standar VI: Mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas

Standar: Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan inter disiplin dalam layanan pasien.

Kriteria: Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan latihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing, setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden dan setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang

kerja sama kelompok (*team work*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

Standar VII: Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Standar: Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal, transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriteria; Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien, tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

Penjelasan metode diatas bila dikaitkan dengan metode pemberian asuhan keperawatan primer dapat dijadikan sebagai strategi dalam penanganan *patient safety*, dimana metode asuhan keperawatan primer adalah suatu metode pemberian asuhan keperawatan yang mempunyai ciri perawat profesional bertanggung jawab dan bertanggung gugat selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan klien, sejak klien masuk rumah sakit sampai keluar rumah sakit. Metode keperawatan primer dikenal dengan ciri yaitu; akuntabilitas, otonomi, otoritas, advokasi, ketegasan, dan 5 K yaitu; kontinuitas, komunikasi, kolaborasi, koordinasi dan komitmen, (Sitorus, 2006). Jadi dengan pemberian asuhan keperawatan yang menyeluruh kepada pasien diharapkan keselamatan pasien dapat diperhatikan, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan.

2.3.6 Indikator *patient safety*

Indikator *patient safety* merupakan ukuran yang digunakan untuk mengetahui tingkat keselamatan pasien selama dirawat di rumah sakit.

Indikator ini dapat digunakan bersama dengan data pasien rawat inap yang sudah diperbolehkan meninggalkan rumah sakit. Indikator *patient safety* bermanfaat untuk menggambarkan besarnya masalah yang dialami pasien selama dirawat di rumah sakit, khususnya yang berkaitan dengan berbagai tindakan medik yang berpotensi menimbulkan risiko disisi pasien. Dengan mendasarkan kepada indikator *patient safety* ini maka rumah sakit dapat menetapkan upaya-upaya yang dapat mencegah timbulnya *outcome* klinik yang tidak diharapkan pada pasien (Dwiprahasto, 2008).

Tujuan penggunaan Indikator *patient safety*

Indikator *patient safety* bermanfaat untuk mengidentifikasi area-area pelayanan yang memerlukan pengamatan dan perbaikan lebih lanjut, seperti misalnya untuk menunjukkan:

- a. Adanya penurunan mutu pelayan dari waktu ke waktu
- b. Bahwa suatu area pelayan ternyata tidak memenuhi standar klinik atau terapi sebagai mana yang diharapkan
- c. Tingginya variasi antar rumah sakit dan antar pemberi pelayanan
- d. Disparitas geografi antar unit-unit pelayanan kesehatan (pemerintah vs swasta atau urban vs rural), (Dwiprahasto, 2008).

Berdasarkan uraian konsep *patient safety* diatas maka seorang manajer khususnya manajer keperawatan harus selalu melakukan pengawasan dan pengendalian kepada bawahannya untuk memastikan bawahannya dalam bekerja sesuai dengan standar yang telah dibuat guna mencegah terjadinya penyimpangan dan kegagalan mencapai tujuan organisasi dan untuk mengevaluasi kualitas dan kuantitas dari pelayanan kesehatan.

2.4 Pengetahuan

2.4.1 Pengertian

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2007). Pengindraan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni: indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan yang lebih menekankan pengamatan dan pengalaman inderawi dikenal sebagai pengetahuan empiris atau pengetahuan aposteriori. Pengetahuan ini bisa didapatkan dengan melakukan pengamatan dan observasi yang dilakukan secara empiris dan rasional. Pengetahuan empiris juga bisa didapatkan melalui pengalaman pribadi manusia yang terjadi berulang kali. Misalnya, seseorang yang sering dipilih untuk memimpin organisasi dengan sendirinya akan mendapatkan pengetahuan tentang manajemen organisasi.

Selain pengetahuan empiris, ada pula pengetahuan yang didapatkan melalui akal budi yang kemudian dikenal sebagai rasionalisme. Rasionalisme lebih menekankan pengetahuan yang bersifat apriori, tidak menekankan pada pengalaman, misalnya pengetahuan tentang matematika, didalam matematika hasil perhitungan $1+1= 2$ bukan didapatkan melalui pengalaman atau pengamatan empiris, melainkan melalui sebuah pemikiran logis akal budi (Wikipedia Indonesia).

Pengetahuan yang mendasari perilaku akan membuat perilaku tersebut lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2004). Penelitian Rogers (1974) dikutip Irga (2009), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi

proses yang berurutan, yakni : 1) Awareness (kesadaran), dimana tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek), 2) Interest (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Di sini sikap subjek sudah mulai timbul, 3) Evaluation (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi, 4) Trial, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus, 5) Adoption, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

2.3.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi dan berhubungan dengan beberapa faktor penting. Notoatmodjo, (2004). menguraikan mengenai faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut:

2.3.2.1 Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang. Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan akan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

2.3.2.2 Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah proses penyampain informasi kepada seseorang untuk mendapatkan perubahan perilaku. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin kritis, logis dan sistematis cara berpikirnya. Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

2.3.2.3 Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif.

2.3.2.4 Fasilitas

Fasilitas berfungsi sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, televisi, majalah, koran, dan buku.

2.3.2.5 Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila seseorang berpenghasilan cukup besar maka dia akan mampu untuk menyediakan atau membeli berbagai fasilitas yang berfungsi sebagai sumber informasi.

2.3.2.6 Sosial Budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

2.3.2.7 Usia

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang

pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan waktu untuk membaca. Hal ini sesuai dengan pendapat Siagian (2003) yang menyatakan bahwa umur mempunyai kaitan erat dengan berbagai segi organisasi, kaitan umur dengan tingkat kedewasaan psikologis menunjukkan kematangan dalam arti individu menjadi semakin bijaksana dalam mengambil keputusan bagi kepentingan organisasi. Kematangan individu dengan pertambahan usia berhubungan erat dengan kemampuan analisis terhadap permasalahan atau fenomena yang ditemukan.

2.3.2.8 Status Pernikahan

Hubungan spesifik antara pengetahuan dan status pernikahan secara langsung dari berbagai literatur belum pernah ditemukan pernikahan.

2.3.2.9 Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap masuknya pengetahuan kedalam individu yang berbeda dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

2.3.2.10 Jenis Kelamin

Robbins (2003) Menyatakan tidak ada perbedaan antara jenis kelamin perempuan dan pria dalam meningkatkan pengetahuan namun dalam hal analisis kemampuan pria lebih

baik dibandingkan wanita. Kecenderungan analisis yaitu kemampuan menyatakan suatu gambaran serta mampu membedakan obyek-obyek, mampu memandang sesuatu dengan analisa lebih banyak dimiliki oleh pria dibandingkan wanita.

2.3.3 Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan memiliki 6 tingkat (Notoatmodjo, 2004), yakni :

2.3.3.1 Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2.3.3.2 Memahami (*comperhension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

2.3.3.3 Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-

prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

2.3.3.4 Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja, dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

2.3.3.5 Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

2.3.3.6 Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau kriteria-kriteria yang telah ada.

2.3.4 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan memberikan seperangkat alat tes /kuesioner yang dikembangkan tentang objek pengetahuan yang akan diukur. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi

materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan domain yang akan diukur (Notoatmodjo, 2004). Kategori baik bila menjawab benar 76 % – 100 % dari yang diharapkan, kategori cukup bila menjawab benar 56 % – 75 % dari yang diharapkan, dan kategori kurang bila menjawab benar dibawah 56 % dari yang diharapkan.

2.4 Keterampilan

2.4.1 Pengertian

Keterampilan adalah kemampuan untuk melakukan tugas-tugas fisik atau mental (Spencer & Spencer, 1993 dalam Saragih, 2006). Sementara Chandra, (2003) memaparkan bahwa keterampilan adalah kemampuan mengubah sesuatu yang ada menjadi apa yang dikehendaki sesuai dengan rencana. Dalam bahasa Inggris, keterampilan adalah sesuatu yang dapat *Make things happen*. Sesuatu yang terjadi, diolah, atau diubah tadi dapat berupa hubungan antar rekan, cara kerja, cara ber-organisasi, bangunan, dana, informasi, dan sebagainya. Keterampilan juga terkait dengan tahap-tahap pelaksanaan pengolahan, serta bobot atau jumlah energi yang dibutuhkan, bahkan kemungkinan-kemungkinan penyimpangan dan perkecualian.

2.4.2 Keterampilan penerapan patient safety

Keterampilan penerapan patient safety adalah kemampuan intelektual dan keterampilan perawat dalam melaksanakan tindakan keselamatan pasien setelah mendapat pelatihan. Peningkatan intelektual dan keterampilan dapat terjadi apabila materi pelatihan dan pengembangan berkaitan langsung dengan peran dan tugas yang harus dikerjakan staf.

2.5 Pelatihan

Perawat manajer maupun perawat klinik tentunya harus berubah sesuai dinamika waktu dan tuntutan pelayanan keperawatan yang semakin kompleks di mana kualitas pelayanan rumah sakit sangat diutamakan. Oleh karena itu secara rutin diperlukan pelatihan dan pengembangan perawat agar kemampuan kognitif, afektif dan psikomotornya sesuai dengan kebutuhan area kerjanya.

2.5.1 Pengertian

Pelatihan dan pengembangan dapat didefinisikan sebagai usaha yang terencana dari organisasi untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan pegawai (Hariandja, 2002). Pelatihan dan pengembangan merupakan hal yang harus dilakukan oleh organisasi agar staf mendapatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan yang baru sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

2.5.2 Tujuan Pelatihan.

Pelatihan dibidang keperawatan merupakan salah satu kegiatan pengembangan staf yang bertujuan untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia dalam hal ini perawat (Gillies, 2000). Sementara As'ad (2003), menyampaikan tujuan pelatihan adalah meningkatkan produktifitas kerja, meningkatkan mutu kerja, meningkatkan ketepatan dalam perencanaan sumber daya manusia khususnya perawat, meningkatkan moral kerja, menjaga keselamatan dan menunjang pengembangan seseorang, meningkatkan kematangan kepribadian staf, dan meningkatkan kemampuan intelektual dan keterampilan.

Tujuan-tujuan tersebut adalah sebagai berikut:

a. Meningkatkan produktifitas kerja

Peningkatan produktifitas terjadi disebabkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan staf selalu diperbaharui dan disesuaikan dengan standar.

b. Meningkatkan mutu kerja

Pelatihan memberikan informasi tentang standar pekerjaan yang harus dilaksanakan staf. Standar tersebut akan menjadi pedoman bagi staf ketika melaksanakan pekerjaannya sehingga secara tidak langsung mutu kerja dapat terbentuk.

c. Meningkatkan ketepatan dalam perencanaan sumber daya manusia khususnya perawat

Pelatihan dan pengembangan staf bertujuan untuk memepetahankan dan meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan sehingga dapat diketahui bagian atau jabatan yang memerlukan penambahan atau rotasi pegawai.

d. Meningkatkan moral kerja

Berbagai materi yang berkaitan dengan area kerja staf dapat disampaikan dalam pelatihan dan pengembangan termasuk moral dan etika dalam bekerja.

e. Menjaga keselamatan dan menunjang pengembangan seseorang

Pelatihan dan pengembangan akan memberikan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan yang dimiliki oleh staf sehingga staf selalu siap apabila diberikan kesempatan promosi untuk pengembangan karir.

f. Meningkatkan kematangan kepribadian staf

Berbagai materi yang berkaitan dengan area kerja staf dapat disampaikan dalam pelatihan dan pengembangan termasuk sikap dan kepribadian staf dalam menunjang produktifitas kerja.

g. Meningkatkan kemampuan intelektual dan keterampilan.

Peningkatan intelektual dan keterampilan dapat terjadi apabila materi pelatihan dan pengembangan berkaitan langsung dengan peran dan tugas yang harus dikerjakan staf.

Beberapa uraian dari tujuan pelatihan diatas, peneliti menyimpulkan bahwa seorang perawat perlu mengikuti pelatihan

berkesinambungan sesuai dengan kebutuhan area kerjanya, guna meningkatkan kinerjanya dan kualitas pelayanan rumah sakit.

Susi Anto (2008) menyatakan bahwa beberapa pendapat pakar, menyarankan evaluasi *behaviour* paling cepat 3 bulan setelah pelatihan berakhir, untuk mengetahui apakah perubahan perilaku itu bersifat sementara ataukah permanen.

2.6 Perawat Klinik

Pengembangan sistem jenjang karir profesional perawat klinik ditujukan terutama bagi perawat yang bekerja sebagai perawat pelaksana disarana kesehatan dan dimulai dari perawat profesional pemula.

2.6.1 Pengertian Klinik

Perawat Klinik (PK) yaitu perawat yang memberikan asuhan keperawatan langsung kepada klien/pasien sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2.6.2 Jenjang karir profesional Perawat Klinik.

Jenjang karir profesional Perawat Klinik, terdiri dari:

2.6.2.1 Perawat Klinik I (PK I) adalah perawat lulusan D III telah memiliki pengalaman kerja 2 tahun atau perawat lulusan S 1 Keperawatan/Ners dengan pengalaman kerja 0 tahun, dan mempunyai sertifikat PK I.

2.6.2.2 Perawat Klinik II (PK II) adalah perawat lulusan D III telah memiliki pengalaman kerja 5 tahun atau perawat lulusan S 1 Keperawatan/Ners dengan pengalaman kerja 3 tahun, dan mempunyai sertifikat PK II.

2.6.2.3 Perawat Klinik III (PK III) adalah perawat lulusan D III telah memiliki pengalaman kerja 9 tahun atau perawat lulusan S 1 Keperawatan/Ners dengan pengalaman kerja 6 tahun, atau S 2 Keperawatan (Spesialis 1) dengan pengalaman kerja 0 tahun, dan mempunyai sertifikat PK III.

- 2.6.2.4 Perawat Klinik IV (PK IV) adalah perawat lulusan S 1 Keperawatan/Ners dengan pengalaman kerja 9 tahun, atau S 2 Keperawatan (Spesialis 1) dengan pengalaman kerja 2 tahun, dan mempunyai sertifikat PK IV, atau S 3 Keperawatan (Spesialis 2) dengan pengalaman kerja 0 tahun.
- 2.6.2.5 Perawat Klinik V (PK V) adalah perawat lulusan S 2 Keperawatan (Spesialis 1 Kep/Ners Spesialis) dengan pengalaman kerja 9 tahun, atau S 2 Keperawatan (Spesialis 1) dengan pengalaman kerja 4 tahun, atau S 3 Keperawatan (Spesialis 2 Kep/Ners Spesialis Konsultan) dengan pengalaman kerja 1 tahun, dan mempunyai sertifikat PK V (PPNI, 2006)
- RSUP Fatmawati pada saat ini telah menerapkan jenjang karir profesional Perawat Klinik pada PK III, mengingat Perawat Klinik pemberi asuhan keperawatan langsung kepada klien/pasien, maka perlu diberi peningkatan pengetahuan tentang *patient safety* melalui pelatihan, agar tidak terjadi kesalahan-kesalahan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

2.7 Karakteristik individu

Karakteristik individu merupakan ciri-ciri individu yang melekat pada dirinya baik secara alami maupun yang didapat dari orang lain, yang mengarah pada kinerja, dengan tujuan tertentu sesuai harapan individu atau organisasi. Adapun karakteristik individu terdiri dari:

2.7.1 Usia

Merupakan sub-variabel yang mempunyai efek tidak langsung pada perilaku individu dan kinerja individu. Namun hubungan antara usia dan kinerja menjadi issue penting karena adanya keyakinan bahwa kinerja akan menurun dengan bertambahnya usia (Gibson, 1996, dalam Zuraidah, 2005).

Pada penelitian ini usia dikelompokkan menjadi tiga yaitu : kelompok umur muda (0-14 tahun), kelompok usia kerja 15-64 tahun (umur produktif) dan kelompok umur tua (65 tahun ke atas).

2.7.2 Jenis Kelamin

Robbins (2003) Menyatakan tidak ada perbedaan antara jenis kelamin perempuan dan pria dalam meningkatkan pengetahuan namun dalam hal analisis kemampuan pria lebih baik dibandingkan wanita. Kecenderungan analisis yaitu kemampuan menyatakan suatu gambaran serta mampu membedakan obyek-obyek, mampu memandang sesuatu dengan analisa lebih banyak dimiliki oleh pria dibandingkan wanita.

Glen Taylor dan Wraavel (1977) seperti yang dikutip oleh As'ad (1995), ternyata bahwa ada perbedaan kepuasan kerja yang berbeda dimana tingkat kepuasan wanita lebih rendah jika dibanding dengan pria. Namun penelitian yang dilakukan oleh Bambang Haryono (1982) mengatakan bahwa tidak ada perbedaan kepuasan kerja antara pria dan wanita. Hal ini dimungkinkan karena pada penelitian ini sampel diambil dari perusahaan dimana tidak ada perbedaan perlakuan antara pria dan wanita dalam segala hal. Dalam dunia keperawatan banyak hal-hal yang membutuhkan kreatifitas yang menjadikan perawat lebih mampu dan terampil dalam memberikan layanan asuhan keperawatan untuk mengatasi permasalahan yang dialami oleh pasien.

2.7.3 Tingkat Pendidikan

Pendidikan yang lebih tinggi umumnya berdampak orang akan lebih mampu dan berupaya menerima tanggung jawab sesuai posisinya. Latar belakang pendidikan akan mempengaruhi motivasi kerja (Gibson, 1996 dalam Siagian, 1999).

Pada penelitian ini tingkat pendidikan formal digolongkan menjadi, SPK, yaitu jenjang pendidikan keperawatan yang paling rendah, D3 merupakan

jenjang pendidikan keperawatan madya pemula, S1 jenjang pendidikan tinggi yang sudah dikategorikan profesional.

2.7.4 Lama Kerja

Seseorang dengan pengalaman kerja yang relatif lebih lama dibandingkan dengan teman sekerjanya dikatakan sebagai karyawan senior. Pengalaman kerja sebagai variabel individu mempunyai efek secara tidak langsung dengan perilaku dan kinerja individu. Orang yang telah lama bekerja belum tentu lebih produktif dibandingkan dengan karyawan yang senioritasnya lebih rendah (Robbins, 1996). Hasil penelitian yang dilakukan Purbadi dan Sofiana (2006) menunjukkan bahwa perawat yang berstatus junior memiliki tingkat pengembangan diri yang masih rendah dibandingkan dengan perawat yang memiliki jabatan sebagai senior.

Pada penelitian ini masa kerja di kelompokkan menjadi dua kelompok 1 s.d 3 tahun, lebih dari 3 tahun, kelompok 1.s.d 3 dikatakan belum berpengalaman sedangkan lebih dari tiga tahun sudah dapat dianggap berpengalaman (kesehatan keselamatan kerja, Suma'mur, 2003).

2.7.5 Status Kepegawaian

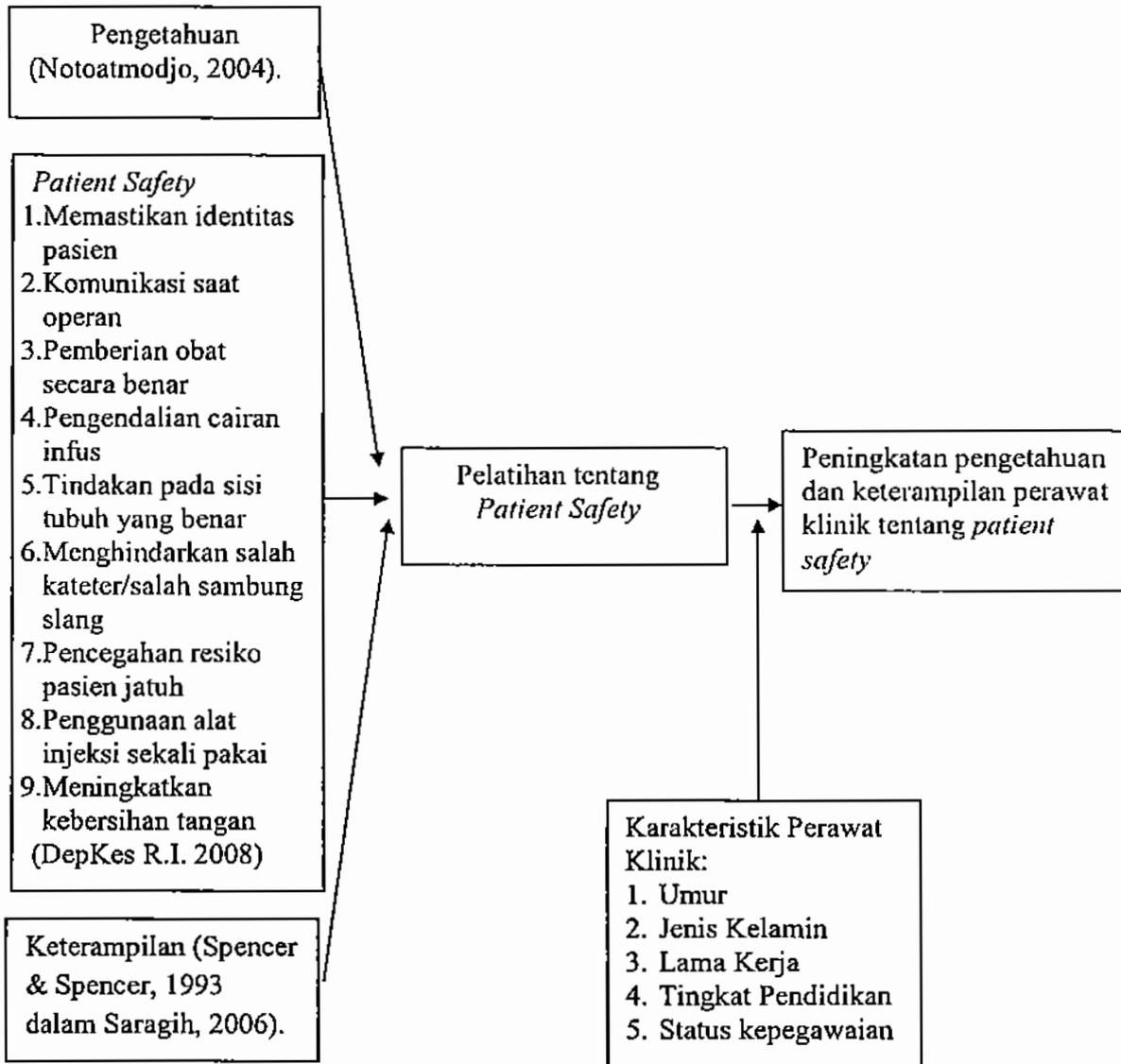
Status adalah posisi atau pangkat yang diberikan oleh kelompok atau individu. Status adalah faktor penting dalam mengembangkan peran, hak dan perilaku individu. Status cenderung didapatkan dari tiga sumber yaitu pengaruh kekuasaan individu atau orang lain, kemampuan individu untuk berkontribusi terhadap kelompok, dan karakteristik pribadi individu. Pemimpin cenderung dianggap memiliki status yang tinggi dikarenakan dapat mengendalikan kelompok (Robbin dan Judge, 2008).

2.8 Kerangka Teori

Patient safety merupakan salah satu fungsi pengendalian manajemen oleh seorang manajer, pengendalian terhadap setiap perawat untuk memberikan perawatan, pengobatan dan kenyamanan terhadap kelompok-kelompok pasien.

(DepKes R.I. 2008), konsep *WHO* terhadap sembilan solusi kesehatan pasien rumah sakit yaitu: 1) memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*Look-Alike, Sound- Alike Medication Names*), 2) memastikan identitas pasien, 3) komunikasi secara benar saat serah terima /pengoperan pasien, 4) memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar, 5) mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*). 6) memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan, 7) menghindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*), 8) menggunakan alat injeksi sekali pakai, 9) meningkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial. Pelatihan menurut Gillies (1996), bahwa pelatihan dibidang keperawatan adalah kegiatan pengembangan staf yang bertujuan untuk meningkatkan mutu SDM bidang keperawatan. Sedangkan pengetahuan menurut (Notoatmodjo, 2007), merupakan hasil "tahu", dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, sementara keterampilan adalah kemampuan untuk melakukan tugas-tugas fisik atau mental (Spencer & Spencer, 1993 dalam Saragih, 2006). Bagan kerangka teori sebagaimana berikut:

Skema 2.1
Kerangka teori penelitian



Sumber: Modifikasi teori dari Notoatmodjo (2004), Depkes (2008), dan (Spencer & Spencer, 1993 dalam Saragih, 2006).

BAB 3

KERANGKA KONSEP PENELITIAN, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

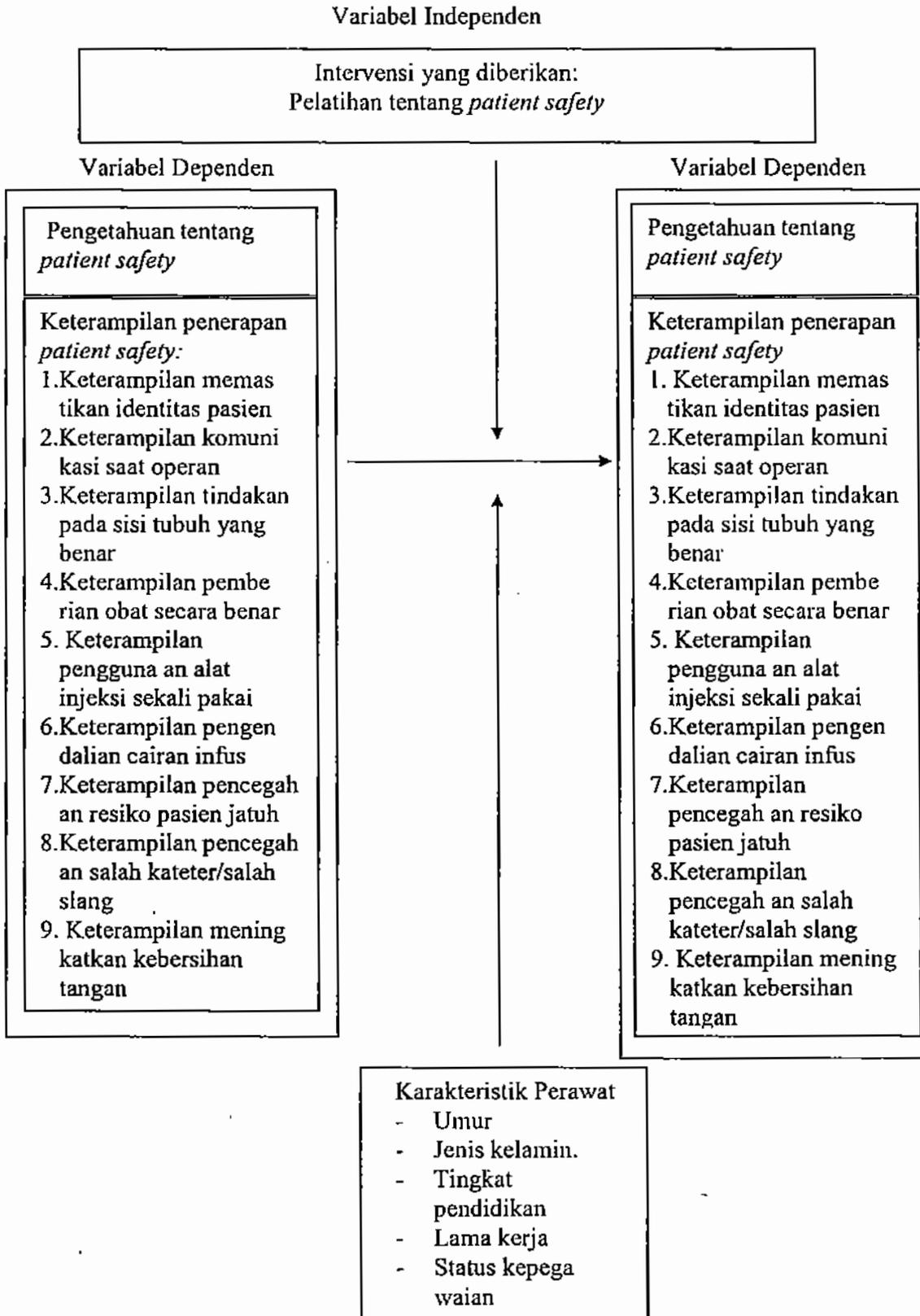
Bab ini menguraikan kerangka konsep penelitian, hipotesis dan definisi operasional. Uraian tersebut diperlukan sebagai acuan peneliti saat melakukan penelitian.

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah kerangka kerja penelitian yang diambil dari kerangka teori penelitian. Penerapan *patient safety* diharapkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan maupun daya saing rumah sakit dalam menghadapi ketatnya persaingan global sektor pelayanan kesehatan. Dep Kes R.I (2008), mendefinisikan keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Penerapan *patient safety* yang diterapkan di rumah sakit diharapkan akan dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan kredibilitas rumah sakit serta meningkatkan kepercayaan dan kepuasan pasien sebagai pelanggan.

Pada penelitian ini kerangka konsep dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan penelitian yaitu sebagai variabel dependen adalah pengetahuan dan keterampilan penerapan tentang *patient safety* dan variabel independen adalah pelatihan tentang *patient safety*, karakteristik perawat (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status kepegawaian) sebagai variabel perancu.

Skema. 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep penelitian maka hipotesis yang diambil adalah:

3.2.1 Hipotesis Mayor

Ada pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

3.2.2 Hipotesis Minor

3.2.2.1 Ada peningkatan pengetahuan perawat klinik sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety*.

3.2.2.2 Ada peningkatan keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety* sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety*.

3.2.2.3 Ada peningkatan keterampilan memastikan identitas pasien sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

3.2.2.4 Ada peningkatan keterampilan komunikasi saat operan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

3.2.2.5 Ada peningkatan keterampilan tindakan pada sisi tubuh yang benar sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

3.2.2.6 Ada peningkatan keterampilan pemberian obat secara benar sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

3.2.2.7 Ada peningkatan keterampilan penggunaan alat injeksi sekali pakai sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

3.2.2.8 Ada peningkatan keterampilan pengendalian cairan infus sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

3.2.2.9 Ada peningkatan keterampilan pencegahan resiko pasien jatuh

sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

- 3.2.2.10 Mengidentifikasi keterampilan pencegahan salah kateter/salah slang sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.
- 3.2.2.11 Mengidentifikasi keterampilan meningkatkan kebersihan tangan sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.
- 3.2.2.12 Mengidentifikasi pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap pengetahuan.
- 3.2.2.13 Mengidentifikasi pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap keterampilan pada penerapan *patient safety*

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang memberikan penjelasan atas suatu variabel dalam bentuk yang dapat diukur. Definisi operasional memberikan informasi yang diperlukan untuk mengukur variabel yang akan diteliti yaitu variabel independen, variabel dependen, dan variabel perancu (Kountur, 2003).

Tabel. 3. 1. Definisi Operasional Penelitian

Variabel/ Subvaria bel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala
Umur	Masa kehidupan perawat yang dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir saat pengambilan data dilakukan	Kuesio ner A	Mengisi Kuesioner pertanyaan umur responden	Umur dalam tahun	Rasio

Variabel/ Subvaria bel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala
Jenis kelamin	Status fisik perawat yang dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan	Kuesio ner A	Mengisi kuesioner jenis kela min	Laki-laki Perempu an	Nomi Nal
Tingkat Pendidik an	Jenjang pendidikan formal terakhir dibidang keperawatan yang diakui oleh pemerintah dan organisasi profesi	Kuesio ner A	Mengisi kuesioner pertanyaan tingkat pendidikan responden	1. SPK 2. D III Kep 3. S1 Kep	Ordi nal
Lama kerja	Masa kerja pada RSUP Fatmawati dalam tahun yang dihitung sejak masuk hingga saat ini	Kuesio ner A	Mengisi kuesioner pertanyaan lama kerja responden	Lama kerja dalam tahun	Rasio
Status kepega waian	Pemberian status yang diakui oleh RSUP Fatmawati sebagai perawat yang bekerja di rumah sakit tersebut.	Kuesio ner A	Mengisi kuesioner pertanyaan status kepegawai an responden	PNS Non PNS	Nomi nal
Pelatihan <i>patient safety</i>	Kegiatan yang di selenggarakan sesuai dengan materi pelatihan tentang <i>patient safety</i> yang bertujuan untuk memberikan informasi tentang <i>patient safety</i> kepada perawat klinik	Modul pelatih an tentang <i>patient safety</i>	Melaksana kan pelatihan sesuai tahapan yaitu persiapan, pelaksana an, dan penutupan	Pelaksana an kegiat an	
Pengeta huan ten tang <i>patient safety</i>	Kemampuan perawat klinik secara kognitif untuk menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar tentang konsep <i>patient safety</i>	Kuesio ner B yang terdiri dari 20 perta nyaan, pre & post	Mengisi kuesioner dengan pilihan jawaban ganda A, B, C, D, dan E, saat pre & post	Skor perta nyaan 20 dengan nilai 0 jika jawaban salah dan nilai 1 jika jawaban benar	Inter val

Variabel/ Subvaria bel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala
				Kategori baik 76%- 100%, cukup 56%-75%, kurang dibawah 56%	
Keteram pilan pera wat klinik tentang penera pan <i>patient safety</i>	Kemampuan perawat klinik dalam menerapkan tindakan <i>patient safety</i> .	Lembar observa si C yang terdiri dari 23 permya taan pre & post test	Menilai perawat klinik dalam me laksanakan tindakan <i>patient safety</i> dengan ja waban ya dan tidak, saat pre & post test	Jumlah pernyata an 23 dengan nilai 0 jika tindakan tidak dilakukan dan nilai 1 jika tindak an dikerja kan	Inter val
Keteram pilan me mastikan identitas pasien	Kemampuan perawat klinik dalam mengkaji pasien untuk menemukan masalah yang dialami pasien	Lembar observa si C yang terdiri dari 2 permya taan pre & post test (no soal1,2)	Menilai perawat klinik dalam me laksanakan tindakan mastikan identitas pasien dengan ja waban ya dan tidak, saat pre & post test	Jumlah pernyata an 2 dengan nilai 0 jika tindakan tidak dilakukan dan nilai 1 jika tindak an dikerja kan	Inter val
Keteram pilan komuni kasi saat operan	Kemampuan perawat klinik dalam membina komunikasi yang efektif pada saat operan pasien	Lembar observa si C yang terdiri	Menilai perawat klinik dalam me laksanakan	Jumlah pernyata an 3 dengan nilai 0 jika	Inter val

Variabel/ Subvaria bel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala
		dari 3 pernyataan pre & post test (no soal 3,4,5)	tindakan komuni kasi saat operan dengan ja waban ya dan tidak, pre & post	tindakan tidak dilakukan dan nilai 1 jika tindak an dikerja kan	
Keteram pilan tindakan pada sisi tubuh yang benar	Kemampuan perawat klinik dalam mengimple mentasikan tindakan pada sisi tubuh yang benar	Lembar observa si C yang terdiri dari 2 pernyataan pre & post test (no soal 11,12)	Menilai perawat klinik dalam me laksanakan tindakan pada sisi tubuh yang benar dengan ja waban ya dan tidak, saat pre & post test	Jumlah pernyata an 2 dengan nilai 0 jika tindakan tidak dilakukan dan nilai 1 jika tindak an dikerja kan	Inter Val
Keteram pilan pemberi an obat secara benar	Kemampuan perawat klinik dalam menjaga agar tidak terjadi kesalahan obat yang diberikan kepada pasien	Lembar observa si C yang terdiri dari 3 pernyataan pre & post test (no soal 6,7,8)	Menilai perawat klinik dalam me laksanakan tindakan pemberian obat secara benar dengan ja waban ya dan tidak, saat pre & post test	Jumlah pernyata an 3 dengan nilai 0 jika tindakan tidak dilakukan dan nilai 1 jika tindak an dikerja kan	Inter Val

Variabel/ Subvaria bel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala
Keteram pilan pengguna an alat injeksi sekali pakai	Kemampuan perawat klinik dalam mencegah penularan akibat penggunaan alat injeksi	19, 20)	jawaban ya dan tidak, saat pre & post test	kan	Inter val
Keteram pilan pengenda lian cairan infus	Kemampuan perawat klinik dalam mengawasi pemberian cairan infus kepada pasien	Lembar observa si C yang terdiri dari 2 pernya taan pre & post test (no soal 9, 10)	Menilai perawat klinik dalam me laksanakan tindakan pengendali an cairan infus dengan ja waban ya dan tidak, saat pre & post test	Jumlah pernyata an 2 dengan nilai 0 jika tindakan tidak dilakukan dan nilai 1 jika tindak an dikerja kan	Inter val
Keteram pilan pencegah an resiko pasien jatuh	Kemampuan perawat klinik dalam pencegahan resiko pasien jatuh	Lembar observa si C yang terdiri dari 3 pernya taan pre & post test (no soal 15, 16,17)	Menilai perawat klinik dalam me laksanakan tindakan pencegahan resiko pa sien jatuh dengan ja waban ya dan tidak, saat pre & post test	Jumlah pernyata an 23 dengan nilai 0 jika tindakan tidak dilakukan dan nilai 1 jika tindak an dikerja kan	Inter val
Keteram pilan pencegah an salah	Kemampuan perawat klinik dalam pencegahan salah kateter/salah slang kepada pasien	Lembar observa si C yang	Menilai perawat klinik dalam me	Jumlah pernyata an 2 dengan	Inter val

Variabel/ Subvaria bel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala
kateter/sa lah slang		taan pre & post test (no soal 13, 14)	salah kateter/sa lah slang dengan ja waban ya dan tidak, saat pre & post test	dilakukan dan nilai 1 jika tindak an dikerja kan	
Keteram pilan mening katkan kebersih an tangan	Kemampuan perawat klinik dalam mencegah infeksi nosokomial	Lembar observa si C yang terdiri dari 3 pemya taan pre danpost test (no soal 21, 22,23)	Menilai perawat klinik dalam me laksanakan tindakan mening katkan kebersih an tangan dengan ja waban ya dan tidak, saat pre dan post test	Jumlah pernyata an 3 dengan nilai 0 jika tindakan tidak dilakukan dan nilai 1 jika tindak an dikerja kan	Inter val

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini akan menjelaskan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, pengolahan dan analisis data.

4.1 Desain penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, menggunakan desain penelitian *pre-experimental designs*, dengan bentuk *one group pretest – posttest design* (Sugiono, 2008). Pengetahuan dan keterampilan perawat klinik diukur sebelum dan sesudah mendapat pelatihan. Dalam penelitian ini peneliti ingin mengidentifikasi pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety*.

Skema 4.1 Desain penelitian *pre-experimental designs* dengan *one group pretest- posttest desain*



Keterangan :

- O1: Pengetahuan dan keterampilan perawat klinik yang diukur sebelum dilakukan pelatihan *patient safety*
- O2: Pengetahuan dan keterampilan perawat klinik yang diukur setelah dilakukan pelatihan *patient safety*

4.2 Populasi dan sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas; obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2008), sementara Luknis, 2008, menyatakan populasi adalah keseluruhan dari unit di dalam pengamatan yang akan kita lakukan. Populasi adalah sejumlah besar subjek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro, 2010). Berdasarkan beberapa pengertian tersebut maka populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat klinik yang ada di IRNA C RSUP Fatmawati yaitu 43 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang dinilai/karakteristiknya kita ukur dan yang nantinya kita pakai untuk menduga karakteristik dari populasi (Hastono, 2008). Sugiyono (2008), menyimpulkan bahwa sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Sampel adalah bagian (*subset*) dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro, 2010). Sementara Arikunto (2006), perhitungan sampel dilakukan untuk menggeneralisasikan hasil penelitian, sehingga hasil penelitian dapat disimpulkan mewakili seluruh populasi.

a. Kriteria sampel

Kriteria sampel terdiri dari inklusi dan eksklusi

Inklusi tersebut adalah:

- Tidak sedang cuti hamil/melahirkan/tahunan
- Tidak sedang mengikuti pendidikan/pelatihan yang meninggalkan tugasnya di rumah sakit
- Tidak sedang menghadapi masa persiapan pensiun (MPP).

- Bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini yang dibuktikan dengan surat kesediaan menjadi responden.

Kriteria eksklusi adalah: Kepala ruangan

b. Tehnik pengambilan sampel

Tehnik pengambilan sampel adalah total sampel yaitu seluruh perawat klinik yang ada di IRNA C RSUP Fatmawati

c. Jumlah sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh perawat klinik yang ada di IRNA C RSUP Fatmawati sebanyak 43 orang, namun yang memenuhi kriteria inklusi sampel sebanyak 41 orang, sebanyak 2 orang tidak memenuhi kriteria sampel dengan alasan cuti.

Perhitungan sampel minimal berikut ini menggunakan rumus besar sampel sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_a^2 P Q}{d^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel

d = derajat kemaknaan (0,05)

a = 0,05

Q = 1-P

P = proporsi keadaan yang akan dicari dari penerapan *patient safety*.

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2}$$

$$n = \frac{0,9604}{0,025}$$

$$n = 38,42 = 38 \text{ sampel.}$$

4.3 Tempat penelitian.

Penelitian dilakukan di RSUP Fatmawati, dengan alasan merupakan rumah sakit pemerintah tipe B, dan merupakan rumah sakit rujukan wilayah Jakarta Selatan, serta rumah sakit pendidikan. RSUP Fatmawati dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan mengutamakan *patients safety*. Hal ini terlihat dari salah satu misinya yaitu “mengutamakan keselamatan pasien dan lingkungan yang sehat”.

4.4 Waktu penelitian

Waktu penelitian dilakukan mulai dari tahap penyusunan proposal pada minggu kedua Februari hingga minggu pertama Mei 2010. Ujian proposal dilakukan pada minggu kedua Mei 2010, kemudian dilakukan uji coba kuesioner pada minggu keempat Mei 2010, dan pengambilan data pre test dilakukan peneliti pada minggu pertama Juni 2010. Pelaksanaan pelatihan dilakukan pada minggu pertama Juni 2010. Pengambilan data post test dilakukan pada minggu kedua Juni 2010. Rincian rencana kegiatan penelitian yang dilalui adalah sebagaimana yang tercantum dalam lampiran 8.

4.5 Etika penelitian

Etika penelitian dalam penelitian ini dilaksanakan untuk memberikan perlindungan terhadap responden yang menjadi subjek penelitian dengan mempertimbangkan prinsip etika riset berupa *beneficience*, prinsip menghargai martabat manusia dan prinsip mendapatkan keadilan (Hamid, 2007). Sebagai pertimbangan etika, peneliti meyakini bahwa responden dilindungi, dengan memperhatikan aspek-aspek *self determination, privacy and anonymity confidentiality, protection from discomfort, informed consent*.

Penerapan Aspek Etik

4.5.1 *Self determination*

Aplikasi yang dilakukan peneliti adalah responden diberi kebebasan untuk menyatakan kesediaanya secara sukarela terlibat dalam penelitian ini. Peneliti meyakinkan responden bahwa peneliti tidak akan menghukum, memaksa atau memberi perlakuan yang tidak adil jika subjek menolak menjadi responden dalam penelitian ini. Sebelumnya peneliti memberi kesempatan kepada responden untuk memahami penelitian yang akan dilakukan sebagaimana yang tercantum dalam penjelasan penelitian dan lembar persetujuan dalam berkas kuesioner. Selanjutnya peneliti memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan variabel yang akan diteliti; waktu penelitian yang digunakan, manfaat penelitian, jaminan bahwa tidak adanya pengaruh penelitian terhadap individu dan pekerjaan dan jaminan kerahasiaan bahwa data yang diberikan tidak akan disebar luaskan ataupun dapat merugikan responden. Dalam hal ini peneliti menghargai keputusan responden berdasarkan otonomi atas dirinya sendiri sebagai bentuk penerapan prinsip *Self determination*.

4.5.2 *Privacy and anonymity confidentiality*

Aplikasi yang dilakukan peneliti adalah peneliti menggunakan prinsip kerahasiaan dan *anonymity* dengan menggunakan kode yang diisi oleh peneliti dan tidak mencantumkan atau menuliskan nama responden pada kuesioner yang digunakan dan digunakan untuk penelitian ini saja (*confidentiality*). Data penelitian disimpan, diolah dan diakses oleh peneliti serta dijaga kerahasiaannya selama proses penelitian, selanjutnya akan dimusnahkan jika proses penelitian ini dinyatakan telah selesai, lama penyimpanan data sesuai dengan ketentuan pengarsipan (5 tahun).

4.5.3 *Protection from discomfort*

Aplikasi yang dilakukan peneliti adalah responden yang pada awalnya bersedia terlibat dalam penelitian akan tetapi mengundurkan diri saat

penelitian berlangsung, diberikan haknya untuk tidak terus mengikuti proses penelitian yang tengah berlangsung. Dalam hal ini tidak ada responden yang mengundurkan diri saat penelitian berlangsung.

4.5.4 *Informed consent.*

Informed consent adalah kesediaan yang disadari oleh subjek penelitian untuk diteliti (Prasetyo, 2008). Aplikasi yang dilakukan peneliti adalah semua responden yang menjadi subyek penelitian, telah diberi informasi tentang segala sesuatu yang berkaitan dengan penelitian, setiap responden diberi hak untuk menyetujui atau menolak menjadi responden penelitian. Responden yang bersedia dipersilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).

4.6 Alat pengumpul data

Instrumen penelitian merupakan sesuatu yang terpenting dan strategis didalam suatu penelitian (Arikunto, 2005). Data yang dikumpulkan dan digunakan dalam penelitian ini adalah data yang berhubungan dengan variabel dependen dan variabel *confounding* dengan menggunakan kuesioner. Sedangkan variabel independen dalam penelitian ini dikembangkan oleh peneliti dengan narasumber dalam bentuk modul pelatihan bagi perawat klinik tentang *patient safety*. Rincian alat pengumpul data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

4.6.1 Karakteristik Responden

Tertuang dalam kuesioner A. Kuesioner A terdiri dari 5 buah pertanyaan yang akan menggali data karakteristik responden selaku variabel *confounding*, yaitu pertanyaan mengenai: umur, jenis kelamin, lama kerja, tingkat pendidikan, dan status kepegawaian. Data yang diperoleh oleh peneliti mengenai karakteristik responden merupakan data dari sumber primer dimana data ini diperoleh melalui kuesioner yang diisi langsung oleh perawat klinik. (dapat dilihat pada lampiran 3)

4.6.2 Variabel dependen mengenai pengetahuan dan keterampilan perawat klinik. Variabel dependen mengenai pengetahuan tertuang dalam kuesioner B. Kuesioner B merupakan data primer, dirancang untuk mengukur variabel dependen mengenai pengetahuan perawat klinik, yang mengarah pada pemahaman perawat klinik dalam bentuk menginterpretasikan tentang konsep *patient safety* dengan benar. Kuesioner B dibuat sebagaimana tercantum dalam materi pelatihan tentang *patient safety* dan mengacu pada konsep *patient safety* panduan Depkes (2008), yang terdiri dari 20 pertanyaan pre dan post test, diisi langsung oleh perawat klinik selaku responden penelitian. Masing-masing pertanyaan dengan pilihan jawaban ganda yang terdiri atas 5 pilihan jawaban. Responden mengisi kuesioner dengan cara memilih salah satu jawaban yang dianggap paling benar. Selanjutnya jawaban responden disesuaikan dengan kunci jawaban pre dan post tes. Jawaban responden yang benar diberi nilai 1, sedangkan jawaban responden yang salah diberi nilai 0 (lampiran 4).

4.6.3 Variabel dependen mengenai keterampilan tertuang dalam kuesioner C. Kuesioner C merupakan modifikasi dari instrumen penelitian yang sudah ada sebelumnya (Maryam, 2009) dengan nilai r alpha 0,941. Instrumen C yang digunakan berbentuk format observasi, yang terdiri dari 23 pernyataan, dengan alternatif observasi “Ya” (bila tindakan dilakukan), “Tidak” (bila tindakan tidak dilakukan), (lampiran 5), dan kisi-kisi kuesioner C (lampiran 6).

4.7 Uji Instrumen

4.7.1 Kuesioner B mengenai pengetahuan.

Uji instrumen di lakukan pada minggu keempat Mei 2010, di RSAB Harapan Kita, dimana RSAB Harapan Kita memiliki status yang sama dengan RSUP Fatmawati dan telah menerapkan *patient safety*. Uji coba kuesioner diberikan terhadap 30 orang perawat di RSAB Harapan Kita.

Instrumen diuji dengan menggunakan uji iteman, dengan nilai tingkat kesukaran soal $p < 0,30$ (sukar), $0,30 = p = 0,70$ (sedang), $p > 0,70$ (mudah). Dan pedoman tingkat kesukaran: 30% soal dengan bobot mudah, 40% soal dengan bobot sedang, dan 30% soal dengan bobot sulit. Hasil uji soal dari 20 soal, didapatkan soal nomor 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 (80%) dengan nilai $< 0,70 - 0,70$ (sedang), sementara untuk soal nomor 4, 7, 12, 20 (20%) dengan nilai $> 0,7$ (mudah). Setelah melihat hasil analisa tingkat kesukaran soal, maka dilakukan perbaikan soal. Hasil analisis dari responden pada penelitian ini didapatkan soal nomer 1, 2, 5, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 20 (50%) dengan nilai $< 0,30$ (sulit), soal nomer 8, 9, 10, 12, 16, 17, (30%) dengan nilai $< 0,70$ (sedang), sementara untuk soal nomer 3, 4, 7, 18, (20%) dengan nilai $> 0,70$ (mudah). Pada penelitian ini tingkat kesukaran soal tidak untuk dianalisis, tetapi hanya untuk memenuhi syarat pedoman tingkat kesukaran soal saja.

4.7.2 Kuesioner C format observasi

Dalam melakukan observasi peneliti dibantu oleh 3 orang observer, yaitu perawat dari instalasi lain (IRNA A dan IRNA B). Agar data yang dihasilkan valid, maka harus ada persamaan persepsi antara peneliti dengan petugas pengumpul data, maka dilakukan uji interrater reliability. Alat yang digunakan untuk uji interrater adalah uji statistik Kappa (Hastono, 2007), menggunakan bantuan *software* komputer.

Ketentuan uji:

Kalau si pengumpul data banyak maka uji dilakukan terhadap masing masing pengumpul data

- a. Dilakukan terhadap masing-masing pernyataan.
- b. Peneliti dan si pegumpul data bersama-sama mengobservas.
- c. Waktu mengobservasi antara peneliti dan si pengumpul data tidak boleh berbeda.

Perinsip Uji :

- a. Bila nilai koefisien kappa $> 0,6$ atau p value $< \alpha (0,05)$, maka persepsi antara peneliti dengan si pengumpul data sama.
- b. Bila nilai koefisien kappa $< 0,6$ atau p value $> \alpha (0,05)$, maka persepsi antara peneliti dengan si pengumpul data terjadi perbedaan.

Hasil uji dari masing-masing observer didapatkan nilai koefisien kappa sebesar 1.00 dan P value sebesar 0,002. Dengan hasil ini menunjukkan bahwa koefisien kappa $> 0,6$ dan p value $< \alpha (0,05)$, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada persamaan persepsi antara peneliti dengan observer.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang dilaksanakan oleh peneliti adalah sebagai berikut :

4.8.1 Prosedur Administratif

- a. Mengajukan ijin uji kuesioner penelitian ke RSAB Harapan Kita minggu ketiga Mei 2010.
- b. Mengajukan ijin penelitian ke RSUP Fatmawati minggu ketiga Mei 2010.
- c. Lolos uji etik dari komite etik penelitian FIK UI minggu pertama Juni 2010.
- d. Menyiapkan kelengkapan data, kuisisioner penelitian, dan materi pelatihan tentang *patient safety*.

4.8.2 Prosedur Teknis

Di bawah ini adalah prosedur teknis secara rinci yang dilalui oleh peneliti untuk memperoleh data penelitian:

- a. Peneliti memilih petugas pengumpul data (observer), yaitu perawat dari instalasi lain (IRNA A dan IRNA B) untuk membantu melakukan observasi responden pada penerapan *patient safety*.
- b. Peneliti melakukan uji coba kuesioner kepada 30 perawat di RSAB Harapan Kita dan melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen pada minggu keempat Mei 2010.
- c. Peneliti berkoordinasi dengan Kepala Bidang Diklat dan Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan tentang persiapan pelaksanaan penelitian.
- d. Peneliti melakukan uji interrater reliability untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan petugas pengumpul data tentang penerapan *patient safety* pada minggu pertama Juni 2010.
- e. Peneliti memperkenalkan diri kepada responden
- f. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian kepada responden. Setelah mendapatkan penjelasan, responden diminta untuk mengisi persetujuan ikut berpartisipasi dalam penelitian.
- g. Pengambilan data *pre test* observasi pada penerapan *patient safety* oleh observer pada 11 – 13 Juni 2010, pada *shift* pagi, sore dan malam, sebelum pelatihan diberikan
- h. Pelatihan tentang *patient safety* untuk perawat klinik, dilakukan 2 hari untuk 2 kelompok yaitu pada 15 dan 16 Juni 2010, yang sebelumnya diawali dengan pengambilan data *pre test* untuk menilai pengetahuan.
- i. Pengambilan data *post test* pengetahuan tentang konsep *patient safety* dilakukan setelah perawat klinik mendapat pelatihan.
- j. Pengambilan data *post test* observasi pada penerapan *patient safety* oleh observer dilakukan 6 hari setelah pelatihan diberikan, yaitu pada 22 – 24 Juni 2010 pada *shift* pagi, sore dan malam.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1 Pengolahan data

Hastono (2007), memaparkan bahwa pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data. Ada empat tahapan dalam pengolahan data yang peneliti harus lalui yaitu: *Editing*; data yang terkumpul diperiksa kembali kelengkapan datanya apakah jawaban yang ada sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten. *Coding*; data yang telah diedit diberikan kode nomor jawaban yang diisi oleh responden dalam daftar pertanyaan, masing-masing jawaban diberi kode sesuai dengan yang telah ditetapkan sebelumnya. *Processing*; setelah diberi kode maka data tersebut dimasukkan kedalam program komputer untuk dianalisis. *Cleaning*; melakukan pemeriksaan kembali terhadap data yang telah dimasukkan ke dalam komputer untuk memastikan bahwa data telah bersih dari kesalahan baik pada waktu pemberian kode maupun pembersihan skor data. Semua data bersih dan tidak ada kesalahan data.

4.9.2 Analisis data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan program komputer. meliputi:

4.9.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat meliputi:

- a. Karakteristik perawat klinik disajikan sesuai jenis data, yaitu data numerikal dan kategorikal. Data numerikal meliputi umur dan lama kerja digunakan nilai mean, median, modus, dan standar deviasi. Data kategorikal terdiri dari jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status kepegawaian dilakukan dengan menjelaskan angka/nilai, jumlah dan presentase masing-masing kelompok
- b. Pengetahuan dan keterampilan perawat klinik sebelum dan sesudah pelatihan tentang *patient safety*, dilakukan dengan meliputi mean, median, modus, dan simpangan baku.

4.9.2.2 Analisis Bivariat

Analisis ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh intervensi pelatihan yang diberikan terhadap pengetahuan dan keterampilan perawat klinik melalui perbedaan secara keseluruhan nilai variabel dependen sebelum dan sesudah pelatihan tentang *patient safety*. dengan menggunakan tingkat kemaknaan (α) $< 0,05$, sehingga bila $\alpha = 0,05$ maka hasil perhitungan statistik bermakna dan dinyatakan ada pengaruh antara pelatihan terhadap pengetahuan dan keterampilan. Namun bila p value $> 0,05$ maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna sehingga dinyatakan tidak ada pengaruh antara pelatihan terhadap pengetahuan dan keterampilan. Setelah dilakukan analisis diketahui data tersebut tidak berdistribusi normal sehingga harus menggunakan uji non parametrik yaitu Wilcoxon.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil penelitian pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati, yang dilaksanakan pada 7 Juni sampai dengan 26 Juni 2010. Saat dilakukan penelitian jumlah total perawat adalah 43 orang, namun yang memenuhi kriteria inklusi sampel sebanyak 41 orang. Sebanyak 2 orang tidak memenuhi kriteria sampel dengan alasan cuti.

Penyajian hasil penelitian dikelompokkan menjadi analisis univariat dan bivariat.

5.1 Hasil Analisis Univariat

5.1.1 Karakteristik Perawat Klinik

Karakteristik perawat klinik disajikan sesuai jenis data, yaitu data numerikal dan kategorikal. Data numerikal meliputi umur dan lama kerja digunakan nilai mean, median, standar deviasi, dengan hasil analisis pada tabel 5.1. Data kategorikal terdiri dari jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status kepegawaian dilakukan dengan menjelaskan angka/nilai, jumlah dan presentase masing-masing kelompok. Hasil analisis dituangkan analisis pada tabel 5.2.

Tabel 5.1
Distribusi Perawat Klinik menurut Umur dan Lama Kerja di IRNA C
RSUP Fatmawati Juni 2010 (n = 41)

Variabel	Mean	Median	SD	Min - Maks	95 % CI
Umur	31.39	29	7.375	21 - 47	29.06 – 33.72
Lama Kerja	8.71	7	7.71	1 - 27	6.27 – 11.14

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa perawat klinik yang bekerja di IRNA C RSUP Fatmawati berdasarkan umur memiliki rata-rata umur 31.39 tahun, dengan umur termuda 21 tahun dan umur tertua 47 tahun. Hasil estimasi interval dapat

disimpulkan bahwa 95 % diyakini bahwa rata-rata usia responden adalah antara 29.06 sampai dengan 33.72 tahun, dengan variasi umur 7.375. Data pada tabel diatas menunjukkan bahwa rata-rata umur perawat klinik adalah berusia produktif.

Sedangkan berdasar masa bekerja memiliki lama kerja rata-rata 8.71 tahun dengan lama kerja terpendek 1 tahun dan terlama 27 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95 % diyakini bahwa rata-rata lama bekerja responden adalah antara 6.27 sampai dengan 11.14 tahun dengan variasi lama kerja 7.71.

Tabel 5.2
Distribusi Perawat Klinik menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Status Kepegawaian di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010 (n = 41)

Variabel	Jumlah	%
Jenis Kelamin		
a. Laki-Laki	12	29.3
b. Perempuan	29	70.7
Tingkat Pendidikan		
a. SPK / SPR	3	7.3
b. D3 Keperawatan	33	80.5
c. S1 Keperawatan	5	12.2
Status Kepegawaian		
a. PNS	32	78.0
b. Non PNS	9	22.0

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa perawat klinik yang bekerja di IRNA C RSUP Fatmawati berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah berjenis kelamin perempuan (70.7%), berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar adalah D3 Keperawatan (80.5%), dan berdasarkan status kepegawaian sebagian besar adalah PNS (78 %).

5.1.2 Pengetahuan perawat klinik tentang *patient safety*

Pengetahuan perawat klinik dalam penelitian ini sebagai variabel dependen. Pengetahuan diukur sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan tentang *patient safety*.

Tabel 5.3
Distribusi Pengetahuan Perawat Klinik Sebelum dan Sesudah mendapat Pelatihan tentang *Patient Safety* di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010 (n = 41)

Variabel	Intervensi	Mean	Median	SD	Min-Max	95% CI
Pengetahuan	Sebelum	8.39	8	0.666	8 - 10	8.18 - 8.60
	Sesudah	12.63	12	1.868	10 - 17	12.04 - 13.22

Data hasil penelitian pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa pengetahuan perawat klinik di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 8.39 dengan skor terkecil adalah 8 dan skor tertinggi adalah 10. Sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 12.63 dengan skor terkecil adalah 10 dan tertinggi adalah 17.

Skor total pengetahuan adalah 20, sehingga berdasarkan skor pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa pengetahuan perawat klinik di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* sebesar 41.95%, sedangkan sesudah mendapat pelatihan sebesar 63.15%.

5.1.3 Keterampilan perawat klinik tentang *patient safety*

Keterampilan perawat klinik dalam penelitian ini sebagai variabel dependen. Keterampilan diukur sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan tentang *patient safety*.

Tabel 5.4
Distribusi Keterampilan Perawat Klinik Sebelum dan Sesudah mendapat
Pelatihan tentang *Patient Safety* di IRNA C RSUP Fatmawati
Juni 2010 (n = 41)

Variabel	Intervensi	Mean	Median	SD	Min-Max	95% CI
Keterampilan	Sebelum	16.37	17	2.835	12 - 22	15.47 - 17.26
	Sesudah	22.2	22.0	0.715	19 - 23	21.97 - 22.42

Data hasil penelitian pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa keterampilan perawat klinik di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 16.37 dengan skor terkecil adalah 12 dan skor tertinggi adalah 22. Sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 22.2 dengan skor terkecil adalah 19 dan tertinggi adalah 23.

5.1.4 Keterampilan prawat klinik pada penerapan *patient safety* meliputi 9 subvariabel yaitu memastikan identitas pasien, komunikasi saat operan, pemberian obat secara benar, pengendalian cairan infus, tindakan pada sisi tubuh yang benar, menghindarkan salah kateter/salah sambung slang, pencegahan resiko pasien jatuh, penggunaan alat injeksi sekali pakai, dan meningkatkan kebersihan tangan yang dinilai sebelum dan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety*.

Tabel 5.5
Distribusi Perawat Klinik menurut Keterampilan pada Memastikan Identitas Pasien, Komunikasi Saat Operan, Tindakan pada Sisi Tubuh yang Benar Sebelum dan Sesudah mendapat Pelatihan tentang *Patient Safety* di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010 (n = 41)

Sub Variabel	Intervensi	Mean	Median	SD	Min- Maks	95% CI
Memastikan identitas pasien	Sebelum	0.34	0.00	0.762	0 - 2	0.10 – 0.58
	Sesudah	1.95	2.0	0.312	0 - 2	1.85 – 2.05
Komunikasi saat operan	Sebelum	2.41	2.0	0.631	1 - 3	2.22 – 2.61
	Sesudah	2.98	3.0	0.156	2 - 3	2.93 – 3.02
Tindakan pada sisi tubuh yang benar	Sebelum	1.32	2.0	0.907	0 - 2	1.03 – 1.60
	Sesudah	2	-	-	2 - 2	-

Data hasil penelitian pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa keterampilan memastikan identitas pasien sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati mendapat skor rata-rata 0.34, skor terkecil adalah 0 dan tertinggi adalah 2. Sesudah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah 1.95, dengan skor terkecil adalah 0 dan tertinggi adalah 2.

Keterampilan pada komunikasi saat operan sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 2.41, dengan skor terkecil adalah 1 dan tertinggi adalah 3. Sesudah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah 2.98 dengan skor terkecil adalah 2 dan tertinggi adalah 3.

Keterampilan tindakan pada sisi tubuh yang benar sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 1.32, dengan skor terkecil adalah 0 dan tertinggi adalah 2. Sesudah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah konstan (skor keseluruhan tiap responden 2) sehingga tidak dapat diolah analisis deskriptifnya.

Tabel 5.6
Distribusi Perawat Klinik menurut Keterampilan pada Pemberian Obat Secara Benar, Penggunaan Alat Injeksi Sekali Pakai, Pengendalian Cairan Infus, Sebelum dan Sesudah mendapat Pelatihan tentang *Patient Safety* di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010 (n = 41)

Sub Variabel	Intervensi	Mean	Median	SD	Min- Maks	95% CI
Pemberian obat secara benar	Sebelum	2.51	3.0	0.506	2 - 3	2.35 – 2.67
	Sesudah	2.98	3.00	0.156	2 - 3	2.93 – 3.02
Penggunaan alat injeksi sekali pakai	Sebelum	2.9	3.0	0.374	1 - 3	2.78 – 3.02
	Sesudah	2.98	3.0	0.156	2 - 3	2.93 – 3.02
Pengendalian cairan infus	Sebelum	1.98	2.0	0.156	1 - 2	1.93 – 2.02
	Sesudah	2	-	-	2 - 2	-

Data hasil penelitian pada tabel 5.6 menunjukkan bahwa keterampilan pemberian obat secara benar sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati mendapat skor rata-rata 2.51, dengan skor terkecil adalah 2 dan tertinggi adalah 3. Sesudah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah 2.98, dengan skor terkecil adalah 2 dan tertinggi adalah 3.

Keterampilan pada penggunaan alat injeksi sekali pakai sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 2.9 dengan skor terkecil adalah 1 dan tertinggi adalah 3. Sesudah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 2.98 dengan skor terkecil adalah 2 dan tertinggi adalah 3.

Keterampilan pada pengendalian cairan infus sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 1.98, skor terkecil adalah 1 dan tertinggi adalah 2. Sesudah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata

skor responden adalah konstan (skor keseluruhan tiap responden 2) sehingga tidak dapat diolah analisis deskriptifnya.

Tabel 5.7

Distribusi Perawat Klinik menurut Keterampilan pada Pencegahan Resiko Pasien Jatuh, Pencegahan Salah Kateter/Salah Slang, Meningkatkan Kebersihan Tangan Sebelum dan Sesudah mendapat Pelatihan tentang *Patient Safety* di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010 (n = 41)

Sub Variabel	Intervensi	Mean	Median	SD	Min- Maks	95% CI
Pencegahan resiko pasien jatuh	Sebelum	1.34	2.0	0.99	0 - 3	1.03 - 1.65
	Sesudah	2.32	2.0	0.471	2 - 3	2.17 - 2.47
Pencegahan salah kateter/salah slang	Sebelum	1.05	1.0	0.773	0 - 2	0.8 - 1.29
	Sesudah	2	-	-	2 - 2	-
Meningkatkan kebersihan tangan	Sesudah	2.51	3.0	0.553	1 - 3	2.34 - 2.69
	Sesudah	3	-	-	3 - 3	-

Data hasil penelitian pada tabel 5.7 menunjukkan bahwa keterampilan dalam pencegahan resiko pasien jatuh sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati mendapat skor rata-rata 1.34, dengan skor terkecil adalah 0 dan tertinggi adalah 3. Sesudah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah 2.32, dengan skor terkecil adalah 2 dan tertinggi adalah 3.

Keterampilan pada pencegahan salah kateter/salah slang sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 1.05, dengan skor terkecil adalah 0 dan tertinggi adalah 2. Sesudah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah konstan (skor keseluruhan tiap responden 2) sehingga tidak dapat diolah analisis deskriptifnya.

Keterampilan pada kebersihan tangan sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 2.51 dengan skor terkecil adalah 1 dan tertinggi

adalah 3. Sesudah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah konstan (skor keseluruhan tiap responden 3) sehingga tidak dapat diolah analisis deskriptifnya.

5.2 Hasil Analisis Bivariat

Tabel 5.8
Analisis Pengetahuan Perawat Klinik Sebelum dan Sesudah mendapat Pelatihan tentang *Patient Safety* di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010 (n = 41)

Variabel	Intervensi	Mean	SD	p value
Pengetahuan	Sebelum	8.39	0.666	0.000
	Sesudah	12.63	1.868	

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa pengetahuan perawat klinik di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 8.39 dengan standar deviasi 0.666. Sesudah responden diberikan pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor pengetahuan responden adalah 12.63 dengan standar deviasi 1.868. Hasil uji statistik menunjukkan ada peningkatan yang bermakna pada pengetahuan perawat klinik sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* (p value = 0.000 dengan alpha 0.05).

Tabel 5.9
Analisis Keterampilan Perawat Klinik Sebelum dan Sesudah mendapat Pelatihan tentang *Patient Safety* di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010 (n = 41)

Variabel	Intervensi	Mean	SD	p value
Keterampilan	Sebelum	16.37	2.835	0.000
	Sesudah	22.2	0.715	

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa keterampilan perawat klinik di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 16.37 dengan standar deviasi 2.835. Sesudah responden diberikan pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor keterampilan responden adalah

22.2 dengan standar deviasi 0.715. Hasil uji statistik menunjukkan ada peningkatan yang bermakna pada pengetahuan perawat klinik sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* (p value = 0.000 dengan alpha 0.05).

Tabel 5.10 ,
Analisis Perawat Klinik menurut Keterampilan pada Memastikan Identitas Pasien,
Komunikasi Saat Operan, Tindakan pada Sisi Tubuh Yang Benar
Sebelum dan Sesudah mendapat Pelatihan tentang *Patient Safety*
di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010 (n = 41)

Sub Variabel	Intervensi	Mean	SD	p value
Memastikan identitas pasien	Sebelum	0.34	0.762	
	Sesudah	1.95	0.312	0.00
Komunikasi saat operan	Sebelum	2.41	0.631	
	Sesudah	2.98	0.156	0.000
Tindakan pada sisi tubuh yang benar	Sebelum	1.32	0.907	
	Sesudah	2	-	0.000

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa memastikan identitas pasien di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 0,34 dengan standar deviasi 0.762. Sesudah responden diberikan pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah 1.95 dengan standar deviasi 0.312. Hasil uji statistik menunjukkan ada peningkatan yang bermakna pada memastikan identitas pasien sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* (p value = 0.000 dengan alpha 0.05).

Komunikasi saat operan sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 2.41 dengan standar deviasi 0.631. Sesudah responden diberikan pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah 2.98 dengan standar deviasi 0.156. Hasil uji statistik menunjukkan ada peningkatan yang bermakna pada komunikasi saat operan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* (p value = 0.000 dengan alpha 0.05).

Tindakan pada sisi tubuh yang benar sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 1.32 dengan standar deviasi 0.907. Sesudah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah konstan (skor keseluruhan tiap responden 2). Hasil uji statistik menunjukkan ada peningkatan yang bermakna pada tindakan sisi tubuh yang benar sesudah diberikan pelatihan tentang *pasien safety* (p value = 0.000, dengan alpha 0.05).

Tabel 5.11
Analisis Perawat Klinik menurut Keterampilan pada Pemberian Obat Secara Benar, Penggunaan Alat Injeksi Sekali Pakai, Pengendalian Cairan Infus Sebelum dan Sesudah mendapat Pelatihan tentang *Patient Safety* di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010 (n = 41)

Sub Variabel	Intervensi	Mean	SD	p value
Pemberian obat secara benar	Sebelum	2.51	0.506	0.000
	Sesudah	2.98	0.156	
Penggunaan alat injeksi sekali pakai	Sebelum	2.9	0.374	0.257
	Sesudah	2.98	0.156	
Pengendalian cairan infus	Sebelum	1.98	0.156	0.317
	Sesudah	2	-	

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa pemberian obat secara benar di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 2.51 dengan standar deviasi 0.506. Sesudah responden diberikan pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah 2.98 dengan standar deviasi 0.156. Hasil uji statistik menunjukkan ada peningkatan yang bermakna pada pemberian obat secara benar sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* (p value = 0.000 dengan alpha 0.05).

Penggunaan alat injeksi sekali pakai sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 2.9 dengan standar deviasi 0.374. Sesudah responden diberikan pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah 2.98 dengan standar deviasi 0.156. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada peningkatan

yang bermakna pada penggunaan alat injeksi sekali pakai sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* (p value = 0.257 dengan alpha 0.05).

Pengendalian cairan infus sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 1.98 dengan standar deviasi 0.156. Sesudah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah konstan (skor keseluruhan tiap responden 2) Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada peningkatan yang bermakna pada pengendalian cairan infus sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* (p value = 0.317 dengan alpha 0.05).

Tabel 5.12

Analisis Perawat Klinik menurut Keterampilan pada Pencegahan Resiko Pasien Jatuh, Pencegahan Salah Kateter/Salah Slang, Meningkatkan Kebersihan Tangan, Sebelum dan Sesudah mendapat Pelatihan tentang *Patient Safety* di IRNA C RSUP Fatmawati Juni 2010 (n = 41)

Sub Variabel	Intervensi	Mean	SD	p value
Pencegahan resiko pasien jatuh	Sebelum	1.34	0.99	
	Sesudah	2.32	0.47	0.000
Pencegahan salah kateter/salah slang	Sebelum	1.05	0.773	
	Sesudah	2	-	0.000
Meningkatkan kebersihan tangan	Sebelum	2.51	0.553	
	Sesudah	3	-	0.000

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa pencegahan resiko pasien jatuh di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 1.34 dengan standar deviasi 0.99. Setelah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah 2.32 dengan standar deviasi 0.47. Hasil uji statistik menunjukkan ada peningkatan yang bermakna pada pencegahan resiko pasien jatuh sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* (p value = 0.000 dengan alpha 0.05).

Pencegahan salah kateter/salah slang sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 1.05 dengan standar deviasi 0.773. Sesudah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah konstan (skor keseluruhan tiap responden 2). Hasil uji statistik menunjukkan ada peningkatan yang bermakna pada pencegahan salah kateter/salah slang sesudah mendapat pelatihan tentang *pasien safety* ($p = 0.000$, dengan $\alpha 0.05$)

Meningkatkan kebersihan tangan sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 2.51 dengan standar deviasi 0.553. Sesudah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, rata-rata skor responden adalah konstan (skor keseluruhan tiap responden 3) sehingga tidak dapat diolah analisis deskriptifnya. Hasil uji statistik menunjukkan ada peningkatan yang bermakna pada meningkatkan kebersihan tangan sesudah mendapat pelatihan tentang *pasien safety* ($p \text{ value} = 0.000$ dengan $\alpha 0.05$).

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil dari penelitian, keterbatasan penelitian dan selanjutnya akan dibahas pula tentang implikasi hasil penelitian terhadap bidang penelitian dan pelayanan 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.

6.1 Interpretasi Hasil Penelitian

6.1.1 Karakteristik Perawat Klinik

Karakteristik perawat klinik terdiri dari umur, masa kerja, jenis kelamin, lama kerja, status kepegawaian. Pada pembahasan ini peneliti menguraikan hasil univariat karakteristik perawat klinik di IRNA C RSUP Fatmawati

6.1.1.1 Umur

Menunjukkan bahwa perawat klinik yang bekerja di IRNA C RSUP Fatmawati berdasarkan umur memiliki rata-rata umur 31.39 tahun, dengan umur termuda 21 tahun dan umur tertua 47 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95 % diyakini bahwa rata-rata usia responden adalah antara 29.06 sampai dengan 33.72 tahun, dengan variasi umur 7.375. Data diatas menunjukkan bahwa rata-rata umur perawat klinik adalah berusia produktif. (Gibson, 1996, dalam Zuraidah, 2005), menyampaikan bahwa hubungan antara usia dan kinerja menjadi issue penting karena adanya keyakinan bahwa kinerja akan menurun dengan bertambahnya usia.

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan waktu untuk membaca. Hal ini sesuai dengan pendapat Siagian (2003) yang menyatakan bahwa umur mempunyai kaitan erat dengan berbagai segi organisasi, kaitan umur dengan tingkat kedewasaan psikologis menunjukkan kematangan dalam arti individu menjadi semakin bijaksana dalam mengambil keputusan bagi kepentingan organisasi. Kematangan individu dengan pertambahan usia berhubungan erat dengan kemampuan analisis terhadap permasalahan atau fenomena yang ditemukan.

6.1.1.2 Masa bekerja

Masa bekerja memiliki lama kerja rata-rata 8.71 tahun dengan lama kerja terpendek 1 tahun dan terlama 27 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95 % diyakini bahwa rata-rata lama bekerja responden adalah antara 6.27 sampai dengan 11.14 tahun dengan variasi lama kerja 7.71. Disimpulkan bahwa masa kerja perawat klinik di IRNA C RSUP Fatmawati sudah berpengalaman.

Seseorang dengan pengalaman kerja yang relatif lebih lama dibandingkan dengan teman sekerjanya dikatakan sebagai karyawan senior. Pengalaman kerja sebagai variabel individu mempunyai efek secara tidak langsung dengan perilaku dan kinerja individu. Orang yang telah lama bekerja belum tentu lebih

produktivitas dibandingkan dengan karyawan yang senioritasnya lebih rendah (Robbins, 1996).

Hasil penelitian yang dilakukan Purbadi dan Sofiana (2006) menunjukkan bahwa perawat yang berstatus junior memiliki tingkat pengembangan diri yang masih rendah dibandingkan dengan perawat yang memiliki jabatan sebagai senior.

6.1.1.3 Jenis kelamin

Jenis kelamin menunjukkan bahwa perawat klinik yang bekerja di IRNA C RSUP Fatmawati berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah berjenis kelamin perempuan (70.7%),.

Robbins (2003) Menyatakan tidak ada perbedaan antara jenis kelamin perempuan dan pria dalam meningkatkan pengetahuan namun dalam hal analisis kemampuan pria lebih baik dibandingkan wanita. Kecenderungan analisis yaitu kemampuan menyatakan suatu gambaran serta mampu membedakan obyek-obyek, mampu memandang sesuatu dengan analisa lebih banyak dimiliki oleh pria dibandingkan wanita.

6.1.1.4 Tingkat pendidikan

Berdasarkan tingkat pendidikan bahwa perawat klinik yang bekerja di IRNA C RSUP Fatmawati sebagian besar adalah D3 Keperawatan (80.5%), Pendidikan adalah proses penyampain informasi kepada seseorang untuk mendapatkan perubahan perilaku. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin kritis, logis dan sistematis cara berpikirnya. Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

6.1.1.5 Status kepegawaian

Berdasarkan status kepegawaian bahwa perawat klinik yang bekerja di IRNA C RSUP Fatmawati sebagian besar adalah sebagian besar adalah PNS (78 %). Status adalah posisi atau pangkat yang diberikan oleh kelompok atau individu. Status adalah faktor penting dalam mengembangkan peran, hak dan perilaku individu. Status cenderung didapatkan dari tiga sumber yaitu pengaruh kekuasaan individu atau orang lain, kemampuan individu untuk berkontribusi terhadap kelompok, dan karakteristik pribadi individu. Pemimpin cenderung dianggap memiliki status yang tinggi dikarenakan dapat mengendalikan kelompok (Robbin dan Judge, 2008).

6.1.2 Pengetahuan perawat klinik tentang *patient safety*

Pengetahuan perawat klinik dalam penelitian ini sebagai variabel dependen. Pengetahuan diukur sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan tentang *patient safety*.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa pengetahuan perawat klinik sebelum mendapat pelatihan mendapat skor rata-rata 8.39 (41.95%), hal ini termasuk kategori kurang, sesuai yang disampaikan oleh Notoatmodjo (2007). Pengetahuan perawat klinik sesudah mendapat pelatihan mendapat skor rata-rata 12.63 (63.15%) sehingga termasuk kategori cukup.

Hasil penelitian di IRNA C RSUP Fatmawati selaras dengan hasil analisis Mahmudah (2008) di RS Surabaya menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan petugas tentang pelaksanaan program *patient safety* 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 resiko kejadian yang tidak diharapkan dalam mengambil setiap tindakan atau pelayanan medik dapat diminimalkan. Sementara hasil penelitian Saptorini Murdyastuti (2010), RS Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta menyampaikan hasil penelitian persepsi, pengetahuan tentang patients safety, dan motivasi perawat berpengaruh terhadap pelaksanaan program patients safety. Hal ini dibuktikan dengan uji F nilai F tabel = 9,55 yang menunjukkan pengaruh tersebut kuat.

Peneliti menyimpulkan bahwa pengetahuan yang kurang ini perlu mendapat perhatian untuk ditingkatkan mengingat umur perawat klinik yang bekerja di IRNA C RSUP Fatmawati ini masih produktif, guna dapat mengembangkan kemampuan dalam mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya. Nanda (2005) menjelaskan bahwa faktor-faktor yang terkait dengan kurang pengetahuan (deficient knowledge) terdiri dari: kurang terpapar informasi, kurang daya ingat/hapalan, salah menafsirkan informasi, keterbatasan kognitif, kurang minat untuk belajar dan tidak familiar terhadap sumber informasi. Sementara Gillies (1996) menjelaskan pelatihan di bidang keperawatan merupakan salah satu kegiatan pengembangan staf yang bertujuan untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia perawat.

Hasil analisis bivariat menunjukkan ada peningkatan yang bermakna (p value = 0.000 dengan alpha 0.05). Hasil penelitian di IRNA C RSUP Fatmawati sejalan dengan pendapat As'ad (2004) dan Hariandja (2002) dimana pelatihan akan meningkatkan kemampuan pegawai. Melalui pelatihan seorang pegawai akan mengingat kembali informasi-informasi yang pernah dimiliki dan akan menerima informasi-informasi baru yang sebelumnya tidak dimiliki, sehingga akan meningkatkan kemampuan

pegawai minimal aspek kognitif. Pendapat Notoatmodjo (2007), pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Peneliti berpendapat bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang, bila perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih bermakna dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Dengan mendapatkan pelatihan tentang *patient safety*, maka pengetahuan perawat klinik di IRNA C RSUP Fatmawati akan lebih bermakna dalam menjalankan tugasnya sehari-hari.

6.1.3 Keterampilan pada penerapan *patient safety*

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa keterampilan perawat klinik di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 16.37 dengan skor terkecil adalah 12 dan skor tertinggi adalah 22. Sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 22.2 dengan skor terkecil adalah 19 dan tertinggi adalah 23. Keterampilan adalah kemampuan untuk melakukan tugas-tugas fisik atau mental (Spencer & Spencer, 1993 dalam Saragih, 2006).

Hasil analisis bivariat menunjukkan ada peningkatan yang bermakna pada pengetahuan perawat klinik sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* (p value = 0.000 dengan alpha 0.05). Chandra, (2003) memaparkan bahwa keterampilan adalah kemampuan mengubah sesuatu yang ada menjadi apa yang dikehendaki sesuai dengan rencana. Keterampilan juga terkait dengan tahap-tahap pelaksanaan pengolahan, serta bobot atau jumlah energi yang dibutuhkan, bahkan kemungkinan-kemungkinan penyimpangan dan perkecualian.

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.

Peneliti menyimpulkan bahwa kegagalan pengidentifikasian pasien dapat menimbulkan cedera pada pasien, oleh sebab itu pengidentifikasian pasien harus dimulai saat pasien datang diruangan, dengan memeriksa kembali identitas pasien/gelang identitas dengan nama di dalam rekam medis dan partisipasi pasien untuk konfirmasi. Dengan pengidentifikasian pasien secara benar, maka keberhasilan program *patient safety* di rumah sakit akan tercapai. Hasil pengamatan peneliti pada saat ini RSUP Fatmawati telah menggunakan gelang identitas (*ID Band*) untuk pengidentifikasian pasien, namun untuk penulisannya masih menggunakan tulisan tangan, sehingga masih didapatkan gelang identitas (*ID Band*) tidak ada tulisannya karena terlupakan untuk menulis.

6.1.4.2 Komunikasi saat operan

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa komunikasi saat operan di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 2.41. Setelah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, mendapat skor rata-rata 2.98. Potter (1993), mengatakan bahwa komunikasi merupakan proses kompleks yang melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya.

Peneli menyimpulkan bahwa perawat sebagai penjalin kontak pertama dan terlama dengan pasien, dituntut melaksanakan asuhan

keperawatan yang bermutu. Salah satunya dengan pelaksanaan timbang terima, pada saat timbang terima perawat sebaiknya melibatkan pasien dan keluarga dengan menanyakan tentang apa yang dirasakan oleh pasien sehingga perawat mengerti kebutuhan pasien.

Hasil analisis bivariat menunjukkan ada peningkatan yang bermakna pada komunikasi saat operan sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* (p value = 0.000 dengan alpha 0.05).

Penelitian yang telah dilakukan oleh Manojlovich (2007) dan Vazirani (2005) disebutkan bahwa komunikasi antara dokter dan perawat memegang peranan yang penting dalam menentukan derajat kesehatan pasien dan kualitas pelayanan kesehatan yang mereka berikan. Semakin baik komunikasi yang terjadi di antara kedua profesi tersebut maka semakin baik pula hasil perawatan yang mereka berikan. Peneliti menyimpulkan bahwa perawat yang memiliki keterampilan berkomunikasi secara terapeutik akan mudah menjalin hubungan rasa percaya dengan pasien, dan dapat meningkatkan profesionalisme perawat.

Hasil pengamatan peneliti di RSUP Fatmawati telah dilakukan budaya operan pasien antar shif namun belum ada standarisasi tentang tehnik operan.

6.1.4.3 Pemberian obat secara benar

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa pemberian obat secara benar di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 2.51. Setelah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, mendapat skor rata-rata 2.98.

Kajian Walliser, dkk (2007) menunjukkan bahwa kesalahan pengobatan yang umum dijumpai adalah salah nama obat, salah dosis, dan salah interval pemberian. Sementara Benjamin (2007) 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.

Hasil analisis bivariat menunjukkan ada peningkatan yang bermakna pada pemberian obat secara benar sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* (p value = 0.000 dengan alpha 0.05). 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 penyimpangan dari order yang diberikan sehingga menyebabkan masalah pada pasien. Untuk mencegah jangan sampai terkena sanksi ini, maka perawat harus selalu selalu teliti, benar, dan hati-hati.

Peneliti menyimpulkan bahwa pemberian obat yang aman dan akurat merupakan salah satu tugas terpenting perawat. 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. Hasil pengamatan peneliti di RSUP Fatmawati telah melakukan unit-dosis untuk pemberian obat

minum kepada pasien, dan perawat hampir selalu memeriksa dahulu sebelum obat diberikan dengan prinsip enam benar, hal ini salah satu upaya untuk mencegah kesalahan dalam pemberian obat kepada pasien.

6.1.4.4 Pengendalian cairan infus

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa pengendalian cairan infus di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 1.98. Setelah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, mendapat skor rata-rata 2

Penelitian Peters, Mitchel dan Rotert (Spring, 2006) tentang pentingnya monitoring pemberian cairan elektrolit pekat pada pasien pasca operasi dan Yahya (2006) 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.

Hasil analisis bivariat tidak ada perbedaan keterampilan responden dalam pengendalian cairan infus sebelum dan sesudah diberikan pelatihan tentang *patient safety*. ($p = 0.317$, dengan $\alpha 0.05$)

Tidak ada perbedaan keterampilan responden sebelum dan sesudah pelatihan, peneliti menyimpulkan bahwa dari hasil pengamatan peneliti hampir seluruh perawat klinik di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan sudah melaksanakan pengendalian

cairan infus, sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan yaitu mencocokkan cairan infus dengan dokumen medik pasien sebelum diberikan kepada pasien, dan menghitung tetesan sesuai dosis saat akan diberikan kepada pasien. Namun masih diperlukan kerja sama dengan keluarga pasien untuk menyampaikan bila cairan infus sudah hampir habis.

Peneliti menyimpulkan bahwa pengendalian cairan infus merupakan salah satu kegiatan dalam *patient safety* yang bertujuan untuk mempertahankan mutu pelayanan kesehatan, sehingga dapat dijadikan budaya *patient safety*.

6.1.4.5 Tindakan pada sisi tubuh yang benar

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa penandaan sisi tubuh yang benar di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 1.32. Setelah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, mendapat skor rata-rata 2. Lumenta, (2006). menyampaikan bahwa 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.

Hasil analisis bivariat terdapat peningkatan yang bermakna antara keterampilan responden dalam penandaan sisi tubuh yang benar sebelum dan sesudah diberikan pelatihan tentang *pasien safety* ($p < 0.000$, dengan $\alpha 0.05$). 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. 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).

Peneliti menyimpulkan bahwa beberapa kejadian nyaris cedera umumnya dikarenakan seperti nama pasien yang sama, atau *bed* yang keliru dan lain sebagainya. Untuk menghindari kejadian tersebut hendaknya perawat memastikan dengan benar sisi atau bagian tubuh mana yang sakit atau yang diinginkan oleh pasien untuk dilakukan tindakan. Oleh karenanya, perawat harus selalu mengkaji, mendiagnosa keperawatan, membuat perencanaan dan melakukan implementasi dan evaluasi secara berkala pada pasien.

Hasil pengamatan peneliti bahwa format pengkajian keperawatan di IRNA C RSUP Fatmawati sudah disesuaikan dengan kasus yang ada sehingga untuk melakukan tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan hasil pengkajian dan dilakukan konfirmasi dengan pasien.

6.1.4.6 Pencegahan salah kateter/salah slang.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa pencegahan salah kateter/salah slang di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata

1.05. Setelah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, mendapat skor rata-rata 2.

Hasil analisis bivariat terdapat peningkatan yang bermakna antara keterampilan responden dalam pencegahan salah kateter/salah slang sebelum dan sesudah diberikan pelatihan tentang *pasien safety*. ($p = 0.000$, dengan $\alpha 0.05$).

Hasil penelitian di IRNA CRSUP Fatmawati sejalan dengan pendapat Yahya (2006) bahwa 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.

Peneliti menyimpulkan bahwa untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan, serta agar tidak terjadi kesalahan yang mengancam keselamatan pasien salah satunya adalah dengan melakukan tindakan yang berpedoman pada standar. Dengan selalu berpedoman pada standar yang berlaku maka keselamatan pasien akan dapat terjaga dengan baik. Hasil pengamatan penelitian telah tersedia standar prosedur tentang pemasangan kateter, dan pemasangan slang untuk makan (NGT).

6.1.4.7 Resiko pasien jatuh.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa pencegahan resiko pasien jatuh di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 1.34. Setelah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, mendapat skor rata-rata 2.32.

Hasil analisis bivariat menunjukkan ada peningkatan yang bermakna pada pencegahan resiko pasien jatuh sesudah mendapat pelatihan tentang *patient safety* (p value = 0.000 dengan alpha 0.05). Daud (2009) menyatakan bahwa pasien risiko jatuh sebaiknya dikaji pada saat pendaftaran, saat transfer dari unit satu keunit lain, dan pada pasien setelah jatuh, dievaluasi secara reguler dengan interval bulanan, dua mingguan, atau harian.

Peneliti menyimpulkan bahwa untuk mencegah resiko pasien jatuh lakukan pengkajian ulang secara berkala, monitoring ketat terhadap pasien resiko jatuh, libatkan pasien atau keluarga dalam pencegahan pasien jatuh. Hasil pengamatan di IRNA C RSUP Fatmawati belum ada pemberian tanda pada sisi tempat tidur untuk pasien risiko jatuh.

6.1.4.8 Penggunaan alat injeksi sekali pakai

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa penggunaan alat injeksi sekali pakai di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 2.9. Setelah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, mendapat skor rata-rata 2.98.

Yahya (2006) mengatakan bahwa salah satu keprihatinan yang global adalah penyebaran 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 keluarganya

mengenai penularan infeksi melalui darah, dan pemakaian jarum sekali pakai yang aman.

Peneliti menyimpulkan bahwa ada beberapa hal yang dapat menjadi *medical error*, salah satunya adalah penggunaan alat injeksi sekali pakai yang tidak sesuai standar yang berlaku, sehingga dapat menyebabkan angka kejadian infeksi nosokomial meningkat dan penularan penyakit yang dapat mengancam nyawa pasien.

Hasil analisis bivariat tidak ada perbedaan keterampilan responden dalam penggunaan alat injeksi sekali pakai sebelum dan sesudah diberikan pelatihan tentang pasien safety ($p = 0.257$ dengan $\alpha 0.05$).

Tidak ada perbedaan keterampilan responden sebelum dan sesudah pelatihan, peneliti menyimpulkan bahwa dari hasil pengamatan di RSUP Fatmawati telah menerapkan penggunaan alat injeksi sekali pakai, hal ini sesuai dengan kebijakan dari komite infeksi nosokomial, selain itu disetiap ruangan pelayanan kesehatan telah tersedia sampah medis khusus (*safety box*) untuk alat suntik bekas guna mencegah terjadinya infeksi nosokomial.

6.1.4.9 Meningkatkan kebersihan tangan.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa kepatuhan kebersihan tangan di IRNA C RSUP Fatmawati sebelum mendapat pelatihan tentang *patient safety* mendapat skor rata-rata 2.51. Setelah responden mendapat pelatihan tentang *patient safety*, mendapat skor rata-rata 3.

Beberapa 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. 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 (Depkes RI, 2008).

Peneliti menyimpulkan bahwa ada beberapa moment dalam melakukan tindakan yang membutuhkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) terutama oleh petugas pelayanan kesehatan, yaitu saat sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, sebelum menyiapkan tindakan invasif, setelah kontak dengan cairan tubuh pasien (misalnya darah, nanah, dsb), setelah kontak dengan lingkungan perawatan pasien. Kebersihan tangan merupakan suatu tindakan pokok untuk mengurangi dampak penyebaran infeksi suatu penyakit.

Hasil analisis bivariat terdapat peningkatan yang bermakna antara keterampilan responden dalam kepatuhan kebersihan tangan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan tentang *pasien safety*.

($p < 0.000$, dengan $\alpha 0.05$).

RSUP Fatmawati pada tanggal 5 Mei 2010 turut memperingati hari cuci tangan sedunia yang telah dicanangkan oleh WHO sejak tahun 2007. Hasil pengamatan peneliti di RSUP Fatmawati telah

menerapkan penggunaan *hand rub* disetiap pintu kamar pasien dan tempat-tempat lainnya, serta telah terpasang stiker mengenai langkah-langkah (petunjuk *hand rub*). Sementara disetiap wastafel telah disediakan cairan antiseptik untuk penggunaan *hand wash* yang dilengkapi dengan stiker mengenai langkah langkah (petunjuk *hand wash*).

Pada intervensi pelatihan tentang patient safety ini peneliti melakukan modifikasi antara sembilan solusi keselamatan pasien rumah sakit dari WHO, dengan enam tujuan (*goals*) *patient safety* RSUP Fatmawati, untuk saling melengkapi pada tindakan *patient safety*, sehingga intervensi pelatihan tentang *patient safety* ini menjadi 9 sub variabel diantaranya: memastikan identitas pasien, komunikasi saat operan pasien, pemberian obat secara benar, pengendalian cairan infus, tindakan pada sisi tubuh yang benar, pencegahan salah kateter/salah slang, pencegahan resiko pasien jatuh, penggunaan alat injeksi sekali pakai, dan meningkatkan kebersihan tangan.

Sementara sembilan solusi keselamatan pasien rumah sakit dari WHO adalah sebagai berikut: memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*Look-Alike, Sound- Alike Medication Names*), memastikan identitas pasien, komunikasi secara benar saat serah terima /pengoperan pasien. memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar, mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*), memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan, menghindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*), menggunakan alat injeksi sekali pakai, meningkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*).

Dan enam tujuan (*goals*) *patient safety* RSUP Fatmawati adalah: identifikasi pasien secara akurat, tingkatan komunikasi efektif antar

petugas, tingkatkan keamanan untuk pemberian obat, memastikan (benar tempat, benar prosedur, dan benar pembedahan pasien), pencegahan resiko infeksi, cegah pasien jatuh.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari terdapat keterbatasan dalam penelitian ini yaitu:

6.2.1 Keterbatasan Waktu Penelitian

Evaluasi setelah pelatihan dilakukan hanya satu minggu setelah pelatihan diberikan, sementara Susi Anto (2008) menyatakan bahwa beberapa pendapat pakar, menyarankan evaluasi *behaviour* paling cepat 3 bulan setelah pelatihan berakhir, untuk mengetahui apakah perubahan perilaku itu bersifat sementara ataukah permanen. Sehingga pada penelitian ini tidak dapat terlihat jelas pada perubahan perilaku perawat sifatnya sementara atau permanen.

6.2.2 Keterbatasan Jumlah Responden

Jumlah responden yang semula 43 pada penelitian ini hanya 41 karena mengalami cuti. Jumlah responden mempengaruhi hasil, karena semakin banyak responden maka semakin baik hasil penelitian yang diperoleh.

6.2.3 Keterbatasan Instrumen Penerapan *Patient Safety*.

Instrumen penerapan *patient safety* yang tertuang dalam format observasi belum mengacu kepada kualitas penerapan *patient safety* baru sebatas kuantitas (melaksanakan saja) sehingga perlu lebih dikembangkan lagi.

6.3 Implikasi Hasil Penelitian

Penelitian ini memiliki implikasi bagi pelayanan keperawatan, penelitian keperawatan, dan bagi pendidikan keperawatan.

6.2.3.1 Bagi pelayanan keperawatan

Penelitian ini memberikan gambaran mengenai pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan

keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety*, sehingga pelayanan kesehatan terutama pelayanan keperawatan memerlukan perubahan dan peningkatan profesionalisme perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Dengan lebih meningkatkan pelatihan mengenai *patient safety* untuk seluruh perawat, hal ini merupakan sebagai langkah di dalam memperbaiki mutu rumah sakit dan mencegah terjadinya KTD.

6.2.3.2 Bagi penelitian keperawatan

Penelitian tentang *patient safety* ini merupakan beberapa penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya. Oleh karena itu terbuka peluang untuk pengembangan berkelanjutan terhadap penelitian tentang konsep dan penerapan tentang *patient safety* guna mengetahui sejauh mana peningkatan mutu rumah sakit terhadap kepuasan pasien dan tanggung jawab dan tanggung gugat perawat dalam melakukan tindakan serta jaminan keselamatan perawat saat bekerja.

6.2.3.3 Bagi pendidikan keperawatan

Program *patient safety* yang sudah ada dalam kurikulum pendidikan keperawatan, diharapkan dapat dikembangkan sampai kepada implementasinya pada praktek keperawatan, dengan tujuan agar peserta didik melakukan tindakan *patient safety* sejak awal mulai bekerja guna meningkatkan mutu dan profesionalisme lulusan perawat.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Penelitian pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati, yang dilaksanakan tanggal 7 Juni sampai 26 Juni 2010 menghasilkan simpulan sebagai berikut:

- 7.1.1 Karakteristik perawat klinik responden penelitian rata-rata berumur produktif, dengan rata-rata lama kerja berpengalaman, sebagian besar adalah berjenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan sebagian besar adalah D3 Keperawatan, dan status kepegawaian sebagian besar adalah PNS.
- 7.1.2 Pengetahuan perawat klinik sebelum mendapat pelatihan termasuk kategori kurang.
- 7.1.3 Pengetahuan perawat klinik sesudah mendapat pelatihan termasuk kategori cukup.
- 7.1.4 Terdapat peningkatan bermakna sebelum dan sesudah pelatihan pada keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety*.
- 7.1.5 Terdapat peningkatan bermakna sebelum dan sesudah pelatihan pada penerapan memastikan identitas pasien, komunikasi saat operan, pemberian obat secara benar, tindakan pada sisi tubuh yang benar, pencegahan salah kateter/salah slang, pencegahan resiko pasien jatuh, dan meningkatkan kebersihan tangan.
- 7.1.6 Tidak terdapat peningkatan bermakna sebelum dan sesudah pelatihan pada penerapan pengendalian cairan infus, penggunaan alat injeksi sekali pakai.

7.2 Saran

Berdasarkan temuan penelitian yang telah disimpulkan, peneliti mengusulkan beberapa saran sebagai berikut:

7.2.1 Bagi manajemen rumah sakit

- 7.2.1.1 Mengembangkan program pelatihan tentang *patient safety* keseluruhan perawat di instalasi lainnya.
- 7.2.1.2 Mengembangkan penerapan *patient safety* yang memacu terwujudnya budaya kerja berorientasi pada *patient safety*.
- 7.2.1.3 Kebijakan yang sudah dibuat dapat lebih membangun komitmen untuk menjadikan budaya dalam penerapan *patient safety*.
- 7.2.1.4 Untuk lebih meningkatkan pengendalian/pengawasan pada penerapan *patient safety* di seluruh instalasi guna mencegah sedini mungkin terjadinya KNC/KTD

7.2.2 Bagi manajemen keperawatan

- 7.2.3 Membuat standarisasi tentang tehnik operan pasien, bagi perawat antar shift.
- 7.2.4 Membuat standarisasi tentang penandaan pada pasien resiko jatuh

7.2.3 Bagi penelitian selanjutnya

Dengan adanya keterbatasan dalam penelitian ini, maka perlu adanya perbaikan dan inovasi untuk penelitian lanjutan dengan desain penelitian lebih kuat serbagai pembanding, yang bertujuan menggali lebih dalam program *patient safety* rumah sakit terhadap mutu pelayanan rumah sakit dan kepuasan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Affiliations, (2002). *Patient Safety: what about the patient?* <http://qshc.bmj.com>, diperoleh tanggal 15 Maret 2010.
- Aspden, et al (2003). *Patient safety achieving a new standard for care* Washington, DC.
- As'ad (2003). *Psikologi industri*. Yogyakarta: Liberty.
- Arikunto, S (2005). *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktik*. Edisi revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Benjamin, R. (2007) *Medication errors & patient safety*.
<http://www.msn.com/id/255941> diperoleh tanggal 5 Mei 2010
- Bidang Keperawatan, (2010). *Data ketenagaan perawat*. Jakarta: RSUP Fatmawati
- Chandra, 2003. *Bahan bakar: Sikap, skil, sensitivitas, pendekatan sistem dan spiritualitas*.
http://www.sabda.org/lead/_pdf/bahan_bakar_kepemimpinan.pdf, diperoleh tanggal 1 Mei 2010
- Dep Kes R.I (2008). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta.
- Dawn, (2006). *Promoting Patient Safety: The Rapid Medical Response Team*.
<http://www.google.co.id>, diperoleh tanggal 10 Maret 2010
- Donaldson, et al (1999). *To err is human building a safer health system*. Washington, DC.

Dwiprahasto, (2008). *Seminar "Menjawab Tantangan Globalisasi dengan Peningkatan Patient Safety di RS Spesialis Husada Utama Surabaya"*. Surabaya.

Daud, A. W(2009). *Materi Pelatihan Patient Safety: GOALS Patient Safety JCI 2007*. RS Fatmawati: Jakarta, tidak dipublikasikan.

Gillies, (2000). *Nursing management a system approach*. Philadelphia: W.B. Saunders

Hastono, S (2008). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Irga, (2009). *Pengetahuan Petugas Kesehatan tentang Patient Safety di Rumah Sakit Umum Daya Makassar*. <http://irwanashari.blogspot.com>, diperoleh tanggal 15 Maret 2010

IRMIK, (2010). *Data Cakupan BOR*. Jakarta: RSUP Fatmawati.

Jacobalis. S. (1997), *Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: PT Citra Windu Satria.

KKP-RS, (2007). *Sembilan Solusi Live-Saving Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: PERSI.

KKRS, (2010). *Pelaporan insiden keselamatan pasien*. Jakarta: RSUP Fatmawati

Kountur, (2003). *Metode penelitian untuk penulisan skripsi dan tesis*. Jakarta: Penerbit PPM

Machmudah, (2008). *Analisis Pelaksanaan Program keselamatan pasien (patient safety) di rumah sakit "X" Surabaya*. Diambil dari <http://www.adln.lib.unair.ac.id/go.php>, diperoleh tanggal 10 Maret 2010

- Manojlovich, M, et al (2007). *'Healthy Work Environment, Nurse-Physician Communication, and Patient's Outcomes'*. American Journal of Critical Care vol. 16, pp. 536-43.
- Muzaqi (2005). *Pengaruh Pendampingan Tutor Terhadap Motivasi Belajar Warga Belajar PKBM Taman Belajar Kecamatan Surabaya*. <http://www.damandiri.or.id/file/muzaqiunairbab2.pdf>. diperoleh tanggal 10 April 2010
- Maryam, D (2009). *Hubungan Antara Penerapan Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana dengan Kepuasan Pasien di RSUD Dr Soetomo Surabaya*. Tesis FIK UI Jakarta.
- Notoatmodjo, R (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Nanda., (2005). *Nursing diagnoses: definitions and classification 2005-2006*. Nanda International, Philadelphia.
- Prasetyo, (2008). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- 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.
- Purbadi & Sofiana (2006). Analisis Faktor Lingkungan dan Individu yang Berpengaruh Terhadap Peningkatan Kinerja Perawat (studi kasus instalasi rawat inap RS Aninsa Cikarang). ITB Central Library, Maret 30, 2010. <http://digilib>.
- Robert, (2004). *The End Of The Beginning: Patient Safety Five Years After 'To Err Is Human'* <http://healthaff.highwire.org/cgi/reprint/hlthaff>, diperoleh tanggal 12 Maret 2010.

- Robbins (2003). *Perilaku Organisasi*. Jilid I Edisi ke 9. Jakarta: PT Indeks Kelompok Gramedia.
- Rakhmawati, (2010). *Pengawasan dan Pengendalian Dalam Pelayanan Keperawatan (Supervisi, Manajemen Mutu & Resiko)*.
http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2010/03/pengawasan_dan_pengendalian_dlm_pelayanan_keperawatan.pdf, diperoleh tanggal 2 Mei 2010.
- Saptorini, (2010). *Pengaruh Persepsi Pengetahuan dan Motivasi Perawat Terhadap Pelaksanaan Program Patients Safety di Ruang Rawat Inap RSUD Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta*.
<http://pasca.uns.ac.id>, diperoleh tanggal 12 Maret 2010
- Shinta, (2009). *Hubungan Beban Kerja Perawat Pelaksana Dengan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Husada Jakarta*. Tesis FIK UI Jakarta.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2008). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 3. Jakarta.
- Sugiyono (2008). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Siagian, (1999). *Teori dan Praktek Kepemimpinan*. Cetakan kelima. Jakarta: PT Rhineka Cipta.
- Saragih, (2006). *Rancangan pedoman wawancara berbasis kompetensi untuk seleksi perawat pelaksana di rumah sakit C*. Tesis Psikologi FPSI-UI
- Susi Anto, (2008). *Evaluasi Program Pelatihan Model Kirkpatrick*.
http://lpmjogja.diknas.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=292&Itemid=84, diperoleh tanggal 15 Mei 2010.

Suzanne (2003). *Patient identification—a crucial aspect of patient safety -Patient Safety First*. AORN Journal. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_3_78/ai diambil tanggal 20 Mei 2010.

Spring. (2006). *Human Factor*. <http://search.ebscohost.com/patientsafety>, diperoleh tanggal 2 Mei 2010.

Shillinglaw dan McGahran (1993). *Sistem Pengendalian Manajemen*. http://jurnal_sdm.blogspot.com/2009/10/sistem-pengendalian-manajemen-definisi.html. diperoleh tanggal 2 Mei 2010.

Sitorus, R. (2006). *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta; EGC.

Vazirani, S, et al (2005). '*Effect of A Multidisciplinary Intervention on Communication and Collaboration*', American Journal of Critical Care, Proquest Science Journal.

Wijono. D (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan: Teori, Strategi dan Aplikasi. Vol 1*. Surabaya: Airlangga University Press.

Wikipedia the free encyclopedia. *Knowledge*. <http://en.wikipedia.org/wiki/knowledge>, diperoleh tanggal 15 Maret 2010.

Yahya, (2006). *Konsep dan program patient safety*. Konvensi Nasional Mutu RS ke IV. Bandung.

-----*Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan*.
<http://ikkibondenkkesmas.blogspot.com/2010/02/interrater-reliability.html> diperoleh tanggal 15 April 2010

.....*Pedoman penggunaan iteman*.
<http://www.mitrariset.com/2009/06/iteman-program-untuk-analisis-item.html>, diperoleh tanggal 1 Juni 2010.

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada: Yth Teman Sejawat Perawat
Di
IRNA C RSUP Fatmawati

Bersama ini disampaikan bahwa dalam rangka menyelesaikan tugas akhir mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, maka bersama ini saya:

Nama: Nilasari
NPM: 0806446605

Bermaksud melakukan penelitian dengan judul pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety*. Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian dan pengaruh apapun, termasuk hubungan antara pimpinan dan staf, rekan sejawat maupun dengan pasien. Saya menjamin kerahasiaan semua informasi yang diberikan dan hanya dipergunakan penelitian semata. Partisipasi sejawat dalam penelitian ini bersifat bebas tanpa adanya sangsi apapun. Melalui penjelasan ini maka saya sangat mengharapkan agar teman sejawat berkenan menjadi responden dan mengisi lembar persetujuan. Atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

Depok. Juni 2010
Peneliti

Nilasari

Lampiran 2

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dengan judul pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat klinik pada penerapan *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

Saya mengetahui bahwa tidak ada resiko yang akan saya alami dan saya diberitahukan tentang adanya jaminan kerahasiaan informasi yang saya berikan, juga saya memahami bahwa penelitian ini bermanfaat bagi layanan keperawatan.

Jakarta, Juni 2010

Tanda Tangan Peneliti

Tanda tangan Responden

(Nilasari)

(.....)

Lampiran 3

**INSTRUMEN A
KARAKTERISTIK RESPONDEN**

Kode Responden

Diisi oleh peneliti

Petunjuk :

Teman sejawat diminta untuk mengisi kuesioner ini dengan cara mengisi titik atau memberi tanda check (✓) pada kolom yang tersedia.

1	Umur tahun
2	Jenis Kelamin	() Laki-laki () Perempuan
3	Pendidikan	() SPK/SPR () D III Keperawatan () S 1 Keperawatan
4	Lama kerja di RSUP Fatmawati tahun
5	Status Kepegawaian	PNS Non PNS

Lampiran 4

INSTRUMEN B

Kode Responden

Diisi oleh peneliti

PETUNJUK PENGISIAN

Pilihlah pernyataan yang anda anggap benar dengan ketentuan

1. Pilihan A, jika pernyataan 1,2,3 benar
2. Pilihan B, jika pernyataan 1 dan 3 benar
3. Pilihan C, jika pernyataan 2,dan 4 benar
4. Pilihan D, jika pernyataan 4 benar
5. Pilihan E, jika pernyataan 1,2,3 dan 4 benar

1. Peristiwa keselamatan pasien adalah

1. Peristiwa yang mengakibatkan cedera pada pasien karena tindakan yang dilakukan
2. Peristiwa yang mengakibatkan cedera pada pasien karena tidak melakukan tindakan
3. Peristiwa yang tidak diharapkan terjadi pada pasien akibat melakukan tindakan
4. Peristiwa yang tidak diharapkan terjadi pada pasien akibat tidak melakukan tindakan

2. Pendekatan keselamatan pasien dapat dilakukan dengan pendekatan

1. Keselamatan karyawan
2. Keselamatan lingkungan
3. Keselamatan rumah sakit
4. Keselamatan klinik

3. Yang termasuk kedalam program keselamatan klinik dalam keperawatan

1. Registrasi perawat
2. Asessment kompetensi perawat
3. *Continuing Education*
4. Program pengendalian mutu

4. WHO telah menetapkan sembilan solusi keselamatan pasien antara lain :

1. Perhatikan identifikasi pasien
2. Kendalikan cairan *concentrated*
3. Pastikan tindakan pada sisi yang benar
4. Komunikasi efektif

5. Salah satu bentuk pelaporan pasien dari perawat kepada dokter yang merawat dapat dilakukan dengan teknik "SBAR" dengan kepanjangan dari SBAR adalah :
 1. S = Situation (masalah utama pasien yang dilaporkan)
 2. B = Behavior (keadaan kondisi umum pasien)
 3. A = Assesment (hasil analisa yang dilakukan perawat)
 4. R = Reporting (kesimpulan laporan yang disampaikan perawat terhadap dokter)
6. Mencuci tangan merupakan salah satu rekomendasi yang ditetapkan WHO dalam program keselamatan pasien. Indikasi cuci tangan antara lain:
 1. Bila tangan tampak kotor
 2. Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
 3. Sebelum dan sesudah prosedur
 4. Sebelum makan, sesudah dari toilet
7. Beberapa keadaan yang dianggap sebagai penyebab dari peristiwa keselamatan pasien adalah:
 1. Alur kerja yang tidak jelas
 2. Manajemen SDM yang kurang optimal
 3. Kebijakan yang tidak adekuat
 4. Komunikasi tidak efektif
8. Dalam konteks patient safety maka setiap pasien harus aman dari cedera. Yang dimaksud dengan "aman" adalah terhindar dari :
 1. Infeksi
 2. Jatuh
 3. Injury
 4. Gangguan integritas kulit
9. Beberapa kategori "*clinical error*" yang sering dilakukan perawat adalah
 1. Salah memberikan obat
 2. Pasien luka / terbakar saat diberikan kompres hangat
 3. Salah interpretasi tanda atau gejala
 4. Melaksanakan praktik diluar kewenangan
10. Beberapa kondisi pasien yang dianggap mempunyai risiko mengalami cedera jatuh adalah :
 1. Riwayat jatuh sebelumnya
 2. Disorientasi
 3. Postural hipertensi
 4. Gangguan pendengaran

11. Beberapa alasan mengapa dalam pelayanan keperawatan penting untuk menerapkan patient safety adalah:

1. Risiko kesalahan yang dilakukan oleh perawat lebih tinggi karena pelayanannya dilakukan selama 24 jam
2. Jumlah tenaga keperawatan terbanyak di hampir semua rumah sakit sehingga terjadinya kesalahan komunikasi lebih banyak.
3. Tindakan keperawatan mandiri memungkinkan perawat salah membuat perencanaan.
4. Prosedur tindakan keperawatan sangat banyak sehingga peluang kesalahan melakukan tindakan juga meningkat

12. Praktik pemberian asuhan kepada pasien yang memungkinkan terjadinya risiko kesalahan adalah:

1. Karena adanya praktik mandiri keperawatan
2. Karena adanya kolaborasi antara perawat dengan dokter
3. Karena adanya praktik kedokteran
4. Karena adanya arca abu – abu sebagai tumpang tindihnya praktik keperawatan dan kedokteran yang tidak disertai standing order yang adekuat.

13. Program patient safety dalam keperawatan melibatkan kegiatan yang cukup luas. Dalam konteks manajemen SDM kegiatannya meliputi:

1. Dimulai saat recruitment
2. Diikuti adanya reward and punishment
3. Diikuti dengan training yang memadai
4. Disertai kelengkapan prosedur

14. Kegiatan pengendalian infeksi di setiap rumah sakit dalam konteks patient safety merupakan bagian dari aspek:

1. Peningkatan performance
2. Manajemen risiko
3. Manajemen SDM
4. Keselamatan lingkungan

15. Patient Safety goals yang merupakan dasar untuk diterapkan di rumah sakit atau dikenal dengan six goals antara lain:

1. Identifikasi pasien
2. Mencegah jatuh
3. Komunikasi efektif
4. Tingkatkan kebersihan tangan(hand higyene)

16. Melakukan identifikasi pasien sangat penting dalam program patient safety. Hal ini terutama pada saat :

1. Memberi obat
2. Memindahkan pasien dengan kesadaran menurun
3. Melakukan tindakan operasi
4. Menerima complain

17. Identitas pasien yang dapat digunakan untuk melakukan identifikasi pasien adalah

1. Nama pasien
2. Tanggal lahir
3. Nomor rekam medic
4. Nomor kamar

18. Salah satu peristiwa / insiden keselamatan pasien adalah salah orang, salah tempat atau salah prosedur operasi. Penyebab munculnya masalah tersebut antara lain:

1. Kurang adekuat assesmen pasien
2. Budaya yang kurang mendukung komunikasi yang terbuka diantara anggota tim
3. Prosedur verifikasi pre operasi kurang baik
4. Pasien tidak dilibatkan dalam pemberian tanda lokasi operasi (marking site)

19. Salah satu kegiatan patient safety adalah mencegah pasien jatuh. Beberapa yang perlu diperhatikan yang kemungkinan berhubungan dengan risiko pasien jatuh adalah:

1. Penglihatan pasien
2. Kemampuan konsentrasi pasien
3. Perubahan status mental pasien
4. Perhatikan support system keluarga.

20. Area yang potensial menyebabkan kesalahan yang dapat dilakukan oleh perawat adalah

1. Perawat yang bertugas pertama kali sebagai asisten di kamar operasi
2. Perawat yang menulis resep
3. Perawat shift malam
4. Perawat junior

Lampiran 5

INSTRUMEN C
PENERAPAN PATIENT SAFETY OLEH PERAWAT KLINIK

Kode Responden

Diisi oleh peneliti

Obsever:

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda (√) pada pertanyaan berikut ini:

Option pilihan:

(Ya) Jika dilakukan, (Tidak) Jika tidak dilakukan

No	Pernyataan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1	Perawat mencocokkan nama pasien dengan gelang nama (<i>ID Band</i>) saat akan melakukan tindakan keperawatan		
2	Perawat mencocokkan nama pasien dengan gelang nama (<i>ID Band</i>) saat akan memberikan obat		
3	Perawat melakukan operan pasien dengan perawat pengganti dihadapan pasien		
4	Perawat melibatkan keluarga/pasien saat akan memberikan asuhan keperawatan		
5	Perawat memberikan penjelasan tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien		
6	Perawat memeriksa obat dengan daftar obat sebelum diberikan kepada pasien		
7	Perawat menjelaskan nama dan jenis obat yang akan diberikannya kepada pasien		
8	Perawat memberikan obat pasien sesuai dengan waktu		
9	Perawat menghitung dosis/tetes cairan infus saat akan diberikan kepada pasien		
10	Perawat mencocokkan cairan infus yang diberikan pada pasien dengan lembar infus/dokumen medik pasien		
11	Perawat menanyakan pada pasien daerah yang sakit/nyeri sebelum melakukan tindakan keperawatan		

No	Pernyataan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
12	Perawat memastikan kepada pasien daerah yang akan dilakukan tindakan sebelum melakukan tindakan		
13	Perawat memeriksa slang infus sebelum memberikan obat melalui slang obat/infus		
14	Perawat memeriksa penyambungan slang kateter dengan kantong secara berkala		
15	Perawat menginformasikan pasien risiko jatuh kepada antar petugas		
16	Perawat menginformasikan pasien risiko jatuh kepada pasien/keluarga		
17	Perawat memberi tanda pada sisi tempat tidur terhadap pasien resiko jatuh		
18	Perawat memakai alat injeksi sekali pakai		
19	Perawat membuang alat injeksi sekali pakai pada tempat yang tersedia (<i>safety box</i>)		
20	Perawat mempertahankan keseterilan alat injeksi		
21	Perawat mencuci tangan/menggunakan alkohol <i>hand rub</i> sebelum kontak dengan pasien		
22	Perawat memakai sarung tangan pada saat memberikan tindakan keperawatan kepada pasien		
23	Perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan		

Lampiran 6

KISI-KISI INSTRUMEN C

Variabel	Sub Variabel	Indikator	Deskriptif	Nomor Item Pernyataan
Penerapan <i>patient safety</i> oleh perawat klinik	Pengidentifikasian pasien	Identifikasi pasien secara akurat	Mencocokkan nama pasien dengan gelang nama (<i>ID Band</i>) saat akan melakukan tindakan keperawatan	1
			Mencocokkan nama pasien dengan gelang nama (<i>ID Band</i>) saat akan memberikan obat	2
	Komunikasi saat operan	Komunikasi antar petugas	Melakukan operan dihadapan pasien	3
			Melibatkan keluarga/pasien saat akan memberikan asuhan keperawatan	4
			Memberikan penjelasan tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan	5
	Pemberian obat secara benar	Perhatian nama obat dan nama pasien	Memeriksa obat dengan daftar obat sebelum diberikan	6
			Menjelaskan nama dan jenis obat yang akan diberikan	7
			Memberikan obat sesuai dengan waktu	8
	Pengendalian cairan infus	Dosis dan tetesan infus	Menghitung dosis/tetesan cairan infus saat akan diberikan	9
			Mencocokkan cairan infus dengan lembar infus/dokumen medik pasien	10
	Penandaan sisi tubuh yang benar	Kepastian tindakan pada sisi tubuh yang benar	Menanyakan daerah yang sakit/nyeri sebelum melakukan tindakan keperawatan	11
			Memastikan daerah yang akan dilakukan tindakan sebelum melakukan tindakan	12

Variabel	Sub Variabel	Indikator	Deskriptif	Nomor Item Pernyataan
Penerapan <i>patient safety</i> oleh perawat klinik	Pencegahan salah kateter/salah slang	Slang infus	Memeriksa slang infus sebelum memberikan obat melalui slang obat/infus	13
		Slang kateter	Memeriksa penyambungan slang kateter dengan kantong secara berkala	14
	Resiko pasien jatuh	Cegah pasien jatuh	Menginformasikan pasien risiko jatuh kepada antar petugas	15
			Menginformasikan pasien risiko jatuh kepada pasien/keluarga	16
			Memberi tanda pada sisi tempat tidur terhadap pasien resiko jatuh	17
	Penggunaan alat injeksi sekali pakai	Penggunaan, pembuangan alat injeksi sekali pakai dan keseterilan alat injeksi	Memakai alat injeksi sekali pakai	18
			Membuang alat injeksi sekali pakai pada tempat yang tersedia (<i>safety box</i>)	19
			Mempertahankan keseterilan alat injeksi	20
	Kebersihan tangan perawat	Kepatuhan penerapan kebersihan tangan	Mencuci tangan/menggunakan alkohol <i>hand rub</i> sebelum kontak dengan pasien	21
			Memakai sarung tangan pada saat memberikan tindakan perawatan	22
			Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	23



**PELATIHAN TENTANG *PATIENT SAFETY* TERHADAP
PENINGKATAN PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN PERAWAT
KLINIK PADA PENERAPAN *PATIENT SAFETY*
DI IRNA C RSUP FATMAWATI**

MODUL PELATIHAN

Disusun Oleh:
Nilasari, SKep., Ns
Sugih Asih, SKp., M.Kep

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2010**

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah saya ucapkan kehadiran Allah SWT atas nikmatNya, baik nikmat iman maupun kesehatan, sehingga peneliti dapat menyelesaikan modul penelitian yang berjudul “Pelatihan Tentang *Patient Safety* Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Keterampilan Perawat Klinik Pada Penerapan *Patient Safety* Di IRNA C RSUP Fatmawati”.

Tujuan penyusunan modul ini adalah agar perawat klinik di IRNA C RSUP Fatmawati mencegah kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan dalam memberikan proses asuhan kepada pasien.

Penyusunan modul ini tidak terlepas dari bantuan semua pihak terutama pembimbing tesis yang dengan ikhlas membantunya. Tak lupa terima kasih kami sampaikan kepada Direktur RSUP Fatmawati yang telah membarikan ijin kepada peneliti dalam penerapan modul pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

Mudah-mudahan modul pelatihan ini dapat menjadi pegangan perawat klinik di IRNA C RSUP Fatmawati dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.

Depok , Juni 2010

Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman

Kata Pengantar	
Daftar Isi	
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	
B. Tujuan Penyusunan Modul.....	
BAB II PENYELENGGARAAN PELATIHAN	
A. Tujuan Pelatihan.....	
B. Peserta Pelatihan.....	
C. Waktu, Tempat dan Strategi Pelatihan.....	
D. Materi Pelatihan.....	
E. Pelaksana Pelatihan	
F. Nara Sumber	
G. Evaluasi.....	
MATERI PELATIHAN.....	
DAFTAR PUSTAKA.	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Pelayanan keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit, kontak langsung dengan pasien selama 24 jam secara terus menerus, memberikan tindakan keperawatan dan delegasi medis, yang dapat berisiko terjadi kesalahan sehingga mengancam keselamatan pasien. Perlu adanya upaya menjaga keselamatan pasien melalui program peningkatan mutu Sumber Daya Manusia (SDM) dan pelayanan asuhan keperawatan.

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien, pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, dalam lingkup dan wewenang serta tanggung jawab keperawatan. Kegiatan yang dilakukan adalah dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan serta pemeliharaan kesehatan. Dengan penekanan pada upaya pelayanan kesehatan utama (Primary Health Care) sesuai dengan wewenang, tanggung jawab, dan etika profesi keperawatan yang memungkinkan setiap orang mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif.

Patient safety adalah suatu keadaan dimana keselamatan pasien terjamin waktu ia menjalani pelayanan di rumah sakit (Dep.Kes. R.I., 2008). *Patient safety* juga merupakan upaya yang dijalankan oleh rumah sakit untuk menjamin keselamatan pasien yang dirawatnya. Pengkajian pada keselamatan pasien secara garis besar dibagi kepada

struktur, lingkungan, peralatan teknologi, proses, orang dan budaya. Faktor budaya sangat berpengaruh besar terhadap pemahaman kesalahan dan keselamatan pasien.

Berdasarkan pernyataan tersebut diatas maka diperlukan suatu pelatihan tentang *patient safety* bagi perawat klinik agar keselamatan pasien terjamin waktu ia menjalani pelayanan di rumah sakit.

B. Tujuan Penyusunan Modul

Panduan dalam melaksanakan pelatihan tentang *patient safety* di IRNA C RSUP Fatmawati.

BAB II

PENYELENGGARAAN PELATIHAN

A. Tujuan Pelatihan

Agar pelatihan ini bermanfaat bagi peserta, maka pelatihan ini memiliki tujuan:

1. Tujuan Pembelajaran Umum:

Setelah mengikuti proses pembelajaran perawat klinik diharapkan mampu melaksanakan patient safety dalam keperawatan.

2. Tujuan Pembelajaran Khusus:

Perawat klinik diharapkan mampu:

- 1). Memahami konsep patient safety dalam keperawatan
- 2). Menjelaskan insiden keselamatan pasien
- 3). Menjelaskan tujuh langkah keselamatan pasien
- 4). Menjelaskan sembilan solusi keselamatan pasien
- 5). Menerapkan sembilan solusi keselamatan pasien

B. Peserta Pelatihan

Peserta pelatihan adalah perawat klinik dengan kriteria:

1. Tidak sedang cuti
2. Bersedia mengikuti seluruh rangkaian kegiatan pelatihan

C. Waktu, Tempat dan Strategi

Waktu pelatihan dilaksanakan pada hari Senin- Rabu, 13-15 Juni 2010 untuk 3 kelompok bertempat di ruang Diklat IRNA C RSUP Fatmawati, dengan strategi yang digunakan adalah ceramah, diskusi dan simulasi.

D. Materi Pelatihan

1. Pengertian patient safety
2. Insiden keselamatan pasien
3. Tujuh langkah dalam keselamatan
4. Sembilan solusi dalam keselamatan pasien.

E. Pelaksana Pelatihan

Pelaksana pelatihan adalah peneliti bekerja sama dengan Bidang Diklat RSUP Fatmawati.

F. Narasumber

Narasumber pelatihan adalah Sugih Asih, SKp., M.Kep dari RSUP Fatmawati dengan fasilitator Bidang Diklat RSUP Fatmawati.

G. Evaluasi

Sasaran evaluasi meliputi aspek:

1. Proses pelatihan
 - a. Penyediaan materi
 - b. Penyediaan ruang pelatihan
 - c. Penyediaan alat bantu pelatihan
2. Akhir pelatihan (peserta pelatihan)

Pengetahuan tentang *patient safety*: *pre-post test* (soal terlampir)

PATIENT SAFETY

IN NURSING

Sugih Aali, SKp., M.Kep
Komite Keperawatan RSUP Fatmawati

LATAR BELAKANG

- SEJAK ADANYA LAPORAN "IOM" TENTANG ADVERSE EVENT : " *TO ERR IS HUMAN, BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM*" (2000) → PATIENT SAFETY ADALAH ISU TERKINI, GLOBAL, PENTING (HIGH PROFILE), DALAM PELAYANAN RS
- WHO MEMULAI PROGRAM PATIENT SAFETY TH 2004 : "SAFETY IS A FUNDAMENTAL PRINCIPLE OF PATIENT CARE AND A CRITICAL COMPONENT OF QUALITY MANAGEMENT" (WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY, FORWARD PROGRAMME WHO, 2004)
- KOMITE KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT (KKP-RS) DIBENTUK PERSI, PD TGL 1 JUNI 2005
- MENTERI KESEHATAN BERSAMA PERSI & KKP-RS TELAH MENCANANGKAN GERAKAN MORAL KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT PD SEMINAR NASIONAL PERSI TGL 21 AGUSTUS 2005, DI JCC

- Patient safety masih menjadi masalah utama dalam industri RS.
- RS belum mencapai standar keamanan dibanding industri lain.
- Patient safety merupakan hal yang sangat fundamental → kualitas pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan
- Perawat terlibat dalam seluruh aspek patient safety → asuhan → meliputi : memberi informasi kepada pasien dan keluarganya tentang risiko dan menurunkan risiko, advokasi keselamatan pasien dan membuat laporan peristiwa yang tidak diharapkan (adverse event)

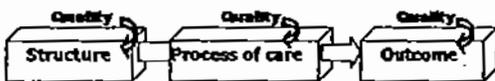


-2,400 years ago -
"Primum, non nocere"
("First, do no harm")

Hippocrates
(460-335 BC)

FLORENCE NIGHTINGALE (1859)
"Focus on the manipulation of the environment for the benefit of the patient"

RUMAH SAKIT : SELALU MENINGKATKAN MUTU



Sejak awal 1900 institusi RS selalu meningkatkan MUTU pada ke-3 elemen tsb diatas : Standar Pelayanan RS, QA, TQM, CQI, Akreditasi, Perizinan, ISO, Baldrige Award, Performance Measurement System, EBH, Benchmarking, Hospital / Clinical Governance, Credentialing, Audit Medis / Clinical Indicator, Etik Profesi / RS, dsb, dsb,

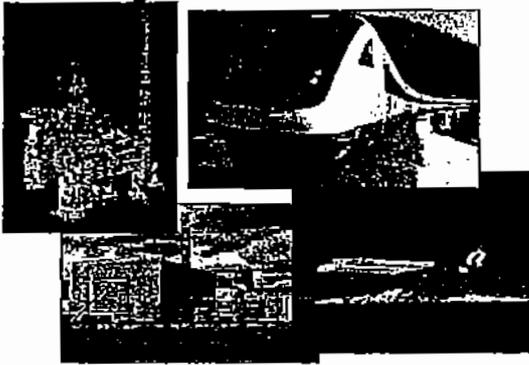
Namun ternyata : di RS selalu ada KTD / AE !!!

Laporan
Institute of Medicine - IOM
TO ERR IS HUMAN
Building a Safer Health System

RS	AE (>50% kru ME)	Mati	US RS-Admisi /year	US RS-Mati sb AE/ME (rata-rata)	Mati sb lain
Di Colorado & Utah (1972)	2.9 %	6.6 %	33.6 juta	44,000	- KLL : 43,458
Di New York (1964)	3.7 %	13.6 %		95,000	-Cancer : 42,297
				Edimasil biaya: \$17 - \$50 milyar	-AIDS : 16,516

(Toha LT, Corrigan JM, Donabedian MC, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.)

Learning from other industries



Example of Classic High Reliability Industry:



Hospital Industry

The chance of a hospital accident: **1 in 300**

10,000 times more safer to travel in An aeroplane than to be in a hospital

source: WHO

Table 1. Data on Adverse Events in health care from several countries
(WHO: World Alliance for Patient Safety, Forward Programme, 2004)

Study	Study focus (No. of admissions)	No of Hosp Admissions	No of Adv Events	Adv Event Rate (%)
1.HCA (New York State) (Harvard Medical Practice Study) (1-7)	1.Acute care Hosp (84)	38 186	1133	3.0
2.IHSA (Utah-Colorado Study (UTCOS)) (18)	2.Acute c.Hosp(82)	14 645	476	3.2
3.IHSA (UTCOS) (18)	3.Acute c.Hosp(82)	14 645	787	5.4
4.Australia (Quality in Australian Health Care Study (QAHC)) (3)	4.Acute c.Hosp(82)	14 179	2353	16.6
5.Australia (QAHC) (3)	5.Acute c.Hosp(82)	14 179	1498	10.6
6.IHSA (4)	6.Ac c.Hosp(88-98)	1 654	118	11.7
7.Denmark (12)	7.Acute c.Hosp(88)	1 007	178	8.8
8.New Zealand (4,7)	8.Acute care (78)	8 578	848	12.9
9.Canada (9)	9.Ac&Com.Hosp(81)	3 728	278	7.5

Table 1 - Results of retrospective case record reviews (Purves)

Study	Year	No Hosp	No Cases	AE %	Preventable AE %	PrevAE % of AE
California	1975	24	20864	4.6	0.78	16.9
NY State	1984	51	30121	3.8	0.95	25.0
Utah-Colo	1992	28	14700	2.9	0.93	32.1
Australia	1993	31	14179	16.6	8.4	38.5
UK	1999	2	1014	16.8	5.2	48.1
Denmark	2000	17	1097	8.0	3.6	40.0
New Zea	2000	3	1326	10.7	4.3	40.2
Canada	2002	20	3745	7.5	2.8	37.3
France	2002	7	778	14.5	4.0	27.6
Average		20	9758	8.9	3.4	38.2

Smart Error: International Perspectives on Patient Safety, National Audit Office, England, 2005

Keselamatan Pasien Rumah Sakit-KPRS (Patient safety)

Suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk:

- asesmen risiko,
- identifikasi & pengelolaan hal yg bertubungan dgn risiko pasien,
- pelaporan & analisis insiden,
- kemampuan belajar dari insiden & tindak lanjutnya serta
- implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Peristiwa / Insiden Keselamatan Pasien

Adalah peristiwa / kejadian yang mengakibatkan, atau dapat mengakibatkan, cedera yang tidak diharapkan karena tindakan atau karena tidak bertindak, bukan karena penyakit dasarnya.

PENYEBAB PKP

1. Masalah komunikasi

Penyebab yang paling umum terjadinya medical errors.

- a. Kegagalan komunikasi: verbal / tertulis, miskomunikasi antarstaf, antar shift.**
- b. Informasi tidak didokumentasikan dgn baik/ hilang**

2. Arus informasi yang tidak adekuat

- a. Ketersediaan Informasi yang kritis saat akan merumuskan keputusan penting**
- b. Komunikasi tepat waktu & dapat diandalkan saat pemberian hasil pemeriksaan yang kritis**
- c. Koordinasi instruksi obat saat transfer antar unit**
- d. Informasi penting tidak disertakan saat pasien ditransfer ke unit lain / dirujuk ke RS lain**

3. Masalah SDM

- a. Gagal mengikuti kebijakan, SOP dan proses2**
- b. Dokumentasi sub optimal & labeling spesimen yang buruk**
- c. Kesalahan berbasis pengetahuan, staf tidak punya pengetahuan yg adekuat, untuk setiap pasien pd saat diperlukan**

4. Hal2 yang berhubungan dengan pasien

- a. Identifikasi pasien yang tidak tepat**
- b. Asesmen pasien yang tidak lengkap**
- c. Kegagalan memperoleh consent**
- d. Pendidikan pasien yang tidak adekuat**

5. Transfer pengetahuan dirumah sakit

- a. Kekurangan pada orientasi atau training
- b. Tingkat pengetahuan staf untuk menjalankan tugasnya kurang
- c. Transfer pengetahuan di RS pendidikan dimana para mahasiswa dlm pendidikan terlalu sering dirotasi ke banyak bagian

6. Pola / alur kerja SDM

- a. Para Dr, Perawat, dan staf lain sibuk karena SDM tidak memadai
- b. Pengawasan/ Supervisi yang tidak adekuat

MENGAPA KEPERAWATAN ?

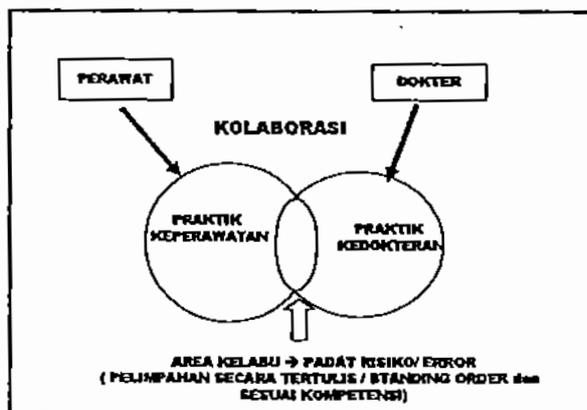
- Tuntutan pel. Keperawatan → Quality and safety
- Pelayanan Keperawatan :
 - Pelayanan 24 jam terus menerus
 - Jumlah tenaga >>>> ;
 - Berada di berbagai unit kerja di RS
 - Prosedur/ tindakan >>>> → RISIKO SALAH >>>
 - Pelaksanaan praktik keper → Berkolaborasi dg tim kes. lain → risiko salah >>>
- Manajemen risiko Klinik → bagian integral dari PROSES asuhan keperawatan → saat ini pelaporan kejadian ada → TDK DIANALISIS !!!
- Alur komunikasi/ pelaporan jelas !!! → program keselamatan pasien → SUKSES !!!

PRAKTIK KEPERAWATAN dan ASUHAN KEPERAWATAN (Lok. Nas. Keperawatan ,1983)

- PRAKTIK KEPERAWATAN → tindakan mandiri perawat profesional melalui kerjasama bersifat kolaboratif dg klien, keluarga dan tenaga kes. lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawab (CHS,1982)

Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada klien, pada berbagai tatanan pel. Kes. dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, dalam lingkup dan wewenang serta tanggung jawab keperawatan. Kegiatan yg dilakukan adalah dalam upaya peningkatan kes. , pencegahan peny. penyembuhan, pemulihan serta pemeliharaan kes. Dengan penekanan pada upaya pel. Kes utama (Primary Health care) sesuai dg wewenang, tanggung jawab dan etika profesi keperawatan yang memungkinkan setiap orang mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif. (CHS,1982)



STANDAR PRAKTIK KEPERAWATAN KLINIK

- Pengetahuan yg memadai → level of training
- Keterampilan yg memadai → level of training
- Evidence of scientifically-based nursing → service level context
- DOKUMENTASI → Ketengkapan, ketepatan dan komprehensif, KONSISTENSI pencatatan semua intervensi keperawatan → pelaporan
- Multi-professional/ disciplinary teamwork

(lanjutan)

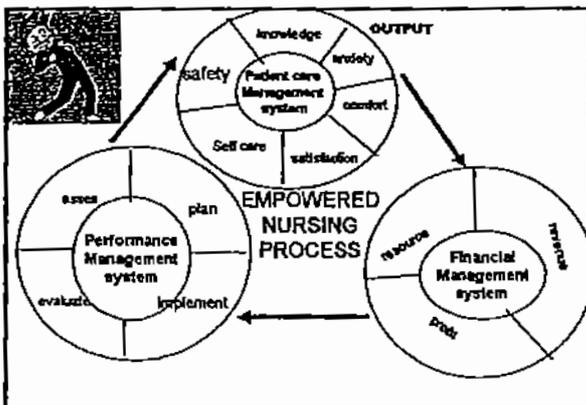
- Promosi/ pendidikan Kesehatan → education, advocacy & counselling
- Mengembangkan dan memelihara lingkungan terapeutik (komunikasi)
- Standar Asuhan Keperawatan (SAK) dan Standar Operating Procedure (SOP) Keperawatan

KESELAMATAN PASIEN DALAM KEPERAWATAN

- KESELAMATAN PASIEN DALAM KEPERAWATAN MELIBATKAN KEGIATAN YANG CUKUP LUAS :
 - MANAJEMEN SDM : REKRUITMEN, TRAINING DAN RETENSI ,
 - PENINGKATAN KINERJA / PERFORMANCE .
 - KESELAMATAN LINGKUNGAN DAN MANAJEMEN RISIKO, MELIPUTI : PENGENDALIAN INFEKSI, PEMBERIAN OBAT SECARA AMAN, PERLENGKAPAN / ALAT YANG AMAN, PEMBERIAN ASUHAN YANG AMAN, LINGKUNGAN ASUHAN PASIEN YANG AMAN, YANG MERUPAKAN AKUMULASI DARI PENGETAHUAN ILMIAH YANG TERINTEGRASI, YANG BERFOKUS PADA KESELAMATAN PASIEN DAN PENGEMBANGAN INFRASTRUKTUR PENUNJANG
 - IDENTIFIKASI RISIKO- RISIKO SEJAK AWAL MERUPAKAN KUNCI PENCEGAHAN TERJADINYA CIDERA, DAN SANGAT TERGANTUNG DARI PEMELIHARAAN KULTUR/ BUDAYA SALING PERCAYA (RUST), JUJUR (HONESTY), INTEGRITAS (INTEGRITY) DAN KETERBUKAAN DALAM KOMUNIKASI (OPEN COMMUNICATION) DIANTARA PASIEN/ KELUARGA DAN PEMBERI PELAYANAN DALAM SUATU SISTEM PEMBERIAN ASUHAN.

MANAJEMEN RISIKO KLINIK → asuhan KEPERAWATAN

- PRINSIP MANAJEMEN RISIKO KLINIK → JANTUNG → PROSES ASUHAN KEPERAWATAN.
- ASUHAN KEPERAWATAN → PROFESIONAL MENSTYARATKAN PENGKAJIAN TENTANG KONDISI PASIEN, KEBUTUHANNYA DAN MENENTUKAN TUJUAN- TUJUAN YANG HARUS DICAPAI
- ASUHAN KEPERAWATAN ADALAH PERENCANAAN BERDASARKAN KEBUTUHAN TERSEBUT → juga MANAJEMEN PASIEN/ PENGOBATAN MEDIS → yg HARUS DI SUPPORT OLEH ASUHAN KEPERAWATAN
- PROSES INI TERMASUK → MENGAJAI RISIKO- RISIKO DAN KEMUNGKINAN TERJADINYA RISIKO →
 - BAGAIMANA MENGEKSKIMINASI ATAU
 - JIKA TIDAK MEMUNGKINKAN → BAGAIMANA RISIKO DARI KEALAHAN ATAU KEMURUDURAN KONDISI PASIEN DAPAT DIMINIMALISIR.



AREA PRAKTIK KEPERAWATAN → MANAJEMEN RISIKO KLINIK DAN KESELAMATAN PASIEN → BASE ON NURSING PROCESS

1. STANDAR PRAKTIK / PERFORMANCE TANGGUNG JAWAB DAN KINERJA / PERFORMANCE YANG DIHARAPKAN → STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN

SETAP PERAWAT:

1. Assessment / PENGKAJIAN : STATUS KESEHATAN PASIEN, SAAT INI DAN MASA LALU DAN POTENSI RISIKO (KESELAMATAN PASIEN)
2. DIAGNOSA
3. Planning/ RENCANA TINDAKAN : RENCANA ASUHAN
4. Implementation: PELAKSANAAN ASUHAN SESUAI RENCANA
5. Evaluation: EVALUASI TERHADAP RESPON PASIEN DAN OUTCOME

2. Standards of care (Patient results)

STANDAR DAN INDIKATOR



SAFETY : SETIAP PASIEN HARUS AMAN DARI CIDERA

- INJURY :
 - Identifikasi faktor - faktor yg dapat meningkatkan potensi Injury
 - Melakukan praktik pencegahan => pengukuran
 - Mengingatikan => bebas Injury
- TISSUE/SKIN INTEGRITY
 - Demonstrate progressive healing of tissue deficit
 - Demonstrate skin integrity free of pressure ulcers
 - Participate in plan to promote wound healing (penyembuhan luka)
- INFECTION
 - Melakukan upaya pencegahan & pengendalian untuk menurunkan faktor potensial => infeksi
 - Mengingatikan => signs and symptoms of infection
- FALLS/ PASIEN JATUH
- MEDICATION ERROR



2 (dua) PENDEKATAN KESELAMATAN PASIEN

1. KESELAMATAN LINGKUNGAN (ENVIRONMENT SAFETY)
2. KESELAMATAN KLINIK (CLINICAL SAFETY)

KESELAMATAN LINGKUNGAN (ENVIRONMENT SAFETY) terkait → praktik keperawatan

- RISIKO KESELAMATAN → POTENSIAL
 - INSTALASI LISTRIK
 - AC
 - WATER STORAGE
 - KONSTRUKSI
 - PASIEN & PENGUNJUNG
 - EMERGENSI
 - KESELAMATAN →KEBAKARAN
 - HAZARDOUS MATERIAL
 - PERALATAN
 - DLL

KESELAMATAN KLINIK (CLINICAL SAFETY) → NURSING

a. SDM :

- LISENSI → REGISTRASI
- KOMPETENSI ASSESSMENT
 - PENGKAJIAN LEVEL KOMPETENSI
 - GRADING KOMPETENSI
 - TRAINING → MENINGKATKAN KOMPETENSI
- REKRUITMEN : KRITERIA, SELEKSI
- RETENSI : TRAINING, POLA KARIER
- PROGRAM PELATIHAN : ORIENTASI, CONTINUING EDUC.



b. PROGRAM pengendalian MUTU/ KUALITAS DAN KESELAMATAN PASIEN:

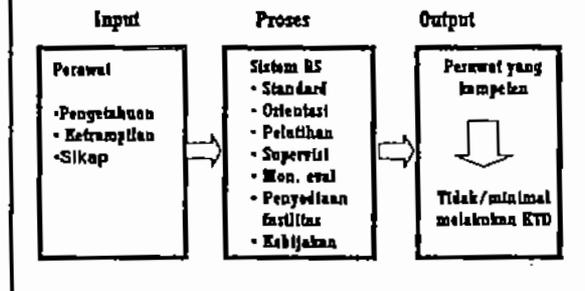
WHO => SEMBILAN SOLUSI LIVE SAVING KESELAMATAN PASIEN RS :

1. Perhatikan Nama Obat , Rupa dan Ucapan Mirip (look - alike, Sound - alike medication name)
2. Perhatikan Identifikasi Pasien
3. Komunikasi secara benar saat serah terima/ pengoperan pasien
4. Pastikan tindakan tindakan yang benar pada alat tubuh yang benar
5. Kendalikan Cairan Elektrolit Peekat (Concentrated)
6. Pastikan Akurasi pemberian obat pada pengalihan pasien
7. Hindari Kesalahan kateter dan salah sambung slang (tube)
8. Gunakan alat Injeksi sekali pakai
9. Tingkatkan kebersihan tangan (hand hygiene) untuk pencegahan Infeksi Nosokomial

DI RS ==> MENETAPKAN PATIENT SAFETY GOALS (DASAR EVIDENCE)

1. IDENTIFIKASI PASIEN ;
2. KOMUNIKASI EFEKTIF
3. MENEGAH KESALAHAN OBAT
4. MENEGAH SALAH ORANG, SALAH TEMPAT, SALAH PROSEDUR TINDAKAN PEMBEDAHAN
5. MENEGAH JATUH
6. MENEGAH INFEKSI NOSOKOMIAL;

PEMBINAAN UNTUK MENEGAH ETD HARUS DIMULAI DARI REKRUITMEN DAN SELEKSI → ORIENTASI



PATIENT SAFETY GOALS :

1. IDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR :

- data JCI : 13 % surgical error, 67% kesalahan transfusi darah
- UK National Patient Safety Agency (2003-2005) ==> 236 incidents & near misses related to missing wristbands or wristbands with incorrect information
- USA National Center for Patient Safety (2000-2003) ==> Patient misidentification ==> > 100 individual root cause analyses

References: Patient Identification, Patient Safety Solutions, Volume 1, Edition 2/May 2007

• SALAH IDENTIFIKASI ==>

- PASIEN TIDAK SADAR/ DISORIENTASI,
- PINDAH KAMAR,
- PINDAH TT,
- PINDAH LOKASI DI RS
- IDENTIFIKASI PASIEN PENTING :
- MEMBERI OBAT,
- PEMERIKSAAN LAB,
- TINDAKAN,
- OPERASI,
- TRANSFUSI DARAH

PERLU ADA KEBIJAKAN/ SPO :

- **MINIMAL → 2 IDENTITAS PASIEN**
 - NAMA (2 KARAKTER)
 - NO. REKAM MEDIS
 - UMUR (tanggal lahir)
- **GELANG NAMA (TANGAN/ KAKI)**
 - WARNA : merah jambu, biru, merah
- **BARCODE / LABEL NAMA**

- Gunakan paling sedikit 2 cara untuk melakukan identifikasi pasien ketika memberikan obat, darah atau produk darah, mengambil sampel darah dan spesimen lain yang diperlukan untuk pemeriksaan klinis atau melakukan perawatan dan tindakan lain.
- Nomor ruang pasien tidak diperbolehkan digunakan untuk melakukan identifikasi pasien.

MENINGKATKAN KOMUNIKASI PADA SAAT OPERAN / HAND- OFF

- GUNAKAN BAHASA YANG JELAS
- GUNAKAN TEHNIK KOMUNIKASI YG EFEKTIF : kurangi interupsi, alokasikan waktu yg cukup , terapkan read back atau check back tehnik ,
- Standarisasi laporan antar shift / antar unit
- Saat transisi ==> pasien mau pulang/ pindah , berikan informasi yg jelas kpd pasien/ kel: obat, diagnosa pulang, hasil pemeriksaan, kapan dan dimana konsultasi follow up

Tehnik SBAR → Memperbaiki Komunikasi → Meningkatkan Keselamatan Pasien

- S : Situation**
 - B : Background**
 - A : Assessment**
 - R : Recommendation**
- Tehnik serah terima yang dapat digunakan pada serah terima perawat antar shift, perawat ke dokter saat melaporkan kondisi pasien, dokter ke dokter.

SBAR-REPORT FOR A PHYSICIAN

REPORT CALLING THE PHYSICIAN

1. Prepare the patient
2. Review the chart for the appropriate physician to call
3. Review the admitting diagnosis
4. Ask the nurse assisting physician: Does the assessment here fit the name of the physician?
5. Other facilities when speaking with the physician:
 - Unit, Bed/room, Room, IV Rates, Labs & Results

S
B
A
R

SITUATION
State your name and unit
I am calling you, (provide phone # Room, Hospital)
The problem I am calling about is:

BACKGROUND
State the admitting diagnosis and date of admission
State the condition of the patient
A brief synopsis of the treatment to date

ASSESSMENT
State your vital signs
The patient is on O₂ by nasal cannula
Vital signs: T, P, R, BP, SpO₂, HR, RR, I/O
Other: (e.g., pain, level of consciousness, neuro status, etc.)

RECOMMENDATION
What do you think the patient needs?
What do you think the patient needs to be done?
What do you think the patient needs to be done?
What do you think the patient needs to be done?
What do you think the patient needs to be done?

Contoh : SBAR

- **Situation** : Dr. Anwar, Saya Ani, dari Ruang Melati. Bpk Djoko mengalami distress pernafasan.
- **Background**: Bpk Djoko, 60 tahun, dengan COPD berat, yang keadaannya semakin menurun dan saat ini kondisinya semakin memburuk.
- **Assessment**: Suara nafas makin menurun pada paru kanan. Kemungkinan Bpk Djoko mengalami Pneumothoraks.
- **Recommendation**: Menurut saya, ia perlu chest x-ray.

3. MENEGAH KESALAHAN PEMBERIAN OBAT →

- BENAR OBAT
- BENAR DOSIS,
- BENAR CARA,
- BENAR WAKTU,
- BENAR ORANG
- CEK ALERGY OBAT
- JELASKAN TUJUAN DAN KEMUNGKINAN EFEK OBAT
- CATAT / DOKUMENTASI
- kerjakan SESUAI SAK/ SOP



(lanjutan)

- Cek untuk reaksi obat
 - Cek skin integrity untuk injeksi
 - Monitor pasien
 - 2 orang staf mengecek pemberian obat parenteral
 - Update catatan obat
- PISAHKAN :**
- NAMA OBAT YANG MIRIP
 - KEMASAN OBAT YANG MIRIP



ASSESMEN DAN REASSESMEN OBAT YANG DIBERIKAN

	MEDICATION	DOSE	ROUTE	FREQUENCY	TIME & DATE LAST TAKEN
1					
2					
3					

- Memindahkan konsentrat elektrolit (termasuk namun tidak terbatas pada potasium klorida, potasium fosfat, sodium klorida > 0.9%) dari ruang perawatan.

DIDIK PASIEN/ KELUARGA

- **KENALILAH OBAT ANDA !!!**
- **SUDAHKAH ANDA TAHU :**
 - **KEGUNAAN OBAT ANDA**
 - **CARA PAKAI OBAT ANDA**
 - **WAKTU PENGGUNAAN OBAT ANDA**

4. MENCEGAH SALAH ORANG, SALAH TEMPAT, SALAH PROSEDUR ==> TINDAKAN PEMBEDAHAN

- **MENGAPA TERJADI :**
 - KURANG EFEKTIF KOMUNIKASI DIANTARA ANGGOTA TIM OPERASI
 - PASIEN TIDAK DILIBATKAN DALAM PEMBERIAN TANDA ==> LOKASI OPERASI (MARKING SITE)
 - PROSEDUR VERIFIKASI PRA OPERASI KURANG BAIK
 - KURANG ADEKUAT ASESMEN PASIEN
 - KURANG ADEKUAT REVIEW REKAM MEDIS
 - BUDAYA YG KURANG MENDUKUNG KOMUNIKASI TERBUKA DIANTARA ANGGOTA TIM
 - PENGGUNAAN SINGKATAN
 - TULISAN YANG KURANG TERBACA

CARA :

- **BERI TANDA PADA DAERAH YANG AKAN DIOPERASI ==> LIBATKAN PASIEN/ KELUARGA==> yang memberi tanda adalah dokter yang akan melakukan operasi**
- **CHEK LIST : PRA DAN PASCA OPERASI**
- **"TIME-OUT" PRACTICE : BENAR PASIEN, BENAR PROSEDUR, BENAR LOKASI OPERASI/ TINDAKAN, BENAR PROSEDUR TINDAKAN DAN KEBERADAAN IMPLANTS/ EQUIPMENT ==> SEBELUM OPERASI DIMULAI**

- Membuat suatu proses atau checklist untuk melakukan verifikasi bahwa semua dokumen atau peralatan yang diperlukan untuk pelaksanaan operasi: tersedia, tepat , serta dapat berfungsi dengan baik sebelum tindakan operasi dilakukan



Ensuring Correct Surgery in the Veterans Health Administration

Steps to ensure before surgery

Post Surgery, including OR

Immediately prior to surgery

Step 1: "Time Out"

Step 2: "Knowledge Check"

NCPS



TIME OUT ⇒ FINAL VERIFICATION PROCESS	
	Verifikasi final dilakukan pk :
Step 1	Penandaan Prosedur verifikasi Final
Verifikasi dilakukan oleh :	
() dr Anestesi () Nurse () dr Bedah () Lain-lain :	
Step 2	Nama Pasien (IDENTITAS PASIEN)
Dikonfirmasi oleh :	
() dr Anestesi () Nurse () dr Bedah () Lain-lain :	
Step 3	Prosedur Verifikasi
Jenis Prosedur :	
() dr Anestesi () Nurse () dr Bedah () Lain-lain :	

Step 4	Verifikasi bagian/Sisi
Bagian/sisi prosedur :	
* Bila tidak dapat dilakukan, berikan alasan :	
Bagian/Sisi dikonfirmasi oleh :	
() dr Anestesi () Nurse () dr Bedah () Lain-lain :	
Step 5	Verifikasi Implant
Implant :	
* Bila tidak dilakukan, indikasikan : tidak ada	
Prosedur telah dikonfirmasi oleh :	
() dr Anestesi () Nurse () dr Bedah () Lain-lain :	
	Verifikasi selesai PK.
	Nama pasien (sticker)
	Nama :

5. MENEGAH PASIEN JATUH

- Melakukan pengkajian ulang secara berkala mengenai resiko pasien jatuh, termasuk resiko potensial yang berhubungan dengan jadwal pemberian obat serta mengambil tindakan untuk mengurangi semua resiko yang telah diidentifikasi tersebut.

- ASSESSMENT RISIKO JATUH → MONITOR SEJAK ADMISSION
- MONITORING KETAT → PASIEN RISIKO TINGGI (beri tanda pada TT : hijau, kuning, merah)
- LIBATKAN PASIEN/ KEL DALAM PENCEGAHAN PASIEN JATUH
- Laporan peristiwa pasien jatuh

HAL YG PERLU DIPERHATIKAN==> FALLS

1. OBAT YANG DIGUNAKAN PASIEN==> SIDE EFFECTS ==> JATUH
2. PENGLIHATAN PASIEN
3. PERHATIKAN PERUBAHAN STATUS MENTAL / PERILAKU PASIEN
4. SEPATU/ SANDAL YG TIDAK COCOK
5. LANTAI LICIN
6. TERLALU BANYAK FURNITUR
7. KEKURANGAN CAIRAN
8. TANGGA

ASSESSMEN DAN REASSESSMEN TERHADAP RISIKO JATUH

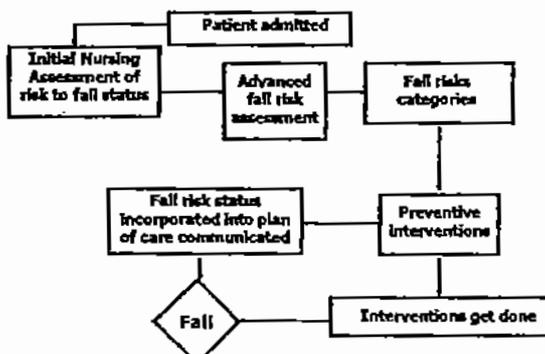
SCORE	DIMENSION	SCORE	DIMENSION
15 POINT	HISTORY OF FALLE	5 POINT	UNSTEADY ON FEET
15 POINT	RECENT INC LOSS OF CONSCIOUSNESS	5 POINT	POOR EYE SIGHT
15 POINT	AGE 65 OR MORE	5 POINT	POOR HEARING
15 POINT	CONFUSED/ DISORIENTED/ HALLUCINATING	5 POINT	POSTURAL HYPERTENSION
10 POINT	USES ASSISTIVE DEVICE FOR MOBILITY (WALKER, WHEELCHAIR, ETC	5 POINT	SEDATED
5 POINT	DETQXING FROM DRUGS/ ALCOHOL	5 POINT	LANGUAGE BARRIER

Total points assessed: 0-10= no risk;
Total point assessed: 15 or more → patient is a fall risk

UPAYA MENURUNKAN RISIKO JATUH

- IDENTIFIKASI : OBAT YG BERHUBUNGAN DG PENINGKATAN RISIKO JATUH : SEDATIF, ANALGESIK, ANTIHIPERTENSI, DIURETIK, LAZATIF, PSYCHOTROPIKA
- GUNAKAN PROTOKOL ==> PEMINDAHAN PASIEN SECARA AMAN : BRANKAR, KURSI RODA, TT
- EVALUSI BERAPA LAMA RESPON STAF TERHADAP PANGGILAN PASIEN (TOILET, MAKAN, DLL)
- GUNAKAN INSTRUMEN UTK MEMPREDIKSI RISIKO PASIEN JATUH ==> KOMUNIKASIKAN DG PASIEN/ KEL; BERI TANDA / WARNA
- PERHATIKAN LINGKUNGAN : CAHAYA, KONTROL SUARA/ KEBISINGAN,

Fall Risk Assessment Flowchart

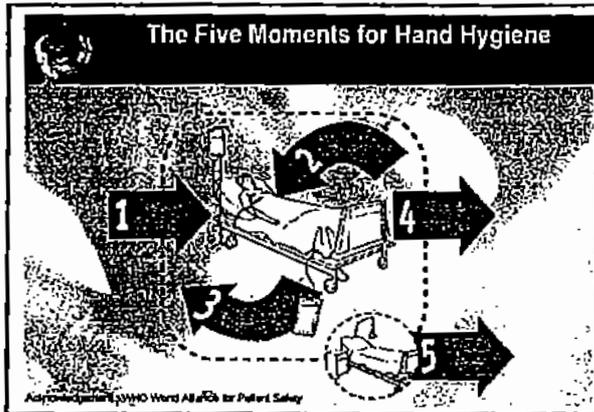


6. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

- Reduce the risk of health care - acquired infections
- Requirement : Comply with current CDC (Center for Disease Control) → hand hygiene guidelines

WHO : CLEAN CARE IS SAFER CARE
GETTING YOUR HANDS ON A CULTURE OF SAFETY





INDIKASI CUCI TANGAN

- Bila tangan tampak kotor (cuci tangan rutin)
- Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
- Sebelum dan sesudah prosedur
- Setelah kontak dengan peralatan yang ada dan digunakan oleh pasien
- Sebelum makan, sesudah dari toilet



CDC (Center for Disease Control) HAND HYGIENE

REKOMENDASI SPESIFIK

1. Indikasi untuk cuci tangan dan anti sepsis
2. Teknik :
 - * Air dan sabun (15 detik)
 - * Tanpa air (alcohol hand rub/gel)
3. Surgical handwashing
4. Seleksi produk
5. Perawatan kulit

KENAPA PENTING ?

- Cara transmisi dari infeksi yang paling sering adalah melalui tangan.
- Membersihkan tangan adalah faktor terpenting didalam mencegah penyebaran patogen dan resistensi antibiotika
- Angka kepatuhan yang diharapkan adalah 90 % (CDC - recommendations)

ALCOHOL -based hand rub

- Keuntungan :
 - Mudah dijangkau karena dapat dipasang dengan cepat, sehingga meningkatkan kepatuhan
- Kerugian
 - Pertimbangan adanya bahaya kebakaran

Alcohol Hand Rub/Gel

- Dipakai bila tangan tidak tampak kotor
- Sedikit di area kerja
- Efektif dan efisien



TEKNIK CUCI TANGAN

- Sabun dan air
- Sabun anti septik dan air
- Tanpa air (alcohol hand rub/gel)
- Mengeringkan tangan dengan kertas Tissue khusus
- Menutup kran air dengan kertas tissue

* *Sebaiknya kran di rumah sakit dipilih yang tidak disentuh dengan tangan.*

CUCI TANGAN RUTIN

- Lepaskan perhiasan
- Basahi tangan, beri sabun dan gosok secara rata (10-15 detik)
- Bilas
- Keringkan dengan kertas tissue
- Gunakan kertas tissue untuk menutup kran

CUCI TANGAN SURGICAL

- Staff kamar operasi mempunyai protokol secara rinci tentang teknik cuci tangan ini.
- Sabun antimikroba khusus untuk kulit (4% chlorhexidine or deterjent yang mengandung povidone iodine 0.75% atau aqueous povidone iodine 1%)
- Cuci selama 5 menit (untuk cuci tangan I, selanjutnya cukup 3 menit)
- Lakukan : No Touch technique
- Keringkan dengan lap steril

Alasan Ketidapatuhan (PERLU PENGUKURAN)



- Tidak peduli pada protokol
- Peduli tetapi tidak melakukan karena :

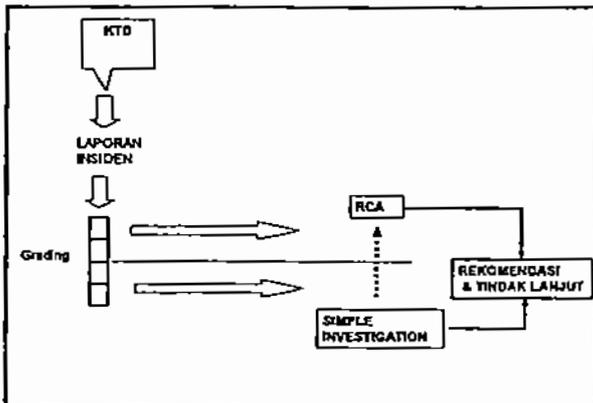
- * Sibuk pasien banyak
- * Jauh dan fasilitas sedikit
- * Tangan tidak kotor
- * Tangan jadi kering dan kasar kena sabun.

7 (tujuh) langkah keselamatan pasien :

1. Bangun kesadaran akan nilai KP
2. Memimpin dan mendukung staf
3. Integrasikan aktifitas pengelolaan risiko
4. Kembangkan sistem pelaporan
5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang KP
7. Cegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien

Bagaimana Proses Monitoring keselamatan pasien ==> KEPERAWATAN

- ❑ Pembuatan sistem pelaporan secara formal
- ❑ Pelaporan insiden / kejadian (KTD/ KNC)
- ❑ ANALISA INSIDEN / INVESTIGASI → Diduga ada kesalahan prosedur (*Alleged misconduct*)
- ❑ Tindakan perbaikan (*Action*)



KATEGORI CLINICAL ERROR YANG SERING DILAKUKAN PERAWAT

1. *Medication Error* → PEMBERIAN OBAT YG SALAH
2. KESALAHAN PROSEDUR PADA SAAT OPERASI/ TINDAKAN KEPERAWATAN / TINDAKAN MEDIS YG DIDELEGASIKAN.
3. PENCATATAN TINDAKAN PEMBEDAHAN
4. MELAKSANAKAN PRAKTIK TIDAK KOMPETEN (BUKAN KEWENANGANNYA)
5. PASIEN JATUH
6. PASIEN LUKA / TERBAKAR (KOMPRES HANGAT, KAUTER)
7. TERKAIT DG TEKNOLOGI (TECHNOLOGY-RELATED) / CEDERA KARENA KESALAHAN/ KERUSAKAN ALAT
8. INFEKSI NOSOKOMIAL
9. SALAH IDENTITAS PASIEN/ BAYI/ORANG TIDAK SADAR
10. SALAH INTERPRETASI TANDA ATAU GEJALA

(Swinburg, 1991)

Contributing Factors

- **Level Staff kurang Memadai**
- **Utilization beyond legal/ authorized scope of practice**
- **KOMPETENSI YG KURANG MEMADAI (knowledge, skills & values)**
- **Asuhan Kesehatan berdasarkan faktor organisasi (*Health care-based organizational factors*)**

MENGAPA TERJADI CLINICAL ERROR

→ PELAYANAN KEPERAWATAN : CARI PENYEBAB

1. STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN → DIPAHAMI PERAWAT ?
2. SOP → JELAS?
3. URAIAN TUGAS → JELAS?
4. ORIENTASI DAN PELATIHAN SETIAP ADA KEBIJAKAN ATAU ALAT BARU/ PERUBAHAN PRAKTIK KEPERAWATAN ?
5. PERAWAT YANG TERLATIH UNTUK BEKERJA DI RUANGAN KHUSUS?

6. HUBUNGAN ANTAR TIM KESEHATAN ?
7. PEMBERIAN INFORMED CONSENT YANG BENAR ?
8. SISTEM MONITORING, EVALUASI, DAN PENGENDALIAN MUTU ?
9. RASIO JUMLAH DAN JENIS TENAGA KEPERAWATAN DENGAN PASIEN MEMADAI ?
10. PROGRAM PEMELIHARAAN/KALIBRASI PERALATAN ?
11. JUMLAH ALAT/FASILITAS YANG MEMADAI

MEDICAL ERROR OLEH PERAWAT :



- KOMPETENSI INDIVIDU
- SISTEM / LINGKUNGAN ORGANISASI

RISIKO DAN PEKERJAAN DALAM LINGKUP KOMPETENSI

- AREA YANG POTENSIAL → PERAWAT PELAKSANA :
 - BERTUGAS PERTAMA KALI SEBAGAI ASISTEN DI KAMAR OPERASI (*ACTING AS FIRST ASSISTANT IN THEATRES*)
 - UNIT TINDAKAN MINOR (*MINOR INJURY UNITS*)
 - PERAWAT PELAKSANA SHIFT MALAM (*NIGHT NURSE PRACTITIONERS*)
 - PERAWAT MENULIS RESEP (*NURSE PRESCRIBING*)

BAGAIMANA CARA MEMULAI → PROGRAM KS → KEPERAWATAN DI RS ?

- Bentuk Tim → bagian dari Tim Keselamatan Pasien RS
- Sosialisasi program KP → Perawat → menyamakan persepsi → bangun budaya (7 langkah)
- Buat → Form laporan peristiwa (event)
- Kumpulkan laporan → analisa → cari penyebab masalah (Tim)

BAGAIMANA CARA MEMULAI ?

- Hasil analisa → lakukan perbaikan sistem/ prosedur → sosialisasikan
- pendekatan → PSBH, QA, MR, dll ?
- UJI COBA DI BEBERAPA UNIT
- TETAPKAN TARGET (GOAL) TAHUNAN YANG AKAN DICAPAI → DASAR ANALISIS LAPORAN KEJADIAN



Setiap ruangan → mengidentifikasi titik/simpul
Kemungkinan terjadi
KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN

Contoh: penerimaan pasien pasca bedah di ruang rawat

- Mengangkat pasien
- Posisi di tempat tidur
- Observasi tanda vital
- Mencatat *intake - output*
- Memberikan obat
- Mengganti balutan
- Pemberian oksigen
- Merawat *drainage*

PARTNERS IN QUALITY AND SAFETY

- Patients, their families, clinicians, and others in health care organizations interact with the health care system



- To produce major improvements in quality of care

KESIMPULAN

- *Patient safety in nursing* merupakan bagian integral dari program keselamatan pasien RS.
- Pendekatan program KP melalui Keperawatan akan lebih mudah karena alur komunikasi dan pelaporan sudah jelas
- Mulai dengan pelaporan tentang KTD/ KNC sesuai kebijakan RS masing- masing
- Perawat di semua level harus disamakan dulu persepsinya agar memberikan kontribusi yang optimal dan proses MEMBANGUN "budaya" KP dapat berjalan dengan baik.
- Kepemimpinan / leadership
- Perlu ada Goal yang jelas → program KP

Lanjutan

TERJADINYA MEDICAL / CLINICAL ERROR DALAM PEL
KEPERAWATAN DAPAT DISEBABKAN KARENA :

1. Faktor Individu perawat yang tidak kompeten.
Oleh karena itu dari sejak awal sistem rekrutmen & seleksi perawat yang mempunyai kualifikasi/ kemampuan yang diharapkan sangat diperlukan.
 2. Sistem organisasi tempat perawat bekerja agar lebih kondusif atau memfasilitasi perawat bekerja secara profesional dan aman.
- KESELAMATAN PASIEN → UPAYA → PEMBELAJARAN DAN PENINGKATAN TERUS MENERUS (Continuous learning and improvement)

TERIMA KASIH

DAFTAR PUSTAKA

- George H. John, *Strategic Nursing Research*, Appleton & Lange, 1979
- Goldman, V, *Measuring Clinical Error of the Ambulatory Care/Outpatient*, *Nursing Practice*, 14 (7)
- JCIHQ, *Global Health Standards*, 2008
- King, Gary, *and Nursing World, The World's Guide to Nurse Education, Quality Management, Research, and Practice* on line, 19 (2)
- Mary Mulder, *Advanced Study*, *International Journal of Nursing*, University of WA, Canada, 2008, 1 (1)
- Rosenfeld, Beverly, and Kenneth S. Swartz, *The Nursing of Multiple Sclerosis*, Elsevier, USA, 2008, 1 (1)
- Swartz, Beverly, *Swartz and Swartz's Multiple Sclerosis: Nursing, 3rd ed* and *Swartz's Multiple Sclerosis*, 1 (1)
- Vincent, Charles, *Stroke: Pathophysiology, Clinical, and Rehabilitation*, Elsevier, 2008

Lampiran 8

Jadwal Kegiatan Penelitian
 Pengaruh Pelatihan Tentang *Patient Safety* Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Keterampilan
 Perawat Klinik Pada Penerapan *Patient Safety* Di IRNA C RSUP Fatmawati 2010

No	Kegiatan	Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan Judul				X	X	X																						
2	Menyusun proposal					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3	Seminar proposal																												
4	Perbaikan proposal																												
5	Uji coba instrumen																												
6	Perbaikan instrumen																												
7	Sosialisai dan Perijinan penelitian																												
8	Pelaksanaan penelitian/ pre test pengetahuan & keterampilan																												
9	Pelatihan dan post test pengetahuan																												
10	Post test keterampilan																												
11	Pengolahan data																												
12	Analisa data																												
13	Pembuatan hasil penelitian																												
14	Ujian hasil penelitian																												
15	Perbaikan hasil penelitian																												
16	Pembuatan laporan penelitian																												
17	Ujian sidang tesis																												
18	Perbaikan tesis																												
19	Pengumpulan hasil tesis																												



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1914/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin uji instrumen penelitian

14 Mei 2010

Yth. Direktur
RSAB. Harapan Kita
Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Nilasari
0806446605

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "Pengaruh Pelatihan Tentang Pasien Safety terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan keterampilan Perawat Klinik Pada Penerapan Pasien Safety Di IRNA C RSUP. Fatmawati".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa untuk mengadakan uji instrumen penelitian di RSAB. Harapan Kita - Jakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Wj, Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Bid. Diklat. RSAB. Harapan Kita - Jakarta
2. Ka. Bid. Keperawatan RSAB. Harapan Kita - Jakarta
3. Wakil Dekan FIK-UI
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peninggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1922/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 14 Mei 2010
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Direktur
RSUP. Fatmawati
Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Nilasari
0806446605

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "Pengaruh Pelatihan Tentang Pasien Safety terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan keterampilan Perawat Klinik Pada Penerapan Pasien Safety Di IRNA C RSUP. Fatmawati".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa untuk mengadakan penelitian di RSUP. Fatmawati - Jakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

ku Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Bid. Diklat. RSUP. Fatmawati - Jakarta
2. Ka. Bid. Keperawatan RSUP. Fatmawati - Jakarta
3. Wakil Dekan FIK-UI
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Pertiinggal



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

Jalan RS. Fatmawati, Cilandak, Jakarta Selatan 12430 | Telepon. 021. 750 1524, 766 0552, (Hunting) 766 0574
Fax. 021. 769 0123 | E-mail. rsupf@cbn.net.id & plfatmaw@indosat.net.id | www.rsupfatmawati.com



PERSETUJUAN PENELITIAN

No : DM.03.02.3...*753*

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Umum, Sumberdaya Manusia dan Pendidikan RSUP Fatmawati Jakarta, menerangkan bahwa usulan penelitian

Judul : *"Pengaruh Pelatihan Tentang Pasien Safety terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Perawat Klinik Pada Penerapan Pasien Safety di IRNA C RSUP Fatmawati"*

Peneliti : Nilasari

NIM : 0806446805

Institusi : Program Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Disetujui untuk dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati.

Demikian surat Persetujuan Penelitian ini untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

...*10* Juni 2010

Direktur Umum, SDM dan Pendidikan

drg. Setiawaty, MKes
NIP. 196011101986012001*7*



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Pelatihan tentang Patient Safety terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Perawat Klinik pada penerapan *patient* di IRNA C RSUP. Fatmawati.

Nama peneliti utama : Nilasari

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 3 Juni 2010.

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601-197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 0

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Nilasari

Tempat / Tanggal Lahir : Cirebon / 7 September 1962

Pekerjaan : Pegawai RSUP Fatmawati Jakarta

Alamat : Sawangan Elok Blok A4 no 2 Sawangan Depok

Alamat Institusi : Jln RS Fatmawati Cilandak Jakarta Selatan

Riwayat Pendidikan : 1. SD Negeri Silih Asih Cirebon lulus tahun 1974
2. SMP Cendrawasih Cirebon lulus tahun 1977
3. SPK RS Fatmawati Jakarta lulus tahun 1981
4. Akper Dep Kes RI lulus tahun 1988
5. S 1 Keperawatan UI Jakarta lulus tahun 2003
6. Profesi Ners FIK UI Jakarta lulus tahun 2004

Riwayat Pekerjaan : Pegawai RSUP Fatmawati Jakarta tahun 1981 -
sekarang