



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH PELATIHAN KESELAMATAN PASIEN TERHADAP  
PEMAHAMAN PERAWAT PELAKSANA MENGENAI  
PENERAPAN KESELAMATAN PASIEN  
DI RS TUGU IBU DEPOK**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister**

**SRI YULIA  
0806446946**

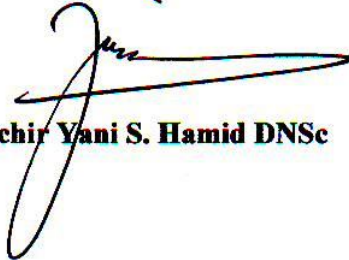
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI 2010**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing serta telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, Juli 2010

Pembimbing I



**Prof. Achir Yani S. Hamid DNSc**

Pembimbing II



**Mustikasari, S.Kp., MARS**

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Sri Yulia  
NPM : 0806446946  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis : Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap  
Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan  
Keselamatan Pasien di RS Tugu Ibu Depok

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

## DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Prof. Achir Yani S. Hamid, DN.Sc.

Pembimbing II : Mustikasari, S.Kp., MARS

Penguji : Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep

Penguji : Drs. Nasrul Effendy, SKM, M.Kep


Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 06 Juli 2010



## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama** : Sri Yulia  
**NPM** : 0806446946  
**Tanda Tangan** :   
**Tanggal** : 06 Juli 2010

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Yulia  
NPM : 0806446946  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul 'Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Tugu Ibu Depok' beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 06 Juli 2010  
Yang menyatakan,

  
Sri Yulia

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul 'Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Tugu Ibu Depok'. Bantuan yang tak terhingga penulis dapatkan dari berbagai pihak sehingga dalam kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dewi Irawaty, MA., PhD. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.,Sc. selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Prof. Hj. Achir Yani S. Hamid DNSc. selaku Pembimbing I yang dengan sabar telah memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan selama proses penyelesaian tesis ini
4. Mustikasari, S.Kp., MARS selaku Pembimbing II yang telah memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan dengan penuh kesabaran selama proses penyusunan proposal tesis ini
5. Direktur dan jajaran pimpinan beserta staf keperawatan RS Tugu Ibu Depok dan RS Bhakti Yudha yang telah mengizinkan untuk melakukan penelitian serta membantu penulis melalui dukungan kerjasama selama proses penelitian
6. Seluruh staf pengajar dan Pembimbing Akademik, Hanny Handiyani, SKp. M. Kep. yang selalu mengingatkan penulis untuk melakukan usaha terbaik selama mengikuti studi
7. Rita Sekarsari, S.Kp., M.HSM dan Harif Fadillah, S.Kp. selaku kontributor yang telah bersedia memberikan saran dan masukan demi kesempurnaan isi modul pelatihan keselamatan pasien yang penulis susun
8. Persyarikatan, Badan Pelaksana Harian dan Ketua Stikes Muhammadiyah Palembang beserta seluruh jajaran pimpinan dan staf yang selalu memberikan bantuan dan motivasi dari awal hingga akhir penulis menjalani studi

9. Staf non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membantu menyediakan fasilitas yang dibutuhkan penulis
10. Seluruh keluarga atas dukungan yang luar biasa terutama suami tercinta, Mulyadi dan anak-anakku Indah, Bening, Buana dan Bintang-ku tersayang atas pengertian terhadap waktu dan tenaga yang terbagi selama penulis menjalankan studi
11. Rekan-rekan seangkatan tahun 2008 terutama Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan yang selalu menguatkan, saling memberikan semangat dan dukungan terbaik.

Semoga Allah SWT berkenan membalas semua kebaikan yang penulis terima dari berbagai pihak. Penulis berharap semoga penelitian ini bermanfaat dan dapat digunakan untuk mengembangkan pelayanan keperawatan.

Depok, Juli 2010

Penulis

**PROGRAM PASCASARJANA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2010

Sri Yulia

Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Tugu Ibu Depok

xv + 162 hal + 18 tabel + 6 skema + 11 lampiran

Abstrak

Upaya membangun budaya keselamatan pasien memerlukan komitmen yang dipengaruhi pengetahuan perawat. Tujuan penelitian *Quasi Experiment* ini adalah untuk mengetahui pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien. Hasil penelitian pada 83 perawat pelaksana RS Tugu Ibu Depok (kelompok eksperimen) dan 83 perawat pelaksana RS Bhakti Yudha (kelompok kontrol) menunjukkan ada perbedaan signifikan pemahaman perawat pelaksana sebelum dan setelah mendapatkan pelatihan pada kelompok eksperimen (*p value* 0,000) dan tidak ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana sebelum dan setelah pada kelompok kontrol (*p value* 0,417). Rumah sakit perlu melakukan program pelatihan keselamatan pasien secara berkelanjutan dan mengembangkan standar kinerja untuk memfasilitasi transfer pengetahuan perawat.

Kata Kunci: keselamatan pasien, pelatihan, pemahaman, perawat pelaksana  
Daftar Pustaka : 117 (1956 – 2010)



**POST GRADUATE NURSING PROGRAM  
FACULTY OF NURSING UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2008

Sri Yulia

**Influence of Patient Safety Training for Nursing Staff's Comprehension of The  
Implementation of Patient Safety at Tugu Ibu Depok Hospital**

xv + 162 pages + 18 tables + 6 schemes + 11 appendixes

**Abstract**

Efforts to build a culture of patient safety required commitment is influenced by knowledge of nurses. This study as Quasi-Experiment aimed to describe the influence of patient safety training for nursing staff's comprehension of the implementation of patient safety's procedure. Results for 83 nursing staffs Tugu Ibu Depok Hospital (experimental group) and 83 nursing staffs Bhakti Yudha Hospital (control group) showed no significant differences in understanding nursing staffs before and after receiving training in the experimental group (p value 0.000) and no difference in understanding nursing staffs before and after in the control group (p value 0.417). Hospitals need to make patient safety training program on an ongoing basis and develop performance standards as a facilitation of transfered of nursing staff's knowledge.

Keywords: comprehension, nursing staffs, patient safety, training,  
References : 117 (1956 – 2010)

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
<i>ABSTRACT</i> .....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
<b>1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	17
1.3. Tujuan Penelitian.....	18
1.4. Manfaat Penelitian.....	20
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>22</b>
2.1. Keselamatan Pasien.....	24
2.1.1. Pengertian.....	24
2.1.2. Langkah Menuju Keselamatan Pasien.....	25
2.1.3. Mutu dan Keselamatan Pasien.....	36
2.1.4. Perspektif Sistem Dalam Keselamatan Pasien.....	38
2.2. Keselamatan Pasien dalam Keperawatan.....	42
2.2.1. Keselamatan Pasien dan Mutu Pelayanan Keperawatan.....	42
2.2.2. Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien.....	44
2.3. Pengetahuan/Pemahaman.....	48
2.3.1. Pengertian.....	48
2.3.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	52
2.3.3. Tingkatan Pengetahuan.....	57
2.3.4. Pengukuran Pengetahuan.....	60
2.4. Pelatihan.....	60
2.4.1. Pengertian.....	60
2.4.2. Manfaat Pelatihan.....	62
2.4.3. Jenis Pelatihan.....	70
2.5. Kerangka Teori Penelitian.....	72
<b>3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL.....</b>	<b>77</b>
3.1. Kerangka Konsep.....	77
3.2. Hipotesis.....	79
3.2.1. Hipotesis Mayor.....	79
3.2.2. Hipotesis Minor.....	79
3.3. Definisi Operasional.....	80

<b>4. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>83</b>
4.1. Desain Penelitian.....	83
4.2. Populasi dan Sampel.....	85
4.3. Waktu dan Tempat Penelitian.....	86
4.4. Etika Penelitian.....	87
4.5. Alat Pengumpulan Data.....	89
4.6. Prosedur Pengumpulan Data.....	98
4.7. Analisis Data.....	101
<b>5. HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>106</b>
5.1. Analisis Univariat.....	106
5.1.1. Karakteristik Perawat Pelaksana .....	106
5.1.2. Pemahaman Perawat Pelaksana.....	110
5.2. Analisis Bivariat.....	112
5.2.1. Kesetaraan Karakteristik Perawat Pelaksana.....	112
5.2.2. Perbedaan Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen Sebelum dan Setelah Pelatihan .....	114
5.2.3. Perbedaan Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Kontrol Sebelum dan Setelah Pelatihan pada Kelompok Eksperimen.....	115
5.2.4. Perbedaan Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Sebelum Pelatihan pada Kelompok Eksperimen.....	115
5.2.5. Perbedaan Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Setelah Pelatihan pada Kelompok Eksperimen.....	117
5.2.6. Hubungan Umur dan Lama Kerja dengan Pemahaman Perawat Pelaksana Setelah Diberikan Pelatihan Keselamatan Pasien.....	118
5.2.7. Hubungan Jenis Kelamin, Status Pernikahan dan Status Kepegawaian dengan Pemahaman Perawat Pelaksana Setelah Diberikan Pelatihan Keselamatan Pasien.....	119
5.3. Analisis Multivariat.....	121
<b>6. PEMBAHASAN.....</b>	<b>124</b>
6.1. Diskusi Hasil Penelitian.....	124
6.2. Keterbatasan Penelitian.....	153
6.3. Implikasi Penelitian.....	155
<b>7. SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>158</b>
7.1. Simpulan.....	158
7.2. Saran.....	159

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**

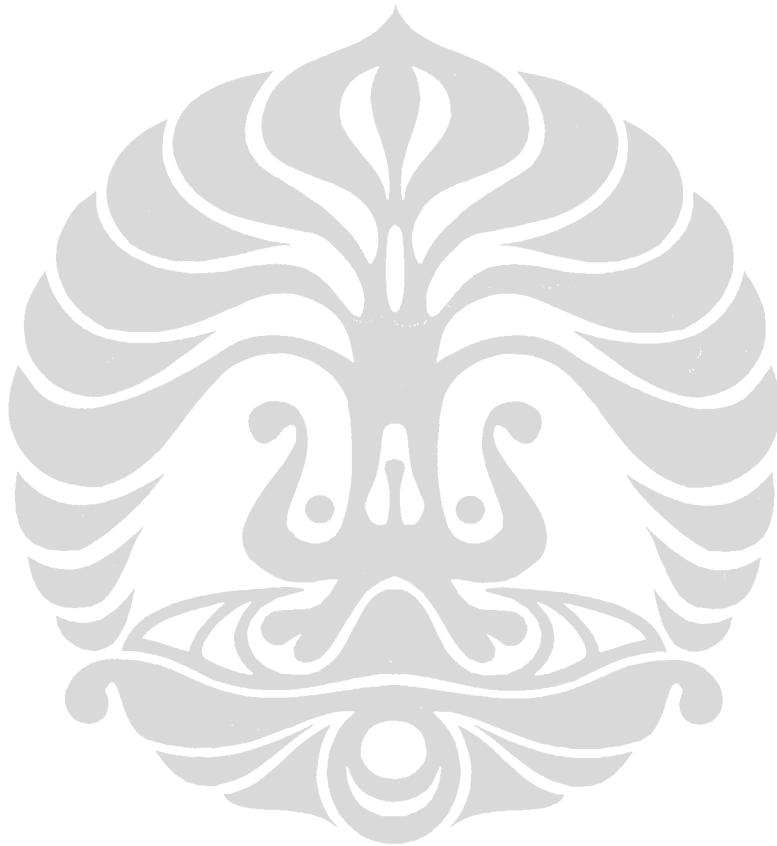
## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 3.1</b>	Definisi Operasional.....	80
<b>Tabel 4.1</b>	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Pertama.....	97
<b>Tabel 4.2</b>	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kedua.....	97
<b>Tabel 4.3</b>	Analisis Bivariat Penelitian Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana .....	103
<b>Tabel 5.1</b>	Distribusi Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol berdasarkan Umur dan Lama Kerja Bulan April Tahun 2010.....	107
<b>Tabel 5.2</b>	Distribusi Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol berdasarkan Jenis Kelamin, Status Pernikahan dan Status Kepegawaian Bulan April Tahun 2010.....	109
<b>Tabel 5.3</b>	Distribusi Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol berdasarkan Pemahaman mengenai Keselamatan Pasien Sebelum Pelatihan tentang Keselamatan Pasien Bulan April Tahun 2010.....	110
<b>Tabel 5.4</b>	Distribusi Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok kontrol berdasarkan Pemahaman mengenai Keselamatan Pasien Setelah Pelatihan tentang Keselamatan Pasien pada Kelompok Eksperimen Bulan April Tahun 2010	111
<b>Tabel 5.5</b>	Analisis Kesetaraan Umur dan Lama Kerja Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Bulan April Tahun 2010.....	112
<b>Tabel 5.6</b>	Analisis Kesetaraan Jenis Kelamin, Status Pernikahan dan Status Kepegawaian Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Bulan April Tahun 2010	113
<b>Tabel 5.7</b>	Distribusi Rata-Rata Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen menurut Pengukuran Sebelum dan Setelah Pelatihan Bulan April Tahun 2010.....	114

<b>Tabel 5.8</b>	Distribusi Rata-Rata Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Kontrol menurut Pengukuran Sebelum dan Setelah Pelatihan pada Kelompok Eksperimen Bulan April Tahun 2010.....	115
<b>Tabel 5.9</b>	Distribusi Rata-Rata Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol menurut Pengukuran Sebelum Pelatihan pada Kelompok Eksperimen ( <i>Pre Test</i> ) Bulan April Tahun 2010.....	116
<b>Tabel 5.10</b>	Distribusi Rata-Rata Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol menurut Pengukuran Setelah Pelatihan pada Kelompok Eksperimen ( <i>Post Test</i> )Bulan April Tahun 2010.....	117
<b>Tabel 5.11</b>	Analisis Hubungan Umur dan Lama Kerja dengan Pemahaman Perawat Pelaksana Kelompok Eksperimen dan Kelompok kontrol Setelah Pelatihan Keselamatan Pasien Bulan April Tahun 2010.....	118
<b>Tabel 5.12</b>	Analisis Hubungan Jenis Kelamin, Status Pernikahan dan Status Kepegawaian dengan Pemahaman Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Setelah Pelatihan Keselamatan Pasien Bulan April Tahun 2010.....	120
<b>Tabel 5.13</b>	Model Awal Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen Bulan April Tahun 2010.....	122
<b>Tabel 5.14</b>	Model Pemahaman Perawat Pelaksana Kelompok Eksperimen Bulan April Tahun 2010.....	122

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 2.1</b>	Fondasi dan Pilar Perawatan Pasien yang Aman.....	39
<b>Gambar 2.2</b>	Sistem Model Pelatihan.....	65
<b>Gambar 2.3</b>	Kerangka Teori Penelitian.....	76
<b>Gambar 3.1</b>	Kerangka Konsep Penelitian.....	78
<b>Gambar 4.1</b>	Desain Penelitian menggunakan Pendekatan <i>Pretest-Posttest with Control Group Design</i> .....	84
<b>Gambar 4.2</b>	Alur/Kerangka Kerja Pelaksanaan Penelitian.....	100



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** Jadwal Penelitian
- Lampiran 2** Kuesioner Penelitian
- Lampiran 3** Modul Pelatihan Keselamatan Pasien
  - A. Prinsip Keselamatan Pasien
  - B. Manajemen Keselamatan Pasien
  - C. Penerapan Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Keperawatan
- Lampiran 4** Surat Permohonan Uji Coba Kuesioner
- Lampiran 5** Surat Persetujuan Uji Coba Kuesioner
- Lampiran 6** Surat Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 7** Surat Permohonan Penelitian
- Lampiran 8** Surat Persetujuan Penelitian
- Lampiran 9** Permohonan *Review* Pakar PPNI
- Lampiran 10** Kerangka Acuan Pelatihan
- Lampiran 11** Daftar Riwayat Hidup



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

*Millenium Development Goals* yang dipicu oleh adanya tuntutan untuk menghadapi era globalisasi membawa dampak yang sangat signifikan terhadap berbagai bidang kehidupan. Perkembangan dan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan serta berkembangnya pola dan karakteristik penyakit mendorong institusi kesehatan harus bekerja keras mengembangkan pelayanan yang mengadopsi berbagai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tersebut dengan segala konsekuensinya. Dampak yang timbul dari hal ini adalah tingginya tuntutan masyarakat akan pelayanan yang diterima oleh masyarakat. Upaya kompetitif dalam rangka menghadapi persaingan untuk mempertahankan eksistensi pelayanan kesehatan ini merupakan suatu hal yang sangat erat hubungannya dengan kualitas pelayanan yang harus selalu terjaga. Ini disebabkan karena kualitas pelayanan dan kepuasan pasien sebagai konsumen masih tetap menjadi tolok ukur utama keberhasilan pelayanan kesehatan yang diberikan.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan pelayanan yang bersifat integratif dengan melibatkan sejumlah tenaga kesehatan yang secara bersama-sama memberikan pelayanan kepada pasien sebagai konsumen dalam pelayanan (Komisi Disiplin Ilmu Kesehatan, 2002). Tujuan pelayanan kesehatan adalah tercapainya kepuasan, harapan dan terpenuhinya kebutuhan pasien, tenaga pemberi layanan dan institusi. Rumah sakit sebagai organisasi padat modal, teknologi dan karya dihadapkan pada tantangan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya yang bersifat multi dimensi dengan berbagai kompleksitas masalah yang menyertai, termasuk masalah keselamatan pasien.



Rumah sakit menjalankan perannya sebagai institusi pelayanan kesehatan dengan tetap memperhatikan seluruh fungsi yang melekat pada rumah sakit selaku organisasi. Fungsi rumah sakit sebagai lembaga yang memberikan pelayanan kesehatan melalui penerapan dan pengembangan dan IPTEK di bidang kesehatan juga disertai dengan kewajiban untuk harus menjalankan fungsi sosialnya dalam memberikan pelayanan. Di sisi lain sebagai lembaga yang menghasilkan produk jasa berupa pelayanan kesehatan, rumah sakit juga harus tetap mempertimbangkan *cost effectiveness* dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diberikan. Rumah sakit seharusnya tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan akan tetapi rumah sakit juga seharusnya mampu memberikan peningkatan derajat kesehatan dengan tetap memperhatikan perlindungan dan keselamatan pasien melalui keseimbangan dari berbagai fungsi diatas (Ilyas, 2004; Undang-undang No. 44 tahun 2009).

Aditama (2002) menjelaskan bahwa rumah sakit dikatakan sebagai organisasi padat karya dikarenakan banyaknya jenis tenaga profesional dan non profesional yang terlibat dalam layanan rumah sakit. Yahya (2006) menyatakan bahwa banyaknya jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, jumlah pasien dan staf rumah sakit yang cukup besar merupakan hal potensial yang dapat menimbulkan terjadinya kesalahan. Sedangkan Lumenta (2008) menyatakan bahwa kompleksitas yang padat pada institusi rumah sakit sangat memungkinkan dan memudahkan terjadinya kejadian yang tidak diinginkan (KTD). Pelayanan di rumah sakit yang sarat dengan teknologi canggih dan kompleksitas prosedur diagnostik serta terapi sangat memungkinkan risiko untuk menciderai pasien (Cahyono, 2008).

Industri rumah sakit termasuk dalam kategori *High Reliability Organizations* (HRO). HRO merupakan organisasi yang memungkinkan untuk menjalankan pelayanan sebaik mungkin walaupun memiliki kompleksitas terkait proses dalam organisasi (Cahyono, 2008; Takagi & Nakanishi, n.d). Rumah sakit yang menyadari kedudukannya sebagai HRO akan mengedepankan peningkatan mutu pelayanan melalui pengembangan program keselamatan

dan lingkungan kerja yang baik untuk membangun budaya keselamatan di kalangan perawat (Hughes, 2008). Walaupun secara obyektif penilaian mutu dapat dilakukan terhadap 5 dimensi berupa *responsiveness, reliability, empathy, assurance, dan tangibles*, namun mutu pelayanan tidak terlepas dari adanya kepuasan pelanggan. Rumah sakit dalam kaitannya dengan HRO seharusnya mengembangkan elemen kunci pengembangan mutu dengan mempertimbangkan lima dimensi mutu di atas dan kompleksitas yang ada untuk mencapai kepuasan pasien dan pemberi pelayanan.

Lumenta (2008) menyatakan bahwa pada dasarnya selama ini proses penjaminan mutu yang dilakukan rumah sakit telah berfokus pada 3 elemen yang ada dalam suatu organisasi rumah sakit, yaitu struktur, proses pelayanan, dan *outcome*. Akan tetapi walaupun sejak tahun 1990 rumah sakit telah melakukan berbagai hal untuk meningkatkan mutu pada 3 elemen penjaminan mutu tersebut melalui pengembangan standar pelayanan rumah sakit, *Quality Assurance, Total Quality Management*, Akreditasi, Audit Medis/*Clinical Indicator* dan lain sebagainya, kenyataan yang ada menunjukkan bahwa di rumah sakit selalu ada kejadian yang tidak diinginkan (KTD).

Pengembangan mutu di rumah sakit telah mengarah pada upaya peningkatan mutu yang berorientasi pada keselamatan. Hughes (2008) menyatakan bahwa langkah awal untuk memperbaiki pelayanan yang berkualitas adalah keselamatan, sedangkan kunci dari pelayanan yang bermutu dan aman adalah membangun budaya keselamatan pasien. Kenyataan yang ada menunjukkan bahwa walaupun komitmen penjaminan mutu telah menjadi prioritas dalam pemberian pelayanan kesehatan, seringkali upaya peningkatan kualitas pelayanan lebih mempertimbangkan aspek bisnis semata. Peningkatan penyediaan dan kelengkapan sarana dan fasilitas rumah sakit lebih menjadi fokus upaya peningkatan mutu sedangkan program-program yang berhubungan dengan keselamatan pasien dan pemberi pelayanan selaku *customer* eksternal dan internal cenderung terabaikan.

Nurrachmach (2001) menyatakan bahwa keperawatan menduduki posisi yang sangat penting dalam sistem pelayanan kesehatan. Salah satu bentuk pelayanan di rumah sakit adalah pelayanan asuhan keperawatan (Kepmendagri No. 1 tahun 2002). Mayoritas pelayanan rumah sakit adalah pelayanan keperawatan (Huber, 2006). Menurut Gillies (1994) bahwa 40-60% pelayanan rumah sakit adalah pelayanan keperawatan. Perbedaan mendasar dari pendapat Huber (2006) dan Gillies (1994) tersebut terletak pada perbedaan aspek yang dijadikan tolok ukur mengenai keberadaan perawat di rumah sakit. Huber (2006) menjadikan penilaian terhadap keberadaan pelayanan keperawatan dibandingkan dengan jenis pelayanan lainnya, sedangkan Gillies (1994) meninjau proporsi tersebut berdasarkan perbandingan antara tenaga keperawatan dengan jenis tenaga kesehatan lain yang ada di rumah sakit.

Pelayanan keperawatan memiliki peran yang besar dalam konteks pelayanan di rumah sakit. Peran yang besar ini tidak hanya dilihat dari perbandingan jumlah tenaga keperawatan dibandingkan tenaga kesehatan yang lain, akan tetapi pelayanan keperawatan juga merupakan pelayanan yang diberikan secara terus menerus dan berkesinambungan. Pelayanan keperawatan diberikan dengan melibatkan tenaga profesional kesehatan lain secara interdependen di mana perawat juga berperan sebagai penanggung jawab utama dalam pelayanan terhadap klien di rumah sakit (Komisi Disiplin Ilmu Kesehatan, 2002).

Pelayanan keperawatan diberikan dengan berorientasi pada tujuan pelayanan keperawatan yang akan dicapai. Pencapaian tujuan pelayanan keperawatan di rumah sakit dipengaruhi oleh aktifitas pelayanan keperawatan yang diberikan kepada klien melalui penerapan asuhan keperawatan untuk pencapaian tujuan layanan kesehatan sesuai tugas, wewenang dan tanggung jawab serta mengacu pada standar profesi (Undang-undang No. 36 tahun 2009 pasal 24). Pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman membutuhkan peran optimal

dari setiap tenaga kesehatan termasuk perawat sebagai tenaga terdepan dalam sistem pelayanan.

Peran optimal perawat dalam pengembangan mutu pelayanan keperawatan telah berkembang dan mengarah pada tuntutan akan kompetensi yang adekuat untuk mendukung gerakan keselamatan pasien. Menurut Mitchell dalam Hughes (2008), perawat merupakan kunci dalam pengembangan mutu melalui keselamatan pasien. *The Institute of Medicine (IOM)* pada tahun 2000 mengemukakan dua peran perawat dalam keselamatan pasien yaitu memelihara keselamatan melalui transformasi lingkungan keperawatan yang lebih mendukung keselamatan pasien dan peran perawat dalam keselamatan pasien melalui penerapan standar keperawatan yang terkini.

Standar kompetensi yang dikembangkan PPNI bekerja sama dengan Depkes dan *Asian Development Bank (ADB)* sebagai hasil *Delphi Process* pada bulan Mei 2007 menggambarkan secara jelas mengenai kompetensi perawat sebagai tenaga profesional dalam pemberian pelayanan keperawatan. Berkaitan dengan hal di atas terdapat 6 dari 12 kompetensi inti perawat yang relevan dengan kontribusi perawat dalam upaya penerapan keselamatan pasien antara lain membangun komunikasi interpersonal dalam mengimplementasikan aktifitas keperawatan, kemampuan untuk mengimplemetasikan prinsip (pencegahan) infeksi nosokomial, menciptakan dan mempertahankan lingkungan keperawatan yang aman melalui penjaminan mutu dan manajemen risiko, menggunakan langkah/tindakan perlindungan untuk mencegah cedera pada klien, memberikan obat secara aman dan tepat, serta mengelola pemberian darah dan produk darah secara aman.

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem ini meliputi: assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan menindaklanjuti insiden serta implementasi solusi untuk mengurangi dan

meminimalkan timbulnya risiko (Depkes, 2008a; Undang-undang No. 44 tahun 2009). Secara khusus telah dirumuskan suatu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan di sarana kesehatan terkait dengan keselamatan oleh Depkes (2008c) yang terdiri dari angka kejadian luka dekubitus, angka kejadian kesalahan pada pemberian obat oleh perawat, angka kejadian pasien jatuh, dan angka kejadian cedera akibat *restrain*.

Keselamatan pasien menjadi isu terkini dalam pelayanan kesehatan terutama dalam pelayanan kesehatan rumah sakit sejak tahun 2000 yang didasarkan atas makin meningkatnya kejadian yang tidak diinginkan (*adverse event*). Program keselamatan pasien telah menjadi isu global dan menjadi bagian dari program kesehatan dunia sejak tahun 2004 setelah World Health Organization (WHO) memulai program tersebut melalui ***World Alliance for Patient Safety***. Pada program ini juga dinyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan prinsip fundamental pelayanan pasien dan merupakan sebuah komponen kritis dalam manajemen mutu (WHO, 2004). Kebijakan mengenai ***Nine Life Saving Patient Safety Solution*** merupakan suatu sistem yang dibuat untuk mencegah/mengurangi cedera pasien dan meningkatkan keselamatan pasien secara lebih nyata (WHO, 2007).

Kebijakan global mengenai keselamatan pasien sangat melibatkan peran organisasi kesehatan dan peran pemberi pelayanan kesehatan termasuk perawat. Perhatian terhadap lingkungan kerja yang positif dan berorientasi pada keselamatan pasien khususnya yang berhubungan dengan profesi perawat telah menjadi hal yang sangat penting. Kebijakan mengenai ***Safe Staffing and Saves Lives*** (ICN, 2006) dan ***Islamabad Declaration on Strengthening Nursing and Midwifery*** (WHO & ICN, 2007) telah disepakati secara global untuk mendukung keselamatan pasien dan sumber daya manusia keperawatan. Peningkatan lingkungan kerja bagi perawat sebagai salah satu aspek yang harus dikembangkan dalam pencapaian ***Safe Staffing and Saves Lives***. Selain itu, kebijakan mengenai ***Positive Practice Environments*** (ICN, 2007) menyatakan bahwa salah satu karakteristik

lingkungan kerja yang positif adalah adanya lingkungan kerja yang aman. Menciptakan lingkungan kerja yang positif perlu didukung oleh kerangka kebijakan yang dapat menjamin kondisi kerja yang aman untuk memberikan jaminan terhadap keselamatan pasien dan pekerja kesehatan selaku komponen utama dalam perspektif penjaminan mutu.

Dukungan terhadap kebijakan global dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan melalui penerapan program keselamatan pasien di Indonesia telah ditindaklanjuti dengan membentuk Komite Keselamatan Pasien RS oleh PERSI pada 1 Juni 2005 yang dilanjutkan dengan pencanangan Gerakan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit oleh Menkes-PERSI pada 26 Agustus 2005. Sejalan dengan hal ini sejak Januari tahun 2008 program keselamatan pasien telah menjadi salah satu bagian dalam standar akreditasi rumah sakit.

Keberadaan Undang-undang No. 44 tahun 2009 mengenai Rumah Sakit yang disahkan pada tanggal 28 Oktober 2009 menjadikan isu keselamatan pasien di Indonesia semakin penting untuk diperhatikan. Undang-undang ini dengan tegas menyebutkan bahwa keselamatan pasien menjadi salah satu asas dalam penyelenggaraan rumah sakit (pasal 2) dan sekaligus juga menjadi salah satu hak pasien selama dalam perawatan di rumah sakit (pasal 32). Pengaturan penyelenggaraan rumah sakit salah satunya adalah bertujuan untuk memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien (pasal 3) dan rumah sakit wajib memenuhi standar keselamatan pasien (pasal 43). Dinyatakan pula bahwa setiap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja salah satunya dengan mengutamakan keselamatan pasien (pasal 13). Selain itu, Undang-undang No. 36 tentang Kesehatan pasal 24 secara jelas menyebutkan bahwa tenaga kesehatan harus memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional. Hal ini berarti bahwa kewajiban tenaga kesehatan untuk menerapkan keselamatan pasien didukung oleh kebijakan

akan pentingnya menerapkan standar yang ada, hak pasien dan kode etik agar pasien berada dalam kerangka pelayanan yang aman.

Kejadian yang tidak diinginkan (*adverse event*) merupakan suatu bentuk kegagalan dalam memberikan pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien. Kajian yang dilakukan di beberapa negara menunjukkan bahwa kejadian yang tidak diinginkan (*adverse event*) masih relatif tinggi. Hasil audit pada rumah sakit di beberapa negara yaitu Amerika, Australia, Denmark, New Zealand, Canada dan Prancis dari tahun 1975 sampai tahun 2002 ditemukan rata-rata KTD sebanyak 38,2% (Emslie, 2005). Hasil penelitian Forster dan Rose (2007) di UGD RS Pendidikan Ottawa Kanada terhadap 399 pasien, didapatkan KTD sebanyak 24 kasus (6%), KTD dapat dicegah sebanyak 17 kasus (71%) dan KTD tidak dapat dicegah sebanyak 6 kasus (25%), serta perpanjangan masa perawatan sebanyak 15 kasus (62%).

Penelitian lain yang dilakukan Dunn, et al (2006) selama 6 tahun terhadap 1612 rekam medis di ICU Anak Royal Children Hospital, Melbourne, didapatkan sebanyak 325 (20%) KTD yang berhubungan dengan operasi, tindakan dan anestesi sebanyak 56,6%, diagnose dan terapi 24%, obat dan penanganan lain 12,6%, dan karena sistem sebanyak 7%. Hasil penelitian Forster et al (2006, dalam Lumenta, 2008) mengenai KTD pasien dari ruang penyakit dalam di beberapa RS pendidikan didapatkan KTD sebanyak 76 kasus (23%) dan sebanyak 72% dari KTD tersebut disebabkan karena obat.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Holloway et al (2007, dalam Lumenta, 2008) mengenai KTD pada pasien stroke di bagian neurologi *University Rochester Medical Center* didapatkan sebanyak 72 kasus (41%) pasien yang mengalami jatuh. Data lain menyebutkan bahwa prevalensi infeksi nosokomial pada perawatan akut di Australia sebesar 4% dan di Belanda sebesar 8-10%. Selain itu menurut studi Evans et al (2001, dalam Lumenta, 2008), insiden jatuh pada RS di Australia sebesar 38% pada tahun 1998. Sedangkan kejadian yang tidak diinginkan yang berhubungan dengan

komunikasi sebagai bagian utama dari *handover* sebesar 65%. Kejadian yang tidak diinginkan dari pengobatan sebesar 38% akibat ketidaktepatan dalam pengelolaan obat-obatan yang sebagian besar diperankan oleh perawat (Bates, 1995). Data diatas secara jelas menunjukkan bahwa telah terjadi KTD di berbagai jenis rumah sakit.

Laporan Insiden Keselamatan Pasien di Indonesia berdasarkan Propinsi menemukan bahwa dari 145 insiden yang dilaporkan sebanyak 55 kasus (37,9%) terjadi di wilayah DKI Jakarta. Sedangkan berdasarkan jenisnya dari 145 insiden yang dilaporkan tersebut didapatkan sebanyak KNC sebanyak 69 kasus (47,6%), KTD sebanyak 67 kasus (46,2%) dan lain-lain sebanyak 9 kasus (6,2%) (Lumenta, 2008). Walaupun data ini telah ada secara umum di Indonesia, kejadian atau catatan yang berhubungan dengan keselamatan pasien di rumah sakit belum dikembangkan secara menyeluruh oleh semua rumah sakit sehingga perhitungan kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien masih sangat terbatas.

Penerapan keselamatan pasien merupakan hal yang sangat kompleks dan tergantung oleh banyak faktor yang berkontribusi. Menurut Cahyono (2008), hambatan yang paling berat dalam penerapan keselamatan pasien adalah bagaimana menciptakan *Safety Culture* sebagai fondasi program keselamatan pasien. Selain kompleksitas yang terjadi dalam suatu organisasi rumah sakit, Lumenta (2008) menyatakan penerapan keselamatan pasien dipengaruhi oleh 5 faktor yaitu (1) faktor individu dan kinerja, (2) faktor lingkungan kerja, (3) faktor pasien, (4) faktor organisasional dan (5) faktor eksternal.

Keselamatan pasien merupakan suatu perubahan budaya yang dipengaruhi oleh *Learning Culture* (Cahyono, 2008). Kondisi individu tidak dapat diubah tetapi berbagai perubahan kondisi kerja individu dapat diupayakan untuk meningkatkan kinerjanya dalam keselamatan pasien. Kondisi kerja yang mengarah pada budaya keselamatan akan mengoptimalkan peran dan kinerja individu dalam mendukung program keselamatan pasien (Yahya, 2006).



Armstrong dan Baron (1998, dalam Wibowo, 2007) menyatakan bahwa kinerja merupakan hasil pekerjaan yang mempunyai hubungan yang kuat dengan tujuan strategis organisasi, kepuasan pelanggan dan memberikan kontribusi ekonomi. Kinerja dapat digambarkan sebagai fungsi proses dari respon individu terhadap ukuran kerja yang diharapkan organisasi yang mencakup desain kerja, proses pemberdayaan serta pembimbingan, dimana keseluruhan aspek kinerja individu meliputi pengetahuan, keterampilan dan kemampuan kerja.

Kinerja perawat dalam lingkup penerapan keselamatan pasien berhubungan erat dengan upaya untuk mencegah dampak KTD terhadap pasien yaitu kematian dan ketidakmampuan yang menetap. Analisis AHRQ (2003, dalam Cahyono, 2008) mengenai akar masalah terhadap 2.966 KTD menemukan sebanyak 55% disebabkan karena masalah orientasi/pelatihan. Considine (2005) berpendapat bahwa salah satu hal yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mencegah KTD beserta dampaknya adalah dengan peningkatan kemampuan perawat untuk melakukan pencegahan dini, deteksi risiko dan koreksi terhadap abnormalitas yang terjadi pada pasien. Schoonhoven, Grobbee, Bousema dan Buskens (2005) mendapatkan bahwa 70% pasien yang mengalami *pressure ulcer* terjadi karena tidak adanya keseragaman persepsi mengenai deteksi risiko terhadap pasien. Hal ini menunjukkan bahwa kinerja perawat secara khusus dalam penerapan keselamatan pasien sangat mempengaruhi KTD.

Sosialisasi program dan kebijakan mengenai keselamatan pasien dalam rangka membangun fondasi keselamatan pasien yang dibutuhkan telah diupayakan secara nasional oleh KPP-RS melalui *road show* di 12 kota besar yang dilanjutkan dengan *workshop* di beberapa rumah sakit di Indonesia. Namun diperlukan pendekatan sistemik dan peningkatan fondasi keselamatan pasien (Lumenta, 2008). Yates (2006) menyatakan bahwa fondasi dan pilar perawatan pasien secara aman terdiri atas teknologi, proses dan sumber daya manusia. Sehubungan dengan hal ini pula salah satu rekomendasi IOM adalah

membangun program pelatihan secara interdisipliner. Despina, Scott dan Rouder (2010) dalam penelitiannya berpendapat bahwa pengembangan riset dalam bentuk intervensi mengenai keselamatan pasien seharusnya diarahkan untuk meningkatkan kemampuan deteksi oleh perawat mengenai tanda-tanda risiko cedera dan dapat meningkatkan keselamatan pasien dalam lingkungan pelayanan yang semakin kompleks.

Pemahaman merupakan tingkatan kedua dari enam tingkatan pengetahuan (Bloom, Hastings & Madaus, 1956). Pemahaman diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan 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 (Notoatmodjo, 2007). Dalam lingkup keselamatan pasien, pengetahuan SDM kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien (Cahyono, 2008).

Peningkatan pengetahuan merupakan dampak yang diharapkan dari adanya pelatihan. Dalam lingkup mutu dan keselamatan, pelatihan merupakan salah satu sarana untuk menambah kebutuhan akan pengetahuan baru dan untuk meningkatkan kinerja individu dan kinerja sistem (Henriksen & Dayton, 2006). Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa program pengembangan staf melalui pelatihan dan pendidikan merupakan program yang efektif untuk meningkatkan produktivitas perawat. Dukungan yang adekuat dalam bentuk pelatihan profesional dan pengembangan pengetahuan merupakan salah satu upaya untuk menciptakan lingkungan kerja yang positif bagi perawat agar asuhan yang aman dapat diberikan (ICN, 2007).

Pelatihan didefinisikan sebagai metode yang terorganisir untuk memastikan bahwa individu memiliki pengetahuan dan keterampilan tertentu dan individu memperoleh pengetahuan yang baik mengenai kewajiban dalam

pekerjaannya. Pengetahuan tersebut dapat meningkatkan kemampuan afektif, motor dan kognitif sehingga akan diperoleh suatu peningkatan produktifitas atau hasil yang baik (Marquis & Huston, 2006). Penelitian yang dilakukan oleh Hennessy, Hicks, Hilan dan Kawonal (2006) terhadap 524 perawat dari 5 provinsi di Indonesia yaitu Sulawesi Utara, Kalimantan Timur, Sumatera Utara, Jawa Barat dan DKI Jakarta menemukan bahwa seluruh responden secara signifikan menyatakan adanya kebutuhan untuk memperoleh pelatihan mengenai tugas dan pekerjaan yang harus dilakukan perawat. Penelitian ini juga secara nyata menemukan bahwa kebutuhan pelatihan lebih besar pada kelompok perawat yang bekerja dalam lingkup rumah sakit.

Hasil kajian yang membahas mengenai keselamatan pasien khususnya terkait dengan peran perawat dalam menerapkan program keselamatan pasien masih sangat terbatas. Penelitian di RS Tugu Ibu yang dilakukan oleh Karmi (2009) bahwa sebagian besar perawat yaitu 80 perawat (58%) memiliki budaya lapor insiden dalam kategori kurang baik dan 58 perawat (42%) memiliki budaya lapor insiden dalam kategori baik. Penelitian ini juga menemukan bahwa faktor yang berhubungan secara signifikan dengan budaya lapor insiden oleh perawat dalam program keselamatan pasien adalah tingkat pengetahuan. Penelitian lain yang menekankan mengenai peran perawat dalam pencegahan KTD adalah Considine (2005) yang menyatakan bahwa disfungsi pernafasan berhubungan dengan peningkatan angka kematian dan membutuhkan peran perawat secara adekuat dalam kondisi emergensi untuk mencegah hal ini menjadi KTD.

Penelitian yang dilakukan oleh Prawitasari (2009) di Rumah Sakit H Jakarta mengenai hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien. Penelitian lain terkait dengan keselamatan pasien dari perspektif pasien yang dilakukan oleh Maryam (2009) di Irna Bedah dan Irna Medik RSU S didapatkan bahwa faktor yang paling berhubungan dengan kepuasan pasien dalam penerapan tindakan

keselamatan pasien oleh perawat pelaksana adalah akurasi pemberian obat pasien.

Hasil penelitian lain mengenai pengaruh pelatihan keselamatan pasien bagi perawat juga masih terbatas. Upaya yang telah dilakukan di RS Tugu Ibu mengenai dampak sosialisasi terhadap staf juga belum disertai dengan evaluasi. Penelitian mengenai dampak pelatihan/edukasi terhadap sekelompok perawat mengenai keselamatan pasien adalah yang dilakukan oleh Ginsburg, Norton, Casebeer dan Lewis (2005) yang dalam penelitiannya mendapatkan hasil yang signifikan secara statistik pada 1 dari 3 aspek pengukuran budaya keselamatan yang dipersepsikan oleh kelompok studi yang memperoleh intervensi pelatihan dan ada kemunduran yang signifikan pada salah satu aspek pengukuran budaya keselamatan yang dipersepsikan oleh kelompok kontrol. Penelitian yang dilakukan oleh Dauer, Kelvin, Horan, dan Germain (2006) mengenai efektifitas pelatihan yang dilakukan terhadap sekelompok perawat onkologi yang memberikan terapi radiasi menyatakan bahwa ada perbedaan signifikan pengetahuan kognitif yang diukur antara pre test dan post test. Selain itu ditemukan pula adanya peningkatan sikap yang positif pada 5 dari 9 area sikap yang dievaluasi.

RS Tugu Ibu merupakan RS swasta tipe B non pendidikan dengan kapasitas 154 tempat tidur dengan jumlah perawat sebanyak 157 orang yang tersebar di 11 ruangan yang meliputi Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, ICU, Instalasi Bedah, Instalasi Kamar Bersalin dan Instalasi Gawat Darurat. Sejak tahun 2007 RS Tugu Ibu telah memiliki Komite Keselamatan Pasien sebagai langkah awal upaya konstruktif dalam rangka penerapan kebijakan mengenai keselamatan pasien sekaligus sebagai antisipasi terhadap makin meningkatnya harapan pelanggan terhadap pelayanan yang bermutu.

Wawancara terhadap tim KKP-RS Tugu Ibu pada bulan Oktober 2009 ditemukan bahwa tenaga keperawatan yang ada di Rumah Sakit Tugu Ibu belum menempatkan pelaporan sebagai salah satu prioritas utama dalam

mendukung penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien yang telah dijadikan sebagai kebijakan. Belum adanya persepsi yang sama tentang pengisian format pelaporan insiden, pemilahan insiden yang belum begitu tepat, dan adanya perasaan takut disalahkan jika melaporkan suatu insiden teridentifikasi sebagai kendala yang ditemukan oleh Tim KKP-RS dalam hubungannya dengan keterlibatan perawat dalam penerapan program keselamatan pasien. Perawat sering kali harus dimotivasi untuk melaporkan insiden yang mereka temukan dan proses pelaporan yang seringkali hanya lisan juga menyulitkan dalam pemantauan terhadap insiden di RS Tugu Ibu. Belum optimalnya nilai-nilai kesadaran dalam membangun budaya keselamatan pasien yang berhubungan dengan peran perawat melalui peningkatan kompetensi dalam mendukung pelaksanaan program keselamatan pasien yang harus terus menerus diingatkan juga merupakan kondisi yang dirasakan harus dibenahi.

Data mengenai KTD di RS Tugu Ibu adalah sebanyak 2 insiden pada tahun 2007 dan sebanyak 7 insiden tahun 2008, sehingga total insiden yang dilaporkan ke KKP-RS Tugu Ibu selama tahun 2007 dan 2008 baru sebanyak 9 insiden. Sedangkan sepanjang tahun 2009 didapatkan sebanyak 20 KNC yang dilaporkan sebagai insiden. Melalui wawancara dengan Tim KKP-RS pada bulan Januari 2010 dikatakan bahwa walaupun komponen manajemen sangat mendukung penerapan keselamatan pasien, ada beberapa hal yang masih belum optimal terkait dengan penerapan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu. Salah satunya berhubungan dengan SOP yang keberadaannya sangat dibutuhkan tetapi saat ini belum ada, misalnya SOP mengenai serah terima hasil laboratorium serta SOP penerimaan dan penyerahan obat dari farmasi ke perawat begitu juga sebaliknya. Akan tetapi dinyatakan pula bahwa penyusunan SOP dimaksud menjadi orientasi yang akan dicapai oleh Tim KKP-RS Tugu Ibu saat ini. Sebanyak 80% dari keseluruhan tenaga yang ada di RS Tugu Ibu telah mendapatkan sosialisasi mengenai program keselamatan pasien yang diberlakukan di RS Tugu Ibu dan untuk tenaga perawat secara keseluruhan belum semuanya memperoleh pelatihan dan

sosialisasi mengenai keselamatan pasien. Sosialisasi yang diberikan masih terbatas pada penekanan terhadap dukungan manajemen dan kewajiban staf untuk menerapkan keselamatan pasien dan belum secara spesifik memberikan gambaran mengenai bagaimana kontribusi individu selaku profesional dalam menerapkan keselamatan pasien.

Berdasarkan wawancara dengan Kepala Bidang Keperawatan pada bulan Januari 2010 mengenai kebijakan keselamatan pasien dikemukakan bahwa salah satu kebijakan yang melibatkan perawat antara lain berupa keharusan bagi kepala ruangan untuk dapat melakukan *grading* dan kepala ruangan dituntut untuk dapat menjadi ujung tombak dalam memotivasi perawat yang ada di ruangan untuk dapat menerapkan program keselamatan pasien secara benar. Keterlibatan perawat dalam upaya menerapkan program keselamatan pasien sering terkendala dikarenakan berbagai faktor. Saat ini yang juga dirasakan sebagai kendala utama dalam penerapan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu adalah hal-hal yang terkait dengan upaya untuk membangun budaya keselamatan dan meningkatkan kesadaran perawat untuk terlibat dalam program keselamatan pasien.

Hasil wawancara dengan 5 perawat pelaksana pada bulan Januari 2010 didapatkan bahwa perawat mengetahui adanya SOP dan memahami program keselamatan pasien yang ditetapkan, akan tetapi perawat merasa belum terbiasa untuk menggunakan format yang disepakati dan belum optimal dalam memahami bagaimana perannya dalam menjaga keselamatan pasien. Belum memadainya pengetahuan yang dimiliki perawat terkait keselamatan pasien merupakan hal yang mereka rasakan sebagai penyebab ketidaktahuan atas konsekuensi perannya selama ini dalam upaya penerapan keselamatan pasien. Alasan beban kerja yang terkadang tinggi saat ada peningkatan BOR juga dikatakan sebagai kendala untuk optimal terlibat dalam upaya penerapan keselamatan pasien, misalnya mencuci tangan dan pencegahan kejadian pasien yang jatuh. Melalui kuesioner yang diisi oleh perawat pelaksana didapatkan sebanyak 83,6% perawat merasakan beban kerjanya terlalu

banyak. Sedangkan perhitungan *turn over* sepanjang tahun 2006 hingga Agustus 2009 didapatkan rata-rata sebesar 43,55% (Yulia, 2009). Hal ini menunjukkan bahwa faktor beban kerja dari aspek pekerjaan dan rasio perawat pasien dirasakan sebagai penyebab terbatasnya peran perawat dalam menerapkan keselamatan pasien.

Wawancara pada bulan Januari 2010 yang dilakukan terhadap perawat mengenai hal-hal yang harus dilakukan perawat dalam menerapkan keselamatan pasien ditemukan bahwa sebanyak 4 dari 5 perawat pelaksana yang diwawancarai mengatakan belum mengikuti pelatihan dan sosialisasi mengenai keselamatan pasien. Informasi mengenai hal-hal penting yang harus diperhatikan perawat terkait keselamatan pasien diperoleh melalui pertemuan rutin yang dilakukan di ruangan, tapi hal ini dirasakan masih belum optimal karena terbatasnya waktu dan kesempatan untuk mengikuti pertemuan tersebut.

Berdasarkan data dan latar belakang di atas menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang mengedepankan keselamatan pasien membutuhkan peran optimal keperawatan. Penerapan keselamatan pasien merupakan suatu hal yang sangat kompleks dan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor. Hal ini berhubungan dengan sifat pelayanan dan asuhan yang diberikan oleh perawat memiliki karakteristik tersendiri. Kontak langsung perawat dengan pasien dalam interaksi yang berlangsung terus menerus dan interdependensi dengan tenaga kesehatan profesional lainnya dalam kerangka kemitraan dan koordinasi menjadikan perawat harus menjalankan peran pentingnya sebagai advokator bagi pasien untuk menjamin keamanan asuhan yang diterima pasien. Berbagai faktor yang mungkin berkontribusi dalam penerapan program keselamatan pasien perlu diantisipasi agar peran perawat dapat lebih optimal dalam menerapkan program keselamatan pasien.

Belum adanya penelitian mengenai pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat mengenai penerapan keselamatan pasien menjadi alasan penting mengapa penelitian ini penting untuk dilakukan. Atas pertimbangan tersebut peneliti tertarik untuk meneliti mengenai 'Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Tugu Ibu Depok'.

## 1.2. Rumusan Masalah

Penerapan program keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan merupakan salah aspek penting dalam mutu pelayanan keperawatan yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan secara keseluruhan di rumah sakit. Hasil kajian menunjukkan bahwa walaupun program keselamatan pasien telah diterapkan tetapi jumlah KTD dan KNC masih tetap ada. Kecenderungan terjadinya KTD dan KNC merupakan fenomena yang perlu diantisipasi agar kondisi yang ada dapat menjamin bahwa pasien selalu berada dalam konteks pelayanan yang aman.

RS Tugu Ibu telah melakukan sosialisasi internal untuk meningkatkan keterlibatan dan kesadaran sumber daya manusia dalam menerapkan program keselamatan pasien. Upaya yang dilakukan berkaitan dengan sosialisasi untuk meningkatkan peran SDM dalam menerapkan keselamatan pasien belum disertai dengan evaluasi terhadap efektifitas sosialisasi dan faktor apa saja yang mungkin mempengaruhi. Upaya tersebut juga belum secara optimal dapat mendukung kontribusi perawat dalam menerapkan keselamatan pasien dan membangun komitmen perawat akan pelayanan keperawatan yang aman.

Pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien mempengaruhi angka kematian dan angka kesakitan pasien. Peningkatan angka kematian yang merupakan bagian dari dampak terhadap keselamatan pasien membutuhkan peran perawat secara adekuat dalam kondisi emergensi untuk mencegah terjadinya KTD. Peran kritis ini juga berhubungan dengan kemampuan



perawat untuk terlibat dalam program keselamatan pasien melalui pencegahan dini dan deteksi risiko.

Peran perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu masih belum optimal dan terkendala oleh banyak hal. Belum optimalnya motivasi dan pemahaman perawat mengenai pentingnya menerapkan keselamatan pasien dalam asuhan yang perawat berikan terhadap pasien merupakan kondisi nyata yang ditemukan di RS Tugu Ibu. Untuk itu diperlukan suatu tindakan nyata untuk meningkatkan peran perawat dalam menerapkan keselamatan pasien melalui pemberian pelatihan mengenai keselamatan pasien.

Secara khusus penelitian mengenai pengaruh pelatihan mengenai penerapan keselamatan pasien bagi perawat masih sangat terbatas. Berdasarkan hal itu peneliti merasa perlu untuk melakukan penelitian yang menggali mengenai pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien. Berdasarkan penjelasan di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

- 1.2.1. Adakah pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Tugu Ibu Depok?
- 1.2.2. Adakah faktor lain yang mempengaruhi pemahaman perawat mengenai penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Tugu Ibu Depok?

### **1.3. Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Tugu Ibu Depok.

### 1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi:

- 1.3.2.1. Karakteristik perawat pelaksana (umur, jenis kelamin, lama kerja, status pernikahan dan status kepegawaian).
- 1.3.2.2. Pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan mengenai keselamatan pasien.
- 1.3.2.3. Pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum dan setelah pelatihan dilakukan pada kelompok eksperimen.
- 1.3.2.4. Perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien pada kelompok eksperimen sebelum dan setelah pelatihan.
- 1.3.2.5. Perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien pada kelompok kontrol sebelum dan setelah pelatihan pada kelompok eksperimen.
- 1.3.2.6. Perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol.
- 1.3.2.7. Perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien setelah mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol.
- 1.3.2.8. Hubungan karakteristik perawat (umur, jenis kelamin, lama kerja, status pernikahan dan status kepegawaian) dengan pemahaman perawat pelaksana setelah diberikan pelatihan mengenai keselamatan pasien
- 1.3.2.9. Faktor yang paling berkontribusi terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien setelah mendapatkan pelatihan.

## **1.4. Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

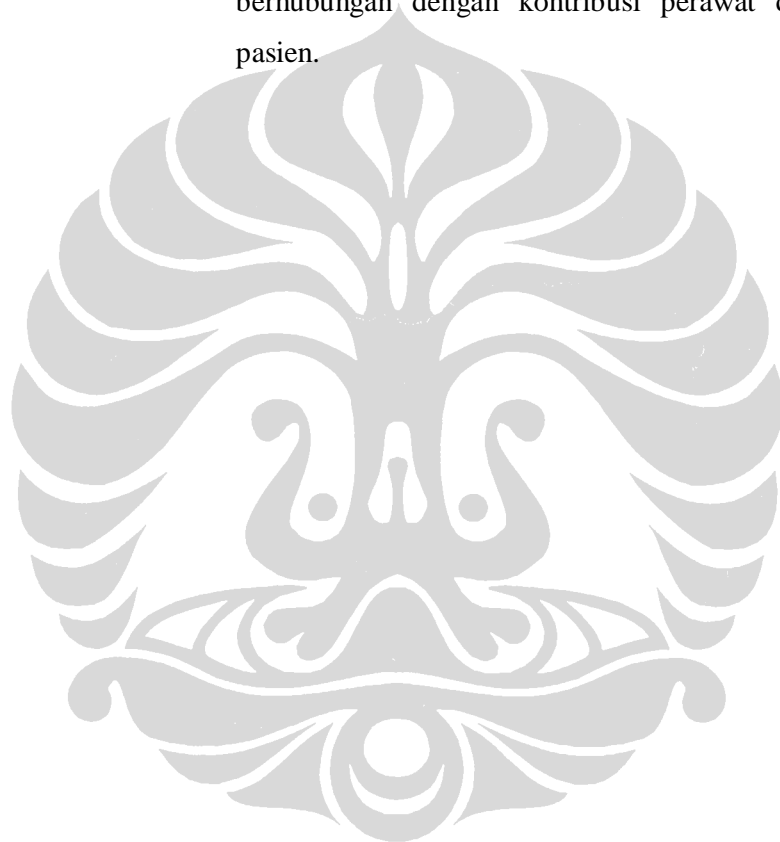
- 1.4.1.1. Hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar mengenai pengaruh pelatihan terhadap pemahaman perawat dalam konteks penerapan keselamatan pasien.
- 1.4.1.2. Hasil penelitian dapat menjadi salah satu bentuk pengembangan model yang dapat diterapkan sebagai salah satu pendekatan untuk meningkatkan pengetahuan perawat dalam lingkup penerapan keselamatan pasien.

### **1.4.2. Manfaat Aplikatif**

- 1.4.2.1. Hasil penelitian ini dapat dikembangkan menjadi tolok ukur indikator pencapaian penerapan keselamatan pasien oleh perawat.
- 1.4.2.2. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber rujukan untuk mengembangkan metode pelatihan dengan menggunakan modul yang teruji efektifitasnya terkait dengan pengembangan SDM dalam lingkup keselamatan pasien.
- 1.4.2.3. Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar untuk menimbulkan kesadaran perawat dan para pengambil kebijakan mengenai pentingnya pemahaman mengenai keselamatan pasien untuk membangun budaya keselamatan.
- 1.4.2.4. Hasil penelitian ini dapat menjadi pengalaman yang berharga bagi peneliti untuk memahami secara lebih komprehensif mengenai pengaruh intervensi edukatif berupa pelatihan terhadap pemahaman perawat dalam penerapan keselamatan pasien di rumah sakit.

### **1.4.3. Manfaat Metodologis**

- 1.4.3.1. Penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dalam menerapkan dan mengembangkan model mengenai pelatihan perawat yang berhubungan dengan keselamatan pasien berdasarkan kajian yang terbukti secara ilmiah.
- 1.4.3.2. Penelitian ini dapat menjadi dasar pengembangan riset baik kualitatif maupun kuantitatif mengenai berbagai aspek yang berhubungan dengan kontribusi perawat dalam keselamatan pasien.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Tenaga kesehatan wajib untuk mematuhi standar profesi dan memberikan pelayanan dengan tetap menghormati dan menjunjung tinggi hak-hak pasien. Pemenuhan hak atas keamanan dan keselamatan, hak atas informasi, hak untuk didengarkan dan hak untuk memilih pelayanan yang diperoleh secara khusus mengarah pada upaya untuk memenuhi kewajiban tenaga kesehatan untuk tidak membahayakan dan merugikan pasien yang telah mempercayakan penanganan kesehatannya terhadap tenaga kesehatan dan rumah sakit.

Keselamatan pasien telah menjadi isu yang penting dalam tatanan institusi rumah sakit. Nilai moral untuk tidak merugikan pasien yang terkandung dalam gerakan keselamatan pasien telah menjadi komitmen global yang harus diterima. Penerapan keselamatan pasien secara adekuat disertai dengan budaya keselamatan pasien yang menjadi fondasi dari setiap pelayanan yang diberikan akan menghasilkan suatu bentuk pelayanan yang bermutu dan berpengaruh pada kepuasan konsumen.

Keberadaan perawat sebagai bagian dari SDM kesehatan yang ada di rumah sakit sebagai profesi yang memiliki waktu interaksi lebih lama dibandingkan dengan profesi lain dalam suatu rumah sakit memiliki peran kritis yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berfokus pada keselamatan pasien. Hal ini didasari oleh pertimbangan bahwa sifat pelayanan dan asuhan yang diberikan oleh perawat memiliki karakteristik tersendiri. Kontak langsung perawat dengan pasien dalam interaksi yang berlangsung terus menerus dan interdependensi dengan tenaga kesehatan profesional lainnya dalam kerangka kemitraan dan koordinasi menjadikan perawat harus menjalankan peran pentingnya sebagai advokator bagi pasien untuk menjamin keamanan asuhan yang diterima pasien.

Peran perawat dalam keselamatan pasien cenderung untuk dipengaruhi oleh berbagai faktor mengingat perawat merupakan salah satu bagian dari pilar asuhan yang aman bagi pasien. Perawat merupakan '*sharp end*' dalam pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien. Keberadaan perawat dalam tim secara efektif sangat menentukan keberhasilan penerapan keselamatan pasien sesuai dengan peran kritisnya dalam melakukan deteksi dini, deteksi risiko, dan koreksi abnormalitas yang terjadi pada pasien dalam rangka pencegahan KTD.

Solusi penerapan keselamatan pasien dan tujuh langkah penerapan keselamatan pasien menjabarkan berbagai hal yang berhubungan dengan peluang, tugas dan tanggung jawab perawat dalam menerapkan program keselamatan pasien. Kebijakan ini juga secara jelas mengarahkan bahwa pelatihan merupakan salah satu strategi dalam tujuh langkah membangun keselamatan pasien di rumah sakit. Berkaitan dengan hal itu pula peran kritis perawat profesional dalam pencegahan terhadap kesalahan dan kejadian nyaris cedera melalui identifikasi *hazard* dan penurunan kondisi pasien sebelum terjadi kesalahan dan KTD membawa konsekuensi mengenai perlunya optimalisasi perkembangan individu perawat melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan secara khusus dalam lingkup keselamatan pasien. Komitmen yang timbul sebagai hasil dari pengetahuan yang dimiliki oleh perawat akan membawa pada perilaku positif untuk mendukung budaya keselamatan pasien.

Penjelasan di atas memberikan gambaran mengenai berbagai konsep penting yang mendukung penelitian ini. Tinjauan teori dalam penelitian ini akan menjelaskan mengenai dasar teori yang berhubungan dengan variabel penelitian yaitu pelatihan dan pemahaman perawat serta relevansinya dengan konsep mutu dan keselamatan pasien.

## 2.1. Keselamatan Pasien

### 2.1.1. Pengertian

*The Institute of Medicine (IOM)* mendefinisikan keselamatan sebagai *freedom from accidental injury*. Keselamatan dinyatakan sebagai ranah pertama dari mutu dan definisi mengenai keselamatan ini merupakan pernyataan dari perspektif pasien (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000, hal.18). Pengertian lainnya menurut CNA (2009) menyatakan bahwa keselamatan pasien adalah mengurangi dan meringankan tindakan-tindakan yang tidak aman dalam sistem pelayanan kesehatan dengan sebaik mungkin melalui penggunaan penampilan praktek yang baik untuk mengoptimalkan *outcome* pasien. Senada dengan hal ini Hughes (2008) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan pencegahan cedera terhadap pasien. Pencegahan cedera didefinisikan sebagai bebas dari bahaya yang terjadi dengan tidak sengaja atau dapat dicegah sebagai hasil perawatan medis. Sedangkan praktek keselamatan pasien diartikan sebagai menurunkan risiko kejadian yang tidak diinginkan yang berhubungan dengan paparan terhadap lingkup diagnosis atau kondisi perawatan medis.

KKP-RS dan Depkes (2008) mendefinisikan bahwa keselamatan/*safety* adalah bebas dari bahaya atau risiko (*hazard*). Keselamatan pasien (*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, cacat, kematian dll), terkait pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem ini meliputi: assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan menindaklanjuti insiden serta implementasi solusi untuk mengurangi dan meminimalkan timbulnya risiko (Depkes, 2008; Undang-undang No. 44 tahun 2009).

Upaya tenaga kesehatan untuk tidak membahayakan dan merugikan pasien yang telah mempercayakan penanganannya terhadap tenaga kesehatan dan rumah sakit dengan didasari oleh standar dan kode etik profesional yang harus ditaati, berhubungan dengan keterkaitan berbagai upaya untuk memenuhi hak pasien atas keamanan dan keselamatan, hak atas informasi, hak untuk didengarkan dan hak untuk memilih pelayanan yang diperoleh (CNA, 2004, 2008). Definisi dari berbagai sumber di atas dapat dirumuskan menjadi suatu kesimpulan mengenai keselamatan pasien. Keselamatan pasien merupakan suatu bagian penting dalam mutu pelayanan yang menekankan pada suatu kondisi yang tidak merugikan pasien, mengurangi dan meminimalkan risiko melalui berbagai upaya sistemik yang berorientasi pada optimalisasi hasil pelayanan yang diterima pasien.

### **2.1.2. Langkah Menuju Keselamatan Pasien**

Lumenta (2008) menyatakan penerapan keselamatan pasien dipengaruhi oleh 5 faktor yaitu (1) faktor individu dan kinerja, (2) faktor lingkungan kerja, (3) faktor pasien, (4) faktor organisasional dan (5) faktor eksternal. Keberadaan kelima faktor ini merupakan hal yang berpengaruh terhadap kemampuan organisasi untuk meningkatkan mutu melalui aspek keselamatan pasien. Sejalan dengan hal ini, pengembangan model untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dalam organisasi dapat juga dilakukan dengan menggunakan teori Burke dan Litwin (Cahyono, 2008). Teori ini merupakan kombinasi pendekatan transaksional dan transformasional untuk organisasi agar dapat lebih menjamin keberhasilan penerapan keselamatan pasien. Aspek yang ada dalam teori ini meliputi:

#### 1) Lingkungan eksternal

Salah satu kekuatan yang dapat dan mampu mengubah orientasi organisasi adalah dorongan yang bersumber dari lingkungan eksternal. Dalam konteks organisasi kesehatan, tekanan eksternal dapat bersumber dari tuntutan penerapan mutu keselamatan pasien (akreditasi),



kompetisi dalam pelayanan, semakin meningkatnya kesadaran masyarakat, dan tuntutan hukum. Hughes (2008) menyatakan bahwa lingkungan eksternal merupakan suatu hal yang sangat dibutuhkan agar organisasi dapat memiliki komitmen tinggi dalam menerapkan mutu melalui keselamatan pasien.

## 2) Kepemimpinan

Pemimpin yang ada harus mampu memahami bahwa tekanan eksternal adalah peluang untuk berubah dalam konteks menuju kearah penerapan keselamatan pasien yang lebih baik. Pemimpin mempunyai tugas untuk membangun visi misi, mengkomunikasikan ide-ide perubahan, dan membentuk strategi serta membentuk penggerak perubahan. Tanpa dukungan yang kuat dari pimpinan organisasi maka keselamatan pasien hanya akan menjadi mitos. Hughes (2008) menyatakan bahwa perawat yang mampu berperan dalam perubahan kepemimpinan untuk menerapkan keselamatan pasien akan mempengaruhi perubahan dalam tatanan organisasi yang diharapkan lebih efektif untuk menerapkan keselamatan pasien.

## 3) Budaya organisasi

Budaya keselamatan pasien merupakan fondasi keselamatan pasien. Mengubah budaya keselamatan pasien dari *blaming culture* menjadi *safety culture* merupakan kata kunci dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Fleming (2006) menyatakan bahwa salah satu strategi untuk mengembangkan budaya keselamatan adalah dengan melibatkan staf dalam perencanaan dan pengembangan budaya keselamatan. Sedangkan menurut teori perubahan, individu, kelompok atau organisasi akan mengalami perubahan atau tidak tergantung pada dua faktor, yaitu faktor kekuatan tekanan (*driving force*) dan faktor keengganan (*resistances*). Perubahan baru akan terjadi jika kekuatan tekanan melebihi kekuatan keengganan (*driving force* lebih besar dari pada *resistances*). *Responsibility* yang diperlukan dalam pemberian

pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien mengarah pada kedua faktor di atas dalam menciptakan budaya keselamatan yang diharapkan.

#### 4) Praktik manajemen

Para manajer baik tingkat bawah, menengah, dan atas bertanggung jawab menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dibuat dan telah disepakati bersama terkait keselamatan pasien di tingkat unit pelayanan masing-masing. Manajer keperawatan bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien yang berhubungan dengan tugas keperawatan. Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa dukungan manajer keperawatan terhadap pelaksanaan keselamatan pasien merupakan hal positif yang sangat bermakna dalam keberhasilan program penjaminan mutu melalui program keselamatan pasien.

#### 5) Struktur dan sistem

Rumah sakit harus membentuk struktur organisasi Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang disertai dengan kelompok kerja, seperti: pokja transfusi, pokja pencegahan kesalahan obat, pokja infeksi nosokomial, dan sebagainya. Ada tiga prinsip perancangan sistem keselamatan pasien yaitu: (1) cara mendesain sistem agar setiap kesalahan dapat dilihat (*making errors visible*), (2) bagaimana merancang sistem agar suatu kesalahan dapat dikurangi (*mitigating the effects of errors*), dan (3) bagaimana merancang sistem agar tidak terjadi kesalahan (*error prevention*). Rumah sakit seharusnya mampu mengakomodasi sistem tersebut agar dapat diimplementasikan secara optimal. Kebijakan di Indonesia telah secara jelas mengatur kedudukan dan peran sistem berupa adanya komite keselamatan pasien baik secara nasional maupun di rumah sakit (Depkes, 2008).

#### 6) Pengetahuan dan ketrampilan individu

Beberapa anggota staf mungkin resisten terhadap perubahan karena kurang pengetahuan dan keterampilan. Beberapa staf lain mendukung keselamatan pasien, tetapi tidak mengetahui apa yang harus dilakukan. Para staf medis, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya perlu mendapatkan pengetahuan dan keterampilan mengenai keselamatan pasien.

Pengetahuan SDM kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien melalui manajemen perubahan terhadap SDM. Jika dihubungkan dengan lingkup perbaikan mutu, Mangkuprawira (2008) menyatakan bahwa inovasi dalam proses perbaikan mutu yang berpotensi menimbulkan perubahan pada manajemen dan staf adalah dalam hal pengetahuan, sikap dan ketrampilan dalam menerapkan teknologi baru.

Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa pengetahuan individu yang diperoleh melalui pelatihan dalam pekerjaannya termasuk dalam upaya pengembangan yang bermakna terhadap tingkat kebutuhan perawat akan pengetahuan. Amstrong, Laschinger dan Wong (2009) menyatakan bahwa pengetahuan dalam konteks keselamatan pasien adalah berkaitan dengan kemampuan individu untuk memahami tugas dan mengenali suatu ide abstrak yang berada dalam konteks keselamatan pasien. Upaya meningkatkan pengetahuan yang dipandang dari segi konstruktivitas merupakan upaya konstruksi kognitif yang tidak hanya terlihat sebagai fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari tetapi pengetahuan yang merupakan hasil proses konstruksi kognitif secara kompleks dalam konteks perilaku (Djaali, 2007).

Rasmussen, Reason dan Norman dalam Cahyono (2008) menyatakan bahwa kontribusi tindakan yang dilakukan individu terhadap kesalahan dan KTD tergantung pada aktifitas kognitif individu. Penyebab individu melakukan kesalahan adalah karena tidak adekuatnya pengolahan sistem informasi dalam sistem kognitif yang dimilikinya. Penguatan sistem kognitif yang adekuat diharapkan secara bermakna dapat mengurangi kesalahan yang mengancam keselamatan pasien. Jika dihubungkan dengan lingkup perbaikan mutu, Mangkuprawira (2008) menyatakan bahwa inovasi dalam proses perbaikan mutu yang berpotensi menimbulkan perubahan pada manajemen dan staf adalah dalam hal pengetahuan, sikap dan ketrampilan dalam menerapkan teknologi baru.

#### 7) Lingkungan kerja, kebutuhan individu dan motivasi

Lingkungan kerja yang kondusif dapat menumbuhkan motivasi kerja dan akan mempermudah implementasi keselamatan pasien, misalnya memperhatikan jam kerja, beban kerja, rasio staf, dan jadwal rotasi jaga, merancang sistem yang dapat meminimalkan keraguan-raguan/kebingungan, mengatur sistem alih tugas secara jelas (*hand-over*), serta menjamin berjalannya supervisi dan komunikasi dalam tim. Pugh dan Smith (1997, dalam Juliani, 2007) menyatakan bahwa motivasi perlu dikelola agar dapat menghasilkan penampilan kerja yang diharapkan rumah sakit.

Pemenuhan kebutuhan individu akan pengembangan peran dan kontribusinya dalam keselamatan pasien melalui peningkatan pengetahuan merupakan upaya untuk membangun motivasi secara adekuat. Juliani (2007) menyatakan bahwa motivasi intrinsik yang diperoleh perawat melalui pemenuhan kebutuhan akan peningkatan pengetahuan akan metode baru dalam pekerjaan perawat dan kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan melalui pendidikan dan pelatihan berpengaruh secara signifikan dengan kinerja perawat

pelaksana. Naswati (2001, dalam Juliani, 2007) menyatakan bahwa terdapat hubungan korelasi yang tinggi antara motivasi dan kinerja. Hasibuan (2002) secara jelas menyatakan bahwa pemenuhan pengembangan diri yang diperoleh akan staf akan mengurangi kecelakaan dan meningkatkan pelayanan.

Strategi yang efektif mengenai penerapan keselamatan pasien sangat dibutuhkan agar program keselamatan pasien menimbulkan hasil nyata dalam menurunkan KTD dan kerugian para penerima dan pemberi jasa pelayanan kesehatan. *The National Patient Safety Agency* (NSPA, 2004a) telah menetapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien untuk membantu penerapan program keselamatan pasien di rumah sakit. Rumah sakit harus merancang proses baru atau memperbaiki proses yang telah ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif adanya KTD dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien (Depkes, 2008). Tujuh langkah ini merupakan hal yang penting jika dihubungkan dengan perawat sebagai aspek esensial dalam lingkungan perawatan pasien (Tingle, 2004). Tujuh langkah menuju keselamatan pasien yang dapat diterapkan dan pada tingkat pelayanan keperawatan adalah sebagai berikut:

2.1.2.1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien dengan menciptakan kepemimpinan dan budaya terbuka dan adil. Langkah penerapannya adalah sebagai berikut:

***Bagi Rumah Sakit***

- Memastikan bahwa rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah-langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien dan keluarga
- Memastikan bahwa rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden

- Menumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit
- Melakukan assesmen dengan menggunakan survey penilaian keselamatan pasien

***Bagi Unit/Tim***

- Memastikan rekan sekerja merasa mampu untuk berbicara mengenal kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden
- Mendemonstrasikan kepada Tim ukuran-ukuran yang dipakai di rumah sakit untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.

Kesadaran akan nilai keselamatan ini dinyatakan oleh Quaid, Thao & Denham (2010) sebagai hasil proses internalisasi pengetahuan mengenai keselamatan pasien.

2.1.2.2. Memimpin dan mendukung staf dengan cara membangun komitmen dan fokus yang kuat dan menjelaskan tentang keselamatan pasien di rumah sakit. Langkah penerapannya:

***Bagi Rumah Sakit***

- Memastikan bahwa ada anggota direksi atau pimpinan yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien.
- Mengidentifikasi di tiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi penggerak dalam gerakan keselamatan pasien.
- Memprioritaskan keselamatan pasien dalam agenda rapat Direksi/Pimpinan maupun rapat-rapat manajemen.
- Memasukkan keselamatan pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit dan memastikan bahwa latihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya.

Adanya pelatihan dalam konteks keselamatan pasien dinyatakan oleh WHO (2008) sebagai upaya kunci terhadap optimalisasi peran SDM kesehatan dalam memberikan asuhan yang aman. Pelatihan keselamatan pasien yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan bagian dari langkah untuk memimpin dan mendukung staf dengan cara membangun komitmen terhadap keselamatan pasien.

***Bagi Unit/Tim***

- Menominasikan penggerak dalam tim, untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien.
- Menjelaskan kepada tim tentang relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi tim dengan menjalankan Gerakan Keselamatan Pasien.
- Menumbuhkan sikap ksatria yang menghargai pelaporan insiden.

2.1.2.3 Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko dengan mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan assesmen hal yang potensial bermasalah. Langkah penerapannya:

***Bagi Rumah Sakit***

- Menelaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan non kritis, serta memastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf.
- Mengembangkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh Direksi/Pimpinan rumah sakit.
- Menggunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan assesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.

**Bagi Unit/Tim**

- Membentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu-isu keselamatan pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait.
- Memastikan bahwa ada penilaian risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko dan mengambil langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut.
- Memastikan bahwa penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan kepada proses assesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.

2.1.2.4. Mengembangkan sistem pelaporan dengan memberi masukan pada staf agar dengan mudah melaporkan kejadian/insiden serta rumah sakit dan mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS). Langkah penerapannya:

**Bagi Rumah Sakit:**

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

**Bagi Unit/Tim**

- Memberikan 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.

2.1.2.5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien dengan mengembangkan cara komunikasi yang terbuka dengan pasien. Langkah penerapan:

**Bagi Rumah Sakit**

- Memastikan bahwa Rumah Sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya.



- Memastikan bahwa pasien dan keluarga pasien mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.
- Memberikan umpan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.

***Bagi Unit/Tim***

- Memastikan bahwa tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila terjadi insiden.
- Memprioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarganya bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada pasien dan keluarganya informasi yang jelas dan benar secara tepat.
- Memastikan bahwa segera setelah kejadian tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

2.1.2.6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien dengan mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian ini timbul. Langkah penerapannya:

***Bagi Rumah Sakit***

- Memastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
- Mengembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) atau *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA) atau metoda analisis lain, yang harus mencakup semua insiden yang telah terjadi dan minimum satu kali pertahun untuk proses risiko tinggi.

***Bagi Unit/Tim***

- Mendiskusikan dalam tim pengalaman dari analisis insiden
- Mengidentifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak dimasa depan dan membagi pengalaman tersebut secara lebih luas.

Terkait dengan hal ini, suatu aktifitas reaktif berupa analisis dengan berbagai metode terhadap kondisi yang terjadi dalam organisasi untuk menyiapkan organisasi dalam menghadapi perubahan tidak terlepas dari kerangka proses penjaminan mutu yang diterapkan dalam suatu organisasi (Rivai dan Sagala, 2009). Jika dibandingkan dengan langkah diatas, langkah untuk belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien dengan mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian ini timbul merupakan suatu upaya yang disiapkan bagi rumah sakit agar dapat efektif dalam melakukan proses perubahan.

2.1.2.7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien dengan menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan. Langkah penerapannya:

***Bagi Rumah Sakit***

- Penggunaan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan assesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi yang tepat.
- Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.
- Melakukan assesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- Mensosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh KKPRS-PERSI.
- Memberi umpan baik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atau insiden yang dilaporkan.

Terkait dengan hal diatas, adanya perspektif sistem dalam kerangka peningkatan keselamatan pasien diyakini sebagai hal yang berkontribusi dalam upaya membangun budaya keselamatan (Cahyono, 2008).

***Bagi Unit/Tim***

- Melibatkan tim dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih aman.
- Menelaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim dan memastikan pelaksanaannya.
- Memastikan tim menerima umpan balik atau setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan

**2.1.3. Mutu dan Keselamatan Pasien**

Keselamatan pasien pada masa sekarang semakin dikenali sebagai suatu prioritas dalam sistem kesehatan di seluruh dunia (WHO, 2007). Sebagai contoh, di Amerika telah ada *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) sebagai penanggung jawab mutu dan keselamatan pasien. Sedangkan di Kanada telah didirikan *Canadian Patient Safety Institute* sejak Desember 2004.

Cahyono (2008) menyatakan bahwa komitmen terhadap program keselamatan pasien di Indonesia masih mengikuti kecenderungan di negara lain. Survey yang dilakukan terhadap 30 rumah sakit se-Indonesia dengan kategori sedang sampai besar dapat disimpulkan bahwa sikap mendukung gerakan keselamatan pasien juga disertai oleh sikap yang mendua. Tekanan eksternal berupa tuntutan untuk menerapkan keselamatan pasien dalam kebijakan mengenai akreditasi rumah sakit dianggap sebagai penyebab kurangnya komitmen rumah sakit untuk menerapkan program keselamatan pasien. Padahal sejak Januari tahun 2008 program keselamatan pasien telah dijadikan sebagai salah satu bagian dalam standar akreditasi rumah sakit. Alasan yang berhubungan dengan sikap ini adalah program keselamatan pasien dianggap merepotkan, belum menjadi prioritas, tidak ada tenaga penggerak atau

karena resistensi yang masih kuat dari kalangan dokter, perawat atau bahkan unsur direksi sendiri Cahyono (2008).

Pada dasarnya mutu terdiri atas dua unsur, yaitu hasil pelayanan yang diharapkan (*outcome*) dan pelayanan yang sesuai dengan standar terkini. Pelayanan yang bermutu dapat diartikan sebagai pelayanan yang telah sesuai dengan standar. Adanya indikator mutu yang berorientasi pada terpenuhinya indikator keselamatan pasien akan menjamin kualitas asuhan dan pelayanan yang diberikan di rumah sakit.

Hubungan antara mutu dan keselamatan pasien terkait dengan kedua unsur di atas menjadi suatu penjelasan mengenai adanya kontribusi proses dalam menciptakan budaya keselamatan. Keselamatan pasien merupakan fondasi dari pelayanan kesehatan yang berkualitas (Hamric, Spross & Hanson, 2009; Cahyono, 2008). Mutu adalah suatu kondisi yang mensyaratkan komponen struktur dan proses berada dalam kondisi terbaik atau sesuai standar. Sedangkan keselamatan pasien merupakan hasil dari komponen proses dan struktur tersebut (Cahyono, 2008). Hal ini berarti bahwa jika proses pelayanan telah sesuai standar dan didukung oleh struktur yang terstandar serta lingkungan yang optimal maka akan menghasilkan pelayanan yang aman.

Pelayanan yang bermutu dan aman merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan. Donabedian (1988, dalam Cahyono, 2008) menyatakan bahwa kualitas pelayanan dapat ditinjau dari tiga sisi yaitu struktur, proses dan hasil. Menurut Wakefield dalam Hughes (2008), ketiga aspek dalam lingkup keselamatan pasien terdiri dari beberapa hal yang penting. Aspek struktural dan hasil terdiri dari staf, pasien dan organisasi. Sedangkan aspek proses terdiri dari tindakan staf dan tindakan pasien. Faktor yang mempengaruhi karakteristik pada aspek struktural terdiri dari kepemimpinan, teknologi, komunikasi, dan sumber finansial.

IOM menetapkan 6 dimensi mutu sebagai tujuan yang ingin dicapai pada abad 21 yaitu keselamatan pasien (*patient safety*), efisiensi (*efficient*), efektif (*effective*), tepat waktu (*timeliness*) berorientasi pada pasien (*patient centered*) dan keadilan (*equity*) (Flynn, 2004; Wakefield dalam Hughes, 2008; Hamric, Spross & Hanson, 2009). Sedangkan Depkes (2008) telah merumuskan Pedoman Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan Klinik di Sarana Kesehatan yang berisi suatu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan di sarana kesehatan terkait dengan keselamatan pasien yang meliputi angka kejadian luka dekubitus, angka kejadian kesalahan pada pemberian obat oleh perawat, angka kejadian pasien jatuh, dan angka kejadian cedera akibat *restrain*.

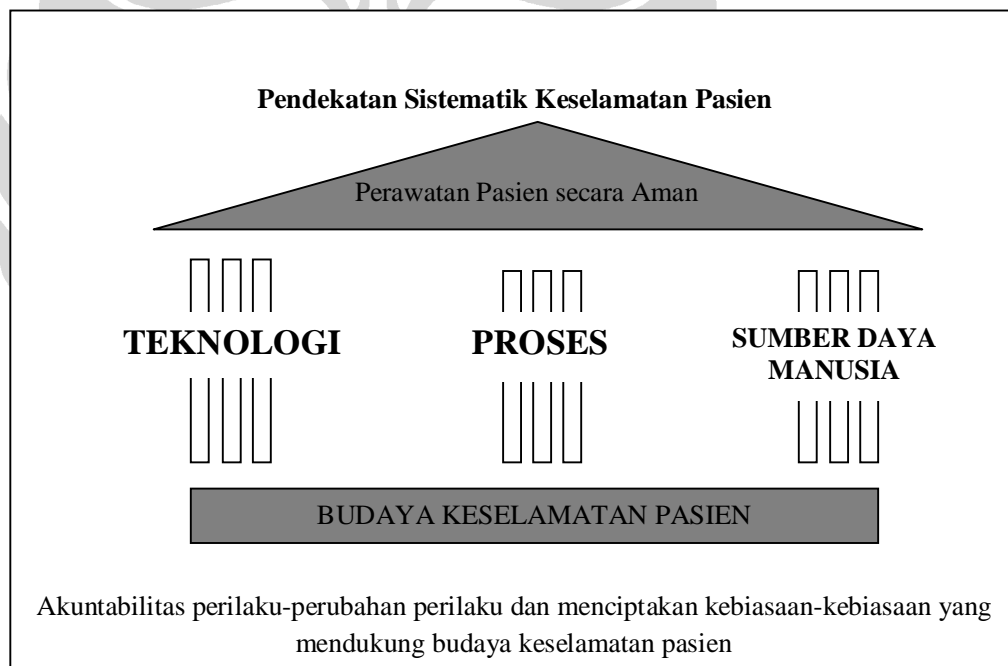
#### **2.1.4. Perspektif Sistem dalam Keselamatan Pasien**

Antusiasme organisasi pelayanan kesehatan untuk menjadi organisasi pembelajar dalam mengembangkan berbagai strategi mengenai penerapan keselamatan pasien sangat dipengaruhi oleh budaya organisasi institusi tersebut. Jika suatu organisasi mengadopsi budaya keselamatan pasien sebagai nilai keselamatan, berarti setiap individu dalam organisasi tersebut bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan secara aman. Nilai-nilai dasar seperti kedisiplinan, ketaatan terhadap standar, prosedur dan protokol yang ada, bekerja dalam tim, dan nilai-nilai kejujuran, keterbukaan, saling menghormati dan menghargai satu sama lain dijunjung tinggi oleh setiap individu. Nilai-nilai tersebut dapat menjadi perekat setiap individu, dikomunikasikan dan diajarkan dari dan ke setiap individu, menjadi aturan yang ditaati serta dapat membentuk kebiasaan dan perilaku individu dalam organisasi (Cahyono, 2008).

Budaya organisasi yang mengarah pada pembentukan kebiasaan dan perilaku individu dalam konteks keselamatan pasien dan upaya membangun budaya keselamatan akan meningkatkan kemampuan organisasi rumah sakit untuk mengembangkan strategi penerapan keselamatan pasien secara adekuat. Hal ini berarti bahwa setiap individu

dalam organisasi bertindak sebagai barrier dalam pelayanan yang dapat berperan optimal dalam program keselamatan pasien.

Terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman tergantung pada kokohnya fondasi budaya keselamatan yang ada dalam suatu organisasi. Kerangka yang digunakan dalam implementasi program keselamatan pasien adalah melalui upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien (*culture of safety*). Kerangka ini disokong oleh tiga pilar yang disebut sebagai fondasi dan pilar perawatan pasien secara aman (Yates, 2006). Secara rinci tiga pilar tersebut adalah sebagaimana yang tergambar dalam Gambar 2.1.



**Gambar 2.1 Fondasi dan Pilar Perawatan Pasien secara Aman**

Sumber: Yates, et al. (2006). Sentara Norfolk General Hospital: Accelerating Improvement by Focusing on Building a Culture of Safety. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30 (10).

Pendekatan sistem merupakan hal penting yang mempengaruhi peran perawat dalam menerapkan keselamatan pasien. Anderson & Webster (2001) menyatakan bahwa pendekatan sistem merupakan hal yang berpengaruh terhadap pengelolaan obat yang aman oleh perawat serta dapat dilakukan melalui pelaporan insiden yang efektif dan tidak berpihak. Walaupun perawat merupakan bagian penting dari '*sharp end*', akan tetapi pendekatan sistem yang lebih baik merupakan hal yang paling efektif untuk mencegah terjadinya kesalahan.

Aplikasi efektif untuk menurunkan terjadinya kesalahan ini antara lain berupa desain ulang lingkungan kerja berdasarkan data insiden, menyadari kekurangan budaya menyalahkan dan pendidikan mengenai sistem pelaporan secara tepat. Pengembangan individu secara berkelanjutan dalam jangka panjang dan peningkatan lingkungan kerja sangat efektif sebagai upaya untuk mempertahankan keselamatan.

Sudut pandang sistem dapat digunakan untuk menggambarkan bagaimana suatu insiden terjadi. Teori James Reason dalam (Cahyono, 2008) yang dikenal dengan Reason "*Swiss Cheese*" *Model of Human Error* banyak dipakai untuk menjelaskan mengenai hal ini. Menurut James Reason, setiap organisasi atau perusahaan (termasuk rumah sakit) pasti menerapkan suatu sistem pengaman atau sistem barrier untuk mencegah terjadinya suatu insiden (KTD). Kerugian atau KTD baru akan terjadi apabila sistem barrier tidak berfungsi atau dilanggar oleh individu yang melakukan kesalahan atau pelanggaran.

Teori Reason (Hughes, 2008) mengibaratkan potongan *swiss cheese* sebagai sistem barrier atau mekanisme pertahanan terhadap kesalahan atau pelanggaran yang dilakukan oleh manusia. Dalam kondisi ideal sistem barrier ini dalam keadaan utuh tanpa lubang. Lubang pada potongan ini dapat diartikan bahwa system barrier ini tidak berfungsi secara optimal. Teori Reason menyebutkan bahwa hampir semua KTD terjadi karena

kombinasi dari faktor laten dan faktor aktif. Kegagalan sistem pertahanan atau sistem barrier, kegagalan aktif berupa faktor manusia yang melakukan pelanggaran, kondisi yang memudahkan terjadinya pelanggaran, dan kondisi laten berupa kegagalan organisasi dan manajemen merupakan rincian dari penyebab KTD secara keseluruhan.

Wujud nyata potongan-potongan tersebut berupa pengaruh organisasi (proses manajemen, kepemimpinan, kebijakan, dan prosedur), pengawasan yang aman, kondisi lingkungan yang mendukung keselamatan pasien (kerjasama tim, peralatan, komunikasi, serta lingkungan yang nyaman dan aman), dan perilaku yang mendukung keselamatan pasien (profesionalisme, disiplin, taat terhadap aturan dan sebagainya). Lubang pada sistem barrier ini dapat memberikan penjelasan bahwa kebijakan dan prosedur keamanan yang tidak tersedia atau tidak ditaati, kinerja tim terganggu, peralatan yang malfungsi karena kurang pemeliharaan, serta kompetensi individual yang berada di bawah standar karena perencanaan pelatihan yang jarang.

Jika dilihat dari perspektif keperawatan maka teori ini memberikan pengertian yang sama mengenai kelemahan-kelemahan dalam pelayanan keperawatan yang mungkin menjadi penyebab terjadinya KTD. Ebright dalam Hughes (2008) menyatakan bahwa mayoritas kesalahan yang dilakukan perawat merupakan hasil dari ketidaksempurnaan dari proses berfikir yang mempengaruhi pengambilan keputusan. Peran perawat yang semakin kompleks, keterbatasan sumber daya, situasi lingkungan yang semakin kompleks serta kurangnya responsibilitas merupakan hal yang mempengaruhi kemampuan perawat untuk melakukan pencegahan kesalahan terhadap pasien.



## **2.2. Keselamatan Pasien dalam Keperawatan**

### **2.2.1. Keselamatan Pasien dan Mutu Pelayanan Keperawatan**

ICN (2002) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan hal mendasar dalam mutu pelayanan dan keperawatan. ICN menyebutkan bahwa peningkatan keselamatan pasien mencakup area yang luas dari kegiatan dalam rekrutmen, pelatihan dan retensi tenaga profesional, pengembangan kinerja, keselamatan lingkungan dan manajemen risiko yang meliputi pengendalian infeksi, keamanan dalam penggunaan obat-obatan, peralatan yang aman, praktek klinik yang aman, lingkungan perawatan yang aman dan mengakumulasikannya dalam sebuah batang tubuh pengetahuan ilmiah yang berfokus pada keselamatan pasien dan infrastruktur yang mendukung pengembangannya. Keperawatan yang mengarah pada keselamatan pasien berada pada seluruh aspek yang ada dalam pelayanan keperawatan. Hal ini mencakup aspek komunikasi dalam kerangka pemberian informasi terhadap pasien dan hal lain yang terkait dengan risiko dan pengurangan risiko serta advokasi terhadap keselamatan pasien dan pelaporan KTD.

Peran penting manajemen keperawatan dalam konteks pengembangan SDM yang berhubungan dengan pelatihan keselamatan pasien tidak terlepas dari pelaksanaan fungsi manajemen dalam mengelola pelayanan keperawatan secara lebih optimal. Fungsi manajemen keperawatan yang berorientasi pada pengelolaan sistem dalam kerangka *planning, organizing, actuating* dan *controlling* terhadap berbagai fenomena yang berhubungan dengan pelatihan keselamatan pasien merupakan suatu proses yang dinamis dan berkesinambungan serta perlu didukung dengan upaya nyata agar hasil yang diperoleh menjadi lebih optimal. Penerapan pendekatan fungsi manajemen dalam pengelolaan manajemen keperawatan yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien menjadi suatu hal yang sangat penting agar strategi pengelolaan keselamatan pasien menjadi lebih efektif.

Berdasarkan hal tersebut maka penerapan fungsi manajemen yang mengacu pada mutu dan keselamatan pasien adalah sebagaimana yang dijabarkan dalam penjelasan berikut (Huber, 2006: Gillies, 1994):

#### **2.2.1.1. Fungsi Perencanaan (*Planning*)**

Landasan dasar dari fungsi manajemen secara keseluruhan adalah fungsi perencanaan. Fungsi manajemen lainnya dapat dilakukan dengan baik jika fungsi perencanaan telah dilaksanakan secara optimal. Penetapan visi, misi dan tujuan organisasi merupakan bentuk nyata fungsi perencanaan yang harus dilakukan oleh seorang manajer keperawatan (Huber, 2006). Terkait dengan hal ini visi, misi dan tujuan organisasi menjadikan manajer dan staf perawat dapat terlibat secara optimal dalam memperbaiki mutu melalui keselamatan pasien. Gillies (1994) menyatakan bahwa perencanaan yang matang diperlukan untuk menghindari kesalahan dan meningkatkan efektifitas kerja. Hal ini secara jelas menyatakan mengenai dampak fungsi perencanaan terhadap keselamatan pasien.

#### **2.2.1.2. Fungsi Pengorganisasian (*Organizing*)**

Pengelolaan sumber daya dalam organisasi (*man, money, methods, machine dan materials*) akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi melalui penerapan fungsi pengorganisasian. Efektifitas fungsi keperawatan dalam organisasi dapat didorong dengan menempatkan keperawatan dalam struktur formal dan informal. Dalam lingkup keselamatan pasien maka pengelolaan efektif sumber daya organisasi yang salah satunya melalui pelatihan terhadap SDM keperawatan serta keterlibatan dalam struktur formal dan informal merupakan aplikasi fungsi pengorganisasian untuk menghasilkan asuhan yang aman.

#### **2.2.1.3. Fungsi Pelaksanaan (*Actuating*)**

Fungsi pelaksanaan lebih menekankan pada upaya untuk mengarahkan dan menggerakkan semua sumber daya manusia untuk mencapai tujuan organisasi. Optimalisasi lingkungan kerja yang diciptakan melalui pengaruh dan dukungan terhadap staf serta adanya komunikasi efektif merupakan upaya yang sangat

dibutuhkan agar staf termotivasi dan bersemangat dalam melakukan pekerjaannya. Pelatihan yang diberikan sesuai kebutuhan staf khususnya terkait keselamatan pasien merupakan hal yang sangat penting untuk menimbulkan kesadaran perawat akan tugas dan tanggung jawabnya dalam mendukung tujuan organisasi untuk menjamin asuhan berkualitas dan aman.

#### **2.2.1.4. Fungsi Pengawasan (*Controlling*)**

Standar keberhasilan program dalam bentuk target, prosedur kerja dan penampilan staf dibandingkan dengan hasil yang mampu dicapai atau mampu dikerjakan oleh staf merupakan hal penting dalam fungsi pengawasan dan pengendalian (Marquis & Huston, 2006). Selain itu supervisi dalam konteks penilaian, pengawasan dan pembinaan terhadap kinerja staf juga merupakan hal yang sangat penting. Jika dikaitkan dengan mutu dan keselamatan pasien maka pelatihan yang ditindaklanjuti dengan pengembangan target, prosedur kerja dan penampilan kerja staf melalui fungsi pengendalian dan pengawasan secara optimal merupakan suatu hal yang sangat penting agar staf dapat secara konsisten menjaga kualitas kerjanya yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.

#### **2.2.2. Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien**

Menurut Mitchell dalam Hughes (2008), perawat merupakan kunci dalam pengembangan mutu melalui keselamatan pasien. Dinyatakan pula bahwa sejak masa yang lalu tanggung jawab perawat terhadap aspek keselamatan pasien telah ada walaupun masih terbatas pada pencegahan kesalahan pemberian pengobatan dan pencegahan pasien jatuh. Considine (2005) berpendapat bahwa salah satu hal yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mencegah KTD beserta dampaknya adalah dengan peningkatan kemampuan perawat untuk melakukan pencegahan dini, deteksi risiko dan koreksi terhadap abnormalitas yang terjadi pada pasien. Peningkatan angka kematian yang merupakan bagian dari dampak keselamatan pasien membutuhkan peran perawat secara adekuat dalam kondisi emergensi untuk mencegah terjadinya KTD.

*Position Statement* mengenai keselamatan pasien yang disampaikan oleh ICN (2002) adalah bahwa keselamatan pasien merupakan hal mendasar dalam mutu pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan. Peningkatan keselamatan pasien meliputi tindakan nyata dalam rekrutmen, pelatihan dan retensi tenaga professional, pengembangan kinerja, manajemen resiko dan lingkungan yang aman, pengendalian infeksi, penggunaan obat-obatan yang aman, peralatan dan lingkungan perawatan yang aman serta akumulasi pengetahuan ilmiah yang terintegrasi serta berfokus pada keselamatan pasien yang disertai dengan dukungan infrastruktur terhadap pengembangan yang ada. Keperawatan mengarahkan keselamatan pasien pada seluruh aspek pelayanan keperawatan. Hal ini mencakup informasi terhadap pasien dan komponen lain mengenai resiko dan cara mengurangi resiko serta mengadvokasi keselamatan pasien dan pelaporan KTD.

CNA (2009) menyatakan bahwa keselamatan pasien bukan hanya merupakan isu yang dibiarkan untuk berkembang dalam keperawatan ataupun merupakan bagian dari apa yang akan dilakukan perawat. Akan tetapi keselamatan pasien merupakan perwujudan dari komitmen perawat terhadap kode etik untuk menjaga keselamatan pasien, kompeten dan etis dalam keperawatan. Keselamatan pasien juga merupakan dasar dalam melakukan asuhan keperawatan dimanapun perawat itu bekerja.

Kontribusi kritis perawat dalam keselamatan pasien adalah kemampuan untuk mengkoordinasikan dan mengintegrasikan berbagai aspek dari mutu dalam pelayanan keperawatan baik yang secara langsung diberikan oleh perawat maupun dengan bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya. Kontribusi ini merupakan faktor yang sangat mungkin mempengaruhi hubungan antara keberadaan staf keperawatan yang kompeten dengan menurunnya komplikasi dan rendahnya angka kematian (Hughes, 2008).

Hughes (2008) menyatakan bahwa perawat merupakan '*sharp end*' atau sisi tajam dari pelayanan yang diberikan terhadap pasien. Contoh konkrit terkait hal ini adalah dalam pengelolaan obat oleh perawat. Pengelolaan obat menyita 40% waktu kerja perawat dan kesalahan dalam pengelolaan obat akan terjadi jika terjadi penurunan konsentrasi dan adanya distraksi, peningkatan beban kerja dan staf tidak berpengalaman.

Sebagian besar kebutuhan perawatan pasien berfokus pada pekerjaan yang dilakukan perawat (Mitchell, dalam Hughes, 2008). Senada dengan hal ini Cahyono (2008) menyatakan bahwa dengan peran dan kontak selama 24 jam terus menerus membuat perawat lebih mengetahui perubahan klinis dan emosi klien serta lebih mengetahui kebutuhan fisik maupun emosional pasien dibandingkan dokter. Di sisi lain berdasarkan riset yang dilakukan AHRQ menyatakan bahwa rumah sakit dengan level staf keperawatan yang rendah cenderung untuk menimbulkan *outcome* pasien yang kurang baik seperti pneumonia, syok, gagal jantung dan infeksi saluran kemih (Stanton, 2004).

Peran perawat dalam keselamatan pasien tergambar dari banyak hal spesifik terkait dengan respon akan kebutuhan keselamatan pasien. Responsibilitas perawat terhadap keselamatan pasien menurut ICN (2002) meliputi:

- 1) Menginformasikan potensial risiko terhadap pasien dan keluarga.
- 2) Melaporkan KTD secara tepat dan tepat kepada pengambil kebijakan.
- 3) Mengambil peran serta yang aktif dalam mengkaji keselamatan dan mutu perawatan.
- 4) Mengembangkan komunikasi dengan pasien dan tenaga profesional kesehatan yang lain.
- 5) Melakukan negosiasi untuk pemenuhan level staf yang adekuat.
- 6) Mendukung langkah-langkah pengembangan keselamatan pasien.
- 7) Meningkatkan program pengendalian infeksi yang tepat.

- 8) Melakukan negosiasi terhadap standarisasi kebijakan dan protokol pengobatan untuk meminimalisir kesalahan.
- 9) Mempertanggungjawabkan profesionalitas dengan melibatkan tenaga farmasi, dokter dan lainnya untuk mengembangkan pengemasan dan penamaan obat-obatan.
- 10) Berkolaborasi dengan sistem pelaporan nasional untuk mencatat, menganalisis dan belajar dari KTD.
- 11) Mengembangkan suatu mekanisme, misalnya melalui akreditasi, untuk menilai karakteristik penyedia layanan kesehatan sebagai standar yang digunakan untuk mengukur kesempurnaan dalam keselamatan pasien.

Perkembangan yang ada telah sampai pada adanya kebijakan mengenai *Nine Life Saving Patient Safety Solution* yang merupakan suatu sistem untuk mencegah/mengurangi cedera pasien dan meningkatkan keselamatan pasien secara lebih nyata (WHO, 2007). Solusi ini diharapkan dapat dijadikan panduan bagi tenaga kesehatan termasuk perawat dalam menerapkan keselamatan pasien dengan pendekatan yang lebih aplikatif sebagaimana yang juga dirumuskan oleh Tim KPP-RS.

Sembilan solusi *Life-Saving* keselamatan pasien rumah sakit ini diharapkan dapat dijadikan sebagai panduan bermanfaat untuk membantu rumah sakit dalam memperbaiki proses asuhan pasien, redesain prosedur/system dan menghindari terjadinya KTD serta menjadi pedoman kinerja dalam meningkatkan penerapan keselamatan pasien (Depkes, 2008). Solusi tersebut meliputi 9 aspek yaitu:

- 1) memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip, 2) mengidentifikasi pasien, 3) melakukan komunikasi secara benar saat serah terima pasien, 4) memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar, 5) mengupayakan pengendalian cairan elektrolit pekat, 6) menjamin akurasi ketepatan pemberian obat, 7) mencegah salah kateter dan salah

sambung slang, 8) menggunakan alat injeksi sekali pakai dan 9) meningkatkan kebersihan tangan.

Peran perawat professional dalam pelayanan yang terintegrasi meliputi pencegahan terhadap kesalahan dan kejadian nyaris cedera melalui identifikasi *hazard* dan penurunan kondisi pasien sebelum terjadi kesalahan dan kejadian yang tidak diinginkan (Considine, 2005). PPNI (2010) juga telah mencantumkan kompetensi yang relevan dengan penerapan keselamatan pasien bagi perawat di Indonesia. Kompetensi tersebut meliputi:

- 1) Menggunakan alat pengkajian yang tepat untuk mengidentifikasi risiko aktual dan potensial terhadap keselamatan dan melaporkan kepada pihak yang berwenang, 2) Mengambil tindakan segera dengan menggunakan strategi manajemen risiko peningkatan kualitas untuk menciptakan dan menjaga lingkungan asuhan yang aman dan memenuhi peraturan nasional, persyaratan keselamatan dan kesehatan tempat kerja serta kebijakan dan prosedur, 3) Menjamin keamanan dan ketepatan penyimpanan, pemberian dan pencatatan bahan-bahan pengobatan, 4) Memberikan obat termasuk dosis yang tepat, cara, frekuensi, berdasarkan pengetahuan yang akurat tentang efek farmakologis, karakteristik klien dan terapi yang disetujui sesuai dengan resep yang ditetapkan, 5) Memenuhi prosedur pencegahan infeksi dan mencegah terjadinya pelanggaran dalam praktek yang dilakukan para praktisi lain, 6) Mengidentifikasi dan merencanakan langkah-langkah khusus yang diperlukan untuk menangani klien di area praktek khusus dalam kondisi bencana.

## **2.3. Pengetahuan/Pemahaman**

### **2.3.1. Pengertian**

Pengetahuan merupakan kepercayaan yang dapat dipertanggungjawabkan serta merupakan sesuatu yang eksplisit dan terpikirkan (Krough, Ichiyo, Nonaka, 2000 dalam Thite, 2004): Cho, 1998, dalam Setiarso, Triyono & Subagyo, 2009). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, setelah individu

melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan merupakan sebuah perubahan yang relatif menetap dalam perilaku yang dihasilkan dari pengalaman (Baron & Greenberg, 2000).

Bloom (1956, dalam Lorio, 2005: Djaali, 2007: Notoatmodjo, 2007) membagi perilaku manusia menjadi 3 domain yaitu 1) kognitif (*cognitive*), 2) afektif (*affective*) dan 3) psikomotor (*psychomotor*). Untuk pengukuran hasil pendidikan, pengetahuan merupakan hasil modifikasi mengenai domain perilaku. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Pengetahuan yang mendasari perilaku akan membuat perilaku tersebut menjadi lebih langgeng (Notoatmodjo, 2007).

Mangkuprawira (2008) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan unsur pokok bagi setiap karyawan untuk merubah perilakunya dalam mengerjakan sesuatu. Sedangkan menurut pendekatan konstruktivitis, pengetahuan bukanlah fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari, melainkan sebagai konstruksi kognitif seseorang terhadap obyek, pengalaman, maupun lingkungannya. Pengetahuan juga dapat dikatakan sebagai suatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena adanya pemahaman-pemahaman baru.

Perbedaan individu merupakan faktor yang mempengaruhi pengetahuan yang diperoleh seseorang. Christal (1989, dalam Morrison, 1991) mendeskripsikan empat sumber perbedaan pengetahuan individu yang merupakan faktor determinan penting dari pengetahuan yang dimiliki individu yaitu: 1) luas pengetahuan, 2) banyaknya kerampilan 3) kapasitas memori yang bekerja, dan 4) kecepatan memproses (memasukkan ke dalam memori, memanggil kembali pengetahuan dari memori jangka panjang, dan melakukan respon motorik). Akan tetapi selain perbedaan individu, ada hubungan erat antara teori belajar dan teori kemampuan seseorang dalam lingkup kemampuan persepsi dan kemampuan kognitif. Sejalan dengan hal



ini Syah (2007) menyatakan bahwa dalam konsep pembelajaran secara kognitif suatu proses belajar merupakan proses mental secara internal dengan mempertimbangkan proses berpikir, menentukan pilihan dan pengambilan keputusan.

Pengetahuan, kemampuan, keterampilan dan kepribadian merupakan bagian dari karakteristik individual yang akan mempengaruhi perilaku organisasi (Baron & Greenberg, 2000). Hasil Riset Delphi Group ditemukan bahwa sebanyak 45% aset pengetahuan tersimpan dalam pikiran staf dalam bentuk pengetahuan dan pengalaman sedangkan sisanya berada dalam dokumen kertas dan dokumen elektronik dalam berbagai bentuk (Setiarso, Triyono dan Subagyo, 2009). Pengetahuan, keterampilan dan kemampuan kerja merupakan bagian dari faktor individu yang berhubungan dengan kinerja secara keseluruhan (Armstrong dan Baron, 1998, dalam Wibowo, 2007). Pengetahuan juga tidak terlepas dari kemampuan seseorang untuk belajar. Menurut Ellis dan Hartley (2000) kemampuan belajar dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, latar belakang sosial dan budaya, tingkat pendidikan, pengalaman hidup dan gaya belajar.

Dalam lingkup keselamatan pasien, pengetahuan SDM kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien. Pengetahuan untuk mendukung *Learning Culture* yang ada dalam suatu organisasi sangat berhubungan dengan perubahan budaya keselamatan pasien. Pengetahuan SDM kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien (Cahyono, 2008).

KTD sangat berhubungan dengan faktor kesalahan manusia sebagai penyebabnya. Kesalahan manusia merupakan kesalahan yang terjadi saat seseorang melakukan aksi atau tindakan. Tindakan seseorang dipengaruhi oleh aktifitas kognitif. Tidak adekuatnya pengolahan sistem informasi dalam

sistem kognitif merupakan penyebab kesalahan manusia yang mengancam keselamatan manusia (Rasmussen, Reason dan Norman dalam Cahyono, 2008).

Teori kognitif yang dikemukakan oleh Rasmussen, Reason dan Norman dalam Cahyono (2008) mengembangkan suatu model perbuatan manusia yang didasarkan pada konsep kognitif. Perbuatan manusia diklasifikasikan dalam tiga kategori yaitu 1) *skill-based level* (didasarkan atas keterampilan), 2) *rule-based level* (didasarkan atas aturan), dan 3) *knowledge based level* (didasarkan atas pengetahuan). Proses analisis secara sadar dalam bentuk berpikir sebelum mengambil suatu keputusan merupakan gambaran kontribusi *knowledge based level* dalam pencegahan suatu kesalahan yang dilakukan manusia. Proses untuk memahami kondisi abnormal yang mengancam kehidupan pasien dengan deteksi risiko dan menentukan langkah koreksi yang tepat dalam lingkup keperawatan maupun dengan melibatkan tenaga kesehatan yang lain merupakan salah satu bentuk kegiatan kognitif dalam tatanan *knowledge based level*.

Rivai dan Sagala (2009) menyatakan bahwa kemampuan staf dalam suatu bidang kerja tidak menjamin bahwa staf tersebut kompeten dan sukses dalam melakukan pekerjaannya. Notoatmodjo (2009) menyatakan bahwa pengetahuan yang menunjang keterampilan perlu diberikan agar staf dapat melakukan tugasnya berdasarkan teori-teori yang dapat dipertanggungjawabkan. Setiarso, Triyono dan Subagyo (2009) menyatakan bahwa budaya lingkungan dalam bentuk nilai dan kepercayaan, motivasi dan komitmen, serta insentif untuk upaya berbagi pengetahuan dalam organisasi merupakan suatu hal yang penting dalam program pengelolaan pengetahuan dalam organisasi. Sedangkan Suryabrata (2005) secara jelas mengemukakan bahwa *testee* perlu diberikan kurun waktu tertentu untuk menghadapi alat tes yang bertujuan mengukur kapasitas pengetahuan yang mereka dimiliki.

Berbagai perubahan termasuk dalam aspek pengetahuan merupakan tujuan pelatihan yang diberikan terhadap staf. Perubahan perilaku yang didasari pada perubahan kemampuan kognitif individu dipengaruhi oleh banyak hal antara lain proses emosional, internal dan pribadi. Kombinasi pengalaman dan konseptualisasi merupakan kondisi pembelajaran yang paling baik bagi staf (Gillies, 1994).

Morrison (1991) secara jelas mengemukakan bahwa efektifitas ingatan terhadap obyek pelatihan dapat dioptimalkan dengan melakukan pelatihan lanjutan. Dinyatakan pula bahwa variasi interval retensi pengetahuan pada staf setelah mendapatkan pelatihan berkisar antara 1 menit sampai dengan 1 tahun dengan rata-rata selama 6 bulan. Hal ini berarti bahwa dengan mempertimbangkan interval retensi pengetahuan ini maka perlu dilakukan pelatihan lanjut dalam kurun waktu tidak lebih dari 6 bulan untuk mengoptimalkan pencapaian kognitif staf melalui pelatihan.

Penjelasan di atas memberikan gambaran bahwa kemampuan kognitif seseorang sangat mempengaruhi kemampuan individu tersebut dalam melakukan tindakan yang tidak menimbulkan risiko terhadap keselamatan pasien. Penguatan pada aspek kognitif memiliki dasar penjelasan mengenai pentingnya mengkaji lebih jauh pengaruh intervensi kognitif berupa pelatihan dalam meningkatkan kemampuan individu untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman.

### **2.3.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi dan berhubungan dengan beberapa faktor penting. Uraian mengenai faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut:

#### **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 di 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 (Notoatmodjo, 2007).

Berdasarkan penelitian Chan (2009) menyatakan bahwa pengalaman kerja perawat secara signifikan berhubungan dengan pengetahuan perawat untuk melakukan hal-hal yang berhubungan dengan pekerjaannya. Sedangkan Amira (2008) menemukan bahwa tidak ada perbedaan hasil pelatihan pada perawat pelaksana dengan lama kerja yang berbeda-beda dan menemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan peningkatan kinerja setelah pelatihan.

## 2) Tingkat Pendidikan

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 (Notoatmodjo, 2007). Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Chan (2009) dalam penelitiannya yang menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan perawat mengenai hal-hal yang ada dalam pekerjaannya.

## 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 (Notoatmodjo, 2007). Berlawanan dengan hal ini, penelitian yang dilakukan oleh Saxer, de

Bie, Dassen dan Halfens (2009) menemukan bahwa keyakinan tidak berhubungan dengan pengetahuan perawat.

#### 4) Fasilitas

Fasilitas yang berfungsi sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, televisi, majalah, koran, dan buku (Notoatmodjo, 2007).

#### 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 (Notoatmodjo, 2007).

#### 6) Sosial Budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu (Notoatmodjo, 2007).

#### 7) Umur

Umur mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah umur akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik (Djaali, 2007). Pada umur madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju umur tua, selain itu orang umur madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada umur ini. Chan (2009) menyatakan bahwa umur perawat berhubungan secara signifikan dengan pengetahuan perawat. Selain itu Nuryanti (1996) yang membuktikan bahwa umur juga dapat dihubungkan dengan motivasi untuk mengikuti pendidikan

dan pelatihan, dimana perawat yang berumur kurang dari 30 tahun menunjukkan motivasi yang lebih tinggi dibandingkan dengan perawat yang berumur lebih dari 30 tahun.

#### 8) Status pernikahan

Hubungan spesifik antara pengetahuan dan status pernikahan secara langsung dari berbagai literatur belum pernah ditemukan. Akan tetapi berkaitan dengan status pernikahan Cherniss (1980, dalam Gunawan & Wibowo, 2004) menyatakan bahwa status pernikahan merupakan salah satu faktor dalam kehidupan individu diluar pekerjaan yang dapat mempengaruhi reaksi atau perilaku individu yang berhubungan dengan pekerjaan. Siagian (2006) menyatakan bahwa status perkawinan berpengaruh terhadap perilaku karyawan dalam kehidupan organisasinya, baik secara positif maupun negatif.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Indraswati (2008) menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan pengetahuan perawat setelah mengikuti pelatihan. Hal ini berarti bahwa jika dihubungkan dengan aspek tanggung jawab seseorang terhadap pekerjaannya maka dalam penelitian ini perlu dibuktikan mengenai hubungan status pernikahan dengan pemahaman perawat tentang suatu hal yang berhubungan dengan pekerjaannya.

#### 9) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu (Notoatmodjo, 2007). Sedangkan Djaali (2007) menyatakan bahwa diperlukan pengaruh lingkungan untuk mendukung perkembangan reaksi individu terhadap objek material yang dihadapi.

#### 10) Motivasi

Upaya pengelolaan pengetahuan staf yang bertujuan pencapaian pengembangan individu dalam organisasi berhubungan dengan motivasi dimana penerahan potensi dan daya manusia dengan jalan menimbulkan dan menumbuhkan keinginan yang tinggi serta kebersamaan dalam menjalankan tugas (Djaali, 2007). Menurut penelitian Hadiyati (2008) dikemukakan bahwa status kepegawaian merupakan faktor *hygiene* yang menimbulkan motivasi karyawan. Sebaliknya, penelitian yang dilakukan Riyadi & Kusnanto (2007) menemukan bahwa tidak ada hubungan antara status kepegawaian dengan motivasi perawat. Motivasi untuk belajar tentang hal-hal yang ada dalam pekerjaan karyawan mempengaruhi kemauan staf untuk meningkatkan prestasi dan kinerja yang berhubungan dengan tugas dan tanggung jawab yang dipelajari karyawan dari pekerjaannya.

#### 11) Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan karakteristik individu yang tidak berhubungan secara langsung dengan pengetahuan. Robbins (2001) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang jelas antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dalam meningkatkan pengetahuan walaupun kemampuan analisa laki-laki lebih baik dibandingkan perempuan. Kemampuan penyelesaian masalah, dorongan, kompetitif, motivasi dan kemampuan belajar pada laki-laki maupun perempuan adalah sama. Nuryanti (1996) mendapatkan bahwa walaupun terdapat hubungan jenis kelamin dengan motivasi perawat untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan melalui pelatihan akan tetapi tidak ada perbedaan yang besar antara motivasi perawat laki-laki dan perempuan untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan.

Belum ditemukan penelitian yang secara khusus menggali hubungan antara status kepegawaian dengan pengetahuan perawat, akan tetapi Lusiani (2006) menyatakan bahwa pengaruh status kepegawaian terhadap kinerja berhubungan dengan persepsi staf mengenai besarnya penghargaan yang

diterima oleh staf pada masing-masing kelompok status kepegawaian. Nuryanti (1996) membuktikan bahwa motivasi perawat untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan pada pegawai dengan status kepegawaian yang berbeda berhubungan dengan keinginan untuk mengalami peningkatan jenjang karir dan peningkatan pendapatan. Penjelasan di atas menjadi dasar pertimbangan ditetapkannya status kepegawaian dan jenis kelamin sebagai faktor yang juga diperhitungkan dalam penelitian ini. Hubungan antara status kepegawaian dan jenis kelamin terhadap pemahaman perawat mengenai keselamatan pasien akan memberikan gambaran sejauh mana keinginan staf laki-laki dan perempuan yang berstatus pegawai tetap maupun kontrak untuk mempelajari hal baru dalam lingkup penerapan keselamatan pasien.

### 2.3.3. Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif memiliki 6 tingkatan (Bloom, Hastings & Madaus, 1956; Djaali, 2007; Lorio, 2005; Notoatmodjo, 2007). Tingkatan pengetahuan tersebut adalah sebagai berikut:

#### 1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sebuah materi yang telah dipelajari sebelumnya. Mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima merupakan kondisi yang termasuk dalam pengetahuan tingkat ini. Menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan merupakan kata kerja yang digunakan untuk mengukur tingkat tahu yang dimiliki seseorang.

#### 2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah paham terhadap terhadap objek



atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

### 3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi juga dapat diartikan sebagai penggunaan metode atau prinsip. Dapat menggunakan prinsip pemecahan masalah merupakan salah satu contoh pengukuran tingkat tahu pada tingkat aplikasi.

### 4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen yang berada dalam satu struktur organisasi serta masih ada kaitannya satu sama lain. Menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan dan mengelompokkan merupakan kata kerja yang dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan pada tingkat analisis.

### 5) Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam bentuk keseluruhan yang baru atau menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada merupakan penjelasan mengenai sintesis. Menyusun, merencanakan, meringkaskan, dan menyesuaikan terhadap teori yang telah ada merupakan kata kerja yang dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan pada tingkat sintesis.

### 6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada. Menanggapi, membandingkan, dan menafsirkan merupakan kata kerja yang dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan pada tingkat evaluasi.

Meningkatkan pengetahuan dasar mengenai keselamatan bagi segenap pemberi pelayanan sangat perlu ditanggapi secara positif. Hal ini didasari oleh pertimbangan bahwa kesalahan yang terjadi dalam konteks keselamatan pasien tidak dapat terlepas dari faktor individu. Ebright dalam Hughes (2008) menyatakan bahwa kemampuan perawat untuk membuat suatu keputusan yang akurat dan logis serta pengaruhnya terhadap keselamatan pasien berhubungan dengan faktor yang kompleks meliputi pengetahuan dasar dan faktor sistem. Tingkatan kebutuhan perawat akan keselamatan tergantung pada lingkungan praktek, pengetahuan staf mengenai kondisi pasien dan risiko keselamatan yang potensial serta sumber yang mendukung dalam fasilitas yang tersedia di rumah sakit (Hamric, Spross & Hanson, 2009).

Jika dihubungkan dengan konsep pemahaman yang merupakan tingkatan kedua dalam pengetahuan, pemahaman merupakan aspek yang penting diperhatikan dalam suatu proses belajar. Kemampuan untuk memahami menunjukkan bagaimana individu menggunakan pengetahuannya untuk mengenali sesuatu yang baru ide yang abstrak. Memahami sesuatu akan membuat individu menyadari akan tugasnya melalui pesan yang disampaikan. Pengetahuan akan suatu objek yang dimiliki seseorang akan mempermudah pemahaman walaupun dipengaruhi pula oleh kapasitas kognitif dan makna informasi yang disampaikan (Reed, 2000).

Selain itu jika ditinjau dari aspek pengelolaan SDM secara umum ditemukan bahwa pengetahuan staf harus dikelola sehingga organisasi perlu merencanakan dan mengimplementasikan program pengelolaan pengetahuan staf (Setiarso, Triyono dan Subagyo, 2009). Tetapi jika dilihat dari sudut pandang keselamatan pasien, Henriksen, Joseph, dan Zayas-Caban (2009) menyatakan bahwa keterbatasan pengetahuan SDM memiliki peran penting dalam menyebabkan keterbatasan institusi pelayanan untuk mengelola pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien.

### **2.3.4. Pengukuran Pengetahuan**

Pengukuran pengetahuan bertujuan untuk mengukur kecerdasan kognitif atau kapasitas mental untuk memperoleh pengetahuan dasar sebagai akumulasi dari proses belajar melalui berbagai sumber yang memungkinkan (Bernardin, 2003). Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan memberikan seperangkat alat tes/kuesioner yang dikembangkan tentang objek pengetahuan yang akan diukur (Lohman dan Bosma, 2002).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan domain yang akan diukur (Notoatmodjo, 2003).

Pemahaman dalam konteks keselamatan pasien telah dikembangkan dalam rumusan yang terintegrasi dan terkait dengan kompetensi perawat dalam menerapkan keselamatan pasien (PPNI, 2010) mengenai standar profesi dan kode etik keperawatan, WHO (2004, 2007) mengenai tujuh langkah keselamatan pasien dan sembilan solusi penerapan keselamatan pasien serta KKP-RS dan Depkes (2008a) mengenai pedoman penerapan keselamatan pasien.

## **2.4. Pelatihan**

### **2.4.1. Pengertian**

Pelatihan merupakan proses secara sistematis bagi individu untuk mendapatkan dan mengembangkan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk kinerja yang lebih baik (Baron & Greenberg, 2000). Bernardin (2003) menyatakan bahwa pelatihan merupakan upaya untuk mengembangkan kinerja staf dalam pekerjaannya atau yang berhubungan dengan pekerjaannya. George & Jones (2002) menyatakan bahwa pelatihan memiliki makna efektif untuk meningkatkan kemampuan karyawan.

Pelatihan merupakan bagian pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan keterampilan di luar sistem pendidikan yang berlaku dalam waktu yang relatif singkat. Keterampilan yang dimaksud dalam hal ini adalah keterampilan dalam berbagai bentuk antara lain *physical skill*, *intellectual skill*, *social skill*, dan *managerial skill* (Rivai dan Sagala, 2009). Pelatihan juga merupakan teknik yang dipilih untuk meningkatkan kualitas, efisiensi, dan kinerja staf. Marquis & Huston (2006) mendefinisikan pelatihan sebagai metode yang terorganisir untuk memastikan bahwa individu memiliki pengetahuan dan keterampilan tertentu dan mereka memperoleh pengetahuan yang baik mengenai kewajiban dalam pekerjaannya. Pengetahuan tersebut dapat meningkatkan kemampuan afektif, motor dan kognitif sehingga akan diperoleh suatu peningkatan produktifitas atau hasil yang baik.

Baron & Greenberg (2000) menyatakan bahwa pelatihan digunakan untuk menyiapkan karyawan baru menghadapi tantangan dalam pekerjaannya. Pelatihan juga dapat meningkatkan keterampilan karyawan yang telah ada. Robbins (2003) menyatakan bahwa pelatihan merupakan sebuah model yang bertujuan untuk mengambil perhatian peserta terhadap apa yang dipelajari, mengembangkan motivasi, membantu peserta menerapkan apa yang telah mereka pelajari, memberikan kesempatan untuk mempraktekkan perilaku yang baru, serta memberikan penghargaan positif terhadap prestasi karyawan. Dessler (1997) menyatakan bahwa dewasa ini pelatihan tidak hanya ditujukan untuk mempersiapkan agar staf menjadi efektif, akan tetapi juga bertujuan untuk penguasaan dan penerapan tugas secara khusus.

Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa program pengembangan staf melalui pelatihan dan pendidikan merupakan program yang efektif untuk meningkatkan produktifitas perawat. Cahyono (2008) menyatakan bahwa dampak kegiatan kognitif yang diperoleh seseorang melalui pelatihan adalah berupa proses pengambilan keputusan yang semakin baik sehingga seseorang akan terhindar untuk melakukan kesalahan. Hal ini berarti bahwa

kontribusi kegiatan kognitif karena pelatihan yang diikuti seseorang dapat juga berdampak pada penurunan potensi tuntutan karena pelanggaran kode etik, disiplin dan hukum.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa pelatihan merupakan proses sistematis dan terorganisir untuk mempengaruhi produktivitas, kinerja dan pekerjaan staf secara efektif serta penguasaan suatu hal yang khusus yang menjadi kewajiban dari pekerjaan yang dimiliki oleh staf.

#### **2.4.2. Manfaat Pelatihan**

Pelatihan secara umum berhubungan dengan proses belajar yang mengarah pada perubahan perilaku. Spence (1956, dalam Morrison, 1991) menyatakan bahwa teori belajar melalui pelatihan yang berorientasi pada perilaku dikembangkan untuk melakukan analisis formal dalam perubahan perilaku tersebut. Terdapat dua metode prinsip dalam teori belajar yaitu instruksi verbal dan demonstrasi. Aspek penting pada kemampuan belajar ini terkait dengan bentuk hasil pengetahuan yang diberikan. Teori *Law of Response by Analogy* yang dikemukakan oleh Thorndike dalam Suryabrata (2008) menyatakan mengenai kecenderungan individu untuk bereaksi dan menampilkan respon terhadap hal tertentu yang dihadapinya. Reaksi yang terjadi dari intervensi pelatihan yang diberikan dapat diharapkan sebagai pendorong tercapainya kemampuan yang optimal.

Pengembangan staf yang sering dihubungkan dengan pelatihan mengarah pada adanya manfaat desain pembelajaran dalam pelatihan untuk membantu pertumbuhan staf. Pelatihan yang efektif adalah pelatihan yang mencakup dan mempertimbangkan pengalaman belajar, menjadi aktifitas terencana dari organisasi serta didesain sebagai respon terhadap suatu kebutuhan. Untuk itu seharusnya organisasi menawarkan program pelatihan yang bervariasi untuk menemukan dan memenuhi kebutuhan organisasi akan hal tersebut. Sejalan dengan hal ini Mc.Cutcheon et. al. (2006)

merekomendasikan bahwa SDM keperawatan memiliki kebutuhan yang besar untuk mendapatkan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan dalam berbagai jenjang untuk mendukung penerapan keselamatan pasien.

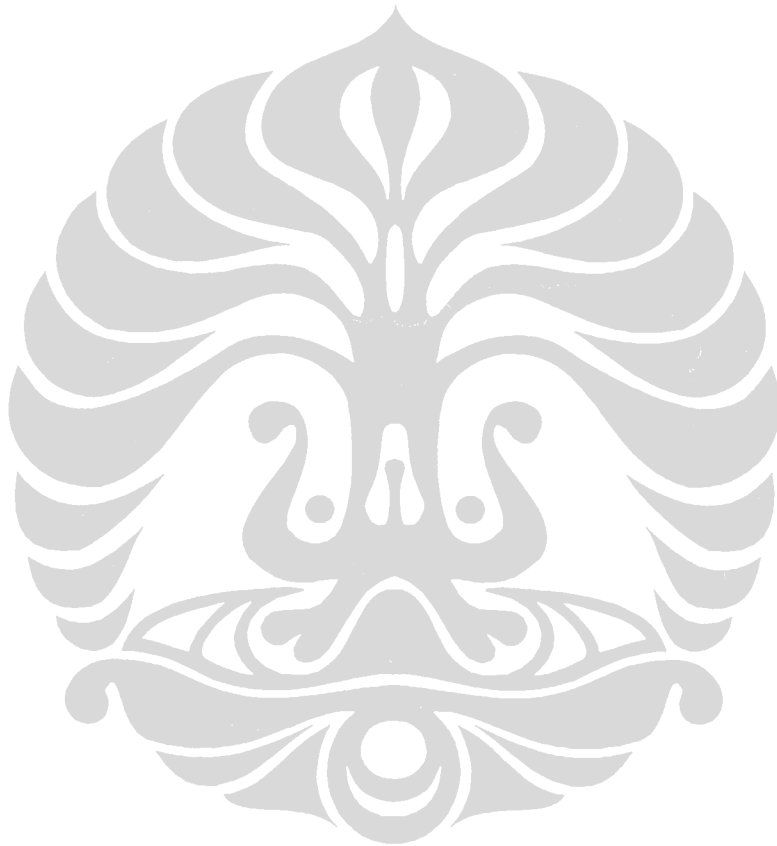
Pelatihan memiliki nilai kemanfaatan yang sangat besar baik dari aspek staf maupun organisasi. Rivai dan Sagala (2009) menyatakan bahwa transfer ilmu pengetahuan yang dipelajari oleh staf dalam pekerjaannya berhubungan dengan kinerja staf selanjutnya. Selain itu manfaat dari pelatihan dan pengembangan terhadap organisasi adalah meningkatkan kualitas dan kuantitas output, menurunkan biaya limbah dan perawatan, menurunkan jumlah dan biaya kecelakaan, dan meningkatkan kepuasan kerja. Manfaat lain yang dapat diperoleh staf melalui pelatihan adalah berupa tanggung jawab dan prestasi yang lebih dapat diinternalisasi, meningkatnya pengetahuan, keterampilan dan sikap serta membantu menghilangkan rasa takut menghadapi tugas baru. Sikap yang lebih positif terhadap orientasi yang akan dicapai oleh organisasi dan sikap moral yang lebih baik juga dirasakan sebagai manfaat oleh organisasi.

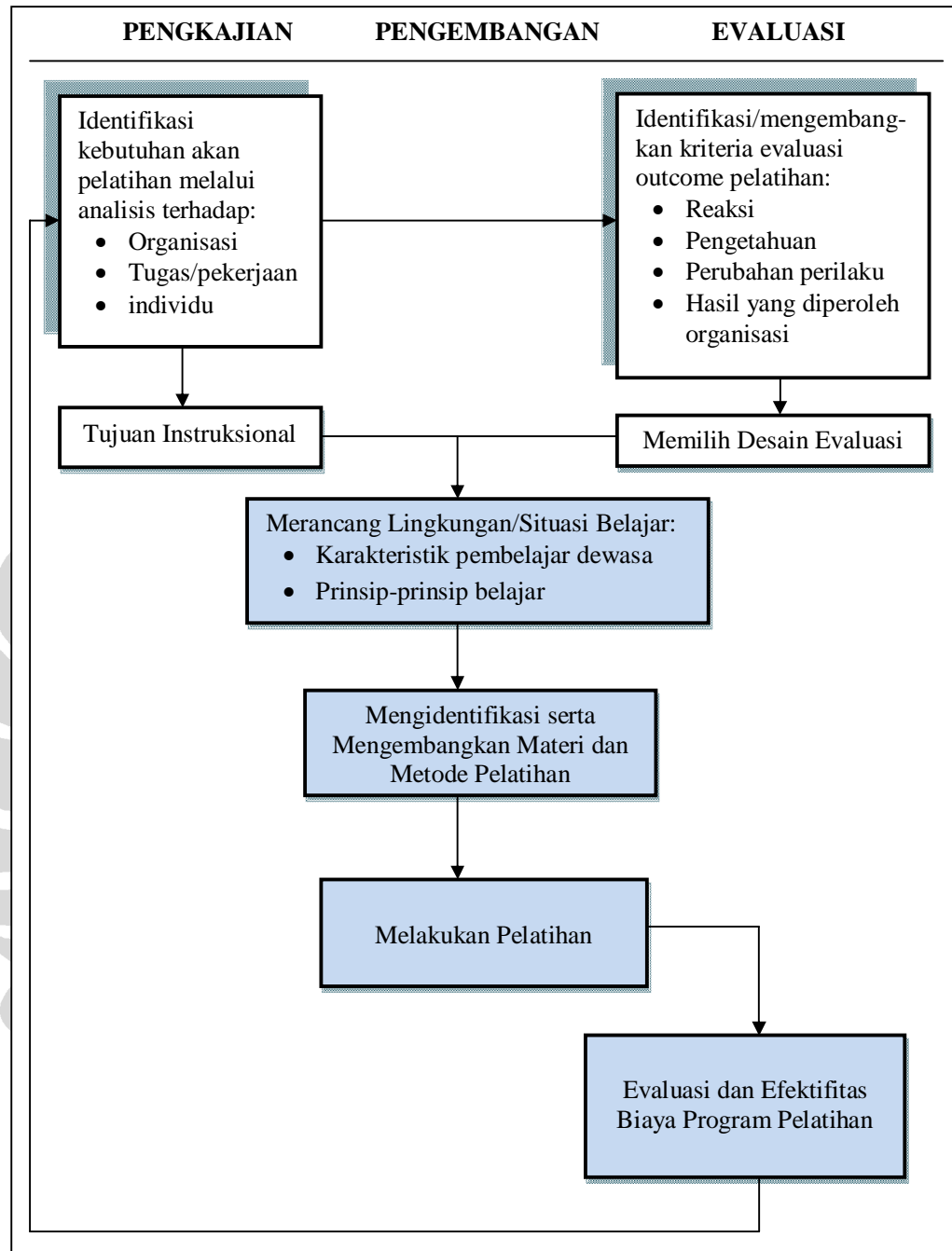
Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa seseorang akan belajar lebih cepat jika mereka memperoleh informasi mengenai perkembangannya dalam proses belajar dengan pertimbangan bahwa individu perlu menyadari perkembangannya. Gillies (1994) menyatakan bahwa pembelajaran dalam pelatihan merupakan fenomena aktif daripada pasif. Hasil pembelajaran dalam pelatihan juga akan lebih efektif jika staf diberikan kesempatan untuk menerapkan fungsi tertentu.

Staf yang mendapatkan pelatihan perlu diberikan umpan balik atau hasil pengetahuan yang diperoleh dari pelatihan yang diterima agar staf dapat mengembangkan kinerjanya dengan lebih baik (Bernardin, 2003). Fakta yang ada memperlihatkan bahwa adanya pelatihan dipandang secara positif oleh staf. Bernardin (2003) menuliskan hasil survey yang menunjukkan rata-rata dua pertiga staf memandang bahwa pelatihan yang diterima staf

bermanfaat dan membantu kinerja staf dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya.

Proses mendasar dari suatu pelatihan meliputi tiga langkah utama yang terdiri dari pengkajian, pengembangan dan evaluasi. Secara rinci gambaran sistem model pelatihan sebagaimana yang dideskripsikan dalam Gambar 2.2 berikut:





**Gambar 2.2 Sistem Model Pelatihan**

Sumber: Bernardin, H.J. (2003). *Human Resources Management: An Experiential Approach*, hal. 166.



Pelatihan dalam lingkup mutu dan keselamatan merupakan salah satu sarana untuk menambah kebutuhan akan pengetahuan baru dan untuk meningkatkan kinerja individu dan kinerja sistem (Henriksen & Dayton, 2006). Dukungan yang adekuat dalam bentuk pelatihan profesional dan pengembangan pengetahuan merupakan salah satu upaya untuk menciptakan lingkungan kerja yang positif bagi perawat agar asuhan yang aman dapat diberikan (ICN, 2007). Sedangkan kunci dari program pelatihan yang efektif terdiri atas partisipasi, pengulangan, pergantian pelatihan dan umpan balik (Baron & Greenberg, 2000).

Mayoritas KTD terjadi akibat kegagalan sistem (Cahyono, 2008). CNA (2009) menyatakan bahwa upaya untuk menganalisis dan menurunkan KTD lebih efektif ketika suatu kejadian dilihat sebagai suatu kegagalan sistem. Mengacu pada pendekatan sistem dalam memandang program keselamatan pasien tersebut maka pelatihan merupakan aspek yang mendukung pilar sumber daya manusia dalam membangun fondasi keselamatan pasien. Salah satu rekomendasi IOM untuk memperkuat dukungan sumber daya manusia adalah membangun program pelatihan secara interdisipliner. Terkait dengan pelatihan mengenai keselamatan pasien, WHO (2009) mengemukakan bahwa salah satu area riset yang menjadi prioritas untuk dikembangkan dalam lingkup keselamatan pasien adalah yang berhubungan dengan tidak adekuatnya kompetensi pelatihan dan keterampilan. Pertanyaan riset dasar yang perlu dikembangkan adalah apakah pemberi pelayanan profesional telah dilatih secara profesional dan telah melakukan serta mengkaji pasien dengan disertai pelaporan KTD dan kesalahan medis.

Kebijakan yang dikeluarkan oleh The NPSA (2004) mengenai langkah-langkah menuju keselamatan pasien, terlihat bahwa pelatihan merupakan bagian yang penting dari tujuh langkah yang ditetapkan. Memasukkan keselamatan pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit yang disertai pengukuran terhadap efektivitasnya adalah rincian dari langkah untuk memimpin dan mendukung staf dengan cara membangun komitmen

dan fokus yang kuat serta menjelaskan tentang keselamatan pasien di rumah sakit. Pelatihan yang diberikan juga merupakan bentuk dukungan dan kepemimpinan terhadap staf serta upaya untuk membangun komitmen dan fokus bagi semua tenaga kesehatan yang terlibat dalam penerapan keselamatan pasien (ICN, 2002). Sejalan dengan hal ini Amstrong (1999) menyatakan bahwa pelatihan yang berorientasi pada pengembangan manajemen mutu merupakan suatu hal yang penting dalam program peningkatan komitmen.

Tantangan perubahan pada abad 21 adalah mengorganisasi dan mengelola sumber daya manusia. Pelatihan akan memungkinkan organisasi kesehatan untuk memberikan pelayanan yang luar biasa terhadap pasien dan mempertahankan sumber-sumber nilai yang dimiliki organisasi. Laporan IOM pada tahun 2004 dalam Wise dan Kowalski (2006: 396) mengidentifikasi lima bentuk praktek manajemen yang sangat esensial meliputi: 1) keseimbangan antara efisiensi dan tantangan, 2) menciptakan dan membangun kepercayaan, 3) mengelola proses perubahan, 4) melibatkan staf dalam pengambilan keputusan mengenai desain kerja dan alur kerja serta 5) membangun organisasi yang pembelajar. Penerapan kelima hal tersebut secara konsisten akan berdampak pada budaya yang optimal untuk menjamin keselamatan pasien.

Mayoritas pelatihan mengenai keselamatan pasien berfokus pada risiko, regulasi dan peraturan mengenai keselamatan serta perilaku yang aman. Organisasi yang mengedepankan keselamatan dalam pekerjaan staf akan memperoleh keuntungan dari pelatihan yang dilakukan. Hasil penelitian mengenai pelatihan keselamatan yang pernah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat peningkatan sebanyak lebih dari 20% perilaku yang mengarah pada keselamatan (Bernardin, 2003).

Pelatihan sebagai salah satu bentuk dukungan terhadap pengembangan kinerja perawat telah terbukti menjadi salah satu metode yang efektif dan diinginkan oleh mayoritas perawat. Penelitian yang dilakukan oleh Hennessy, Hicks, Hilan dan Kawonal (2006) terhadap 524 perawat dari 5 provinsi di Indonesia yaitu Sulawesi Utara, Kalimantan Timur, Sumatera Utara, Jawa Barat dan DKI Jakarta menemukan bahwa seluruh responden secara signifikan menyatakan adanya kebutuhan untuk memperoleh pelatihan mengenai tugas dan pekerjaan mereka. Kebutuhan pelatihan secara signifikan lebih besar dirasakan oleh kelompok perawat yang bekerja dalam lingkup rumah sakit.

Pelatihan yang ditujukan pada staf dirancang dengan mempertimbangkan proses belajar dalam kegiatan pelatihan. Robbins (2003) menyatakan bahwa pola penerimaan pengetahuan dan pembelajaran yang ada dalam kegiatan pelatihan staf merupakan hal yang penting untuk diperhatikan dalam proses pemberian pelatihan. Dalam konteks keselamatan pasien, adanya internalisasi pengetahuan ke dalam nilai-nilai individu mengenai keselamatan pasien merupakan hal yang harus diupayakan serta menjadi dasar untuk belajar dari kejadian melalui diskusi mengenai kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien.

Kajian yang dilakukan di beberapa negara mengenai pelatihan yang ditujukan bagi perawat dalam konteks keselamatan pasien menunjukkan bahwa pengembangan dan penerapan program keselamatan pasien telah didasari atas *evidence* yang terbukti secara ilmiah. Ginsburg, Norton, Casebeer dan Lewis (2005) mengemukakan hasil penelitian yang signifikan secara statistik pada 1 dari 3 aspek pengukuran budaya keselamatan yang dipersepsikan oleh kelompok studi yang memperoleh intervensi pelatihan dan ada kemunduran yang signifikan pada salah satu aspek pengukuran budaya keselamatan yang dipersepsikan oleh kelompok kontrol. Penelitian yang dilakukan oleh Dauer, Kelvin, Horan, dan Germain (2006) mengenai efektifitas pelatihan yang dilakukan terhadap sekelompok perawat onkologi

yang memberikan terapi radiasi menemukan bahwa ada perbedaan signifikan pengetahuan kognitif yang diukur antara *pre test* dan *post test* serta adanya peningkatan sikap yang positif pada 5 dari 9 area sikap yang dievaluasi.

Despins, Scott dan Rouder (2010) dalam penelitiannya berpendapat bahwa pengembangan riset dalam bentuk intervensi mengenai keselamatan pasien seharusnya diarahkan untuk meningkatkan kemampuan deteksi oleh perawat mengenai tanda-tanda risiko cedera dan dapat meningkatkan keselamatan pasien dalam lingkungan pelayanan yang semakin kompleks. Dinyatakan pula bahwa teori mengenai deteksi terhadap risiko pasien dapat dijadikan sebagai rancangan pengembangan pelatihan untuk mengembangkan kemampuan dan ketrampilan perawat dalam melakukan deteksi risiko pasien. Berkaitan dengan hal ini, dalam Cahyono (2008) dinyatakan bahwa walaupun di Indonesia telah dilakukan upaya sosialisasi mengenai keselamatan pasien, kebutuhan akan informasi yang adekuat dan spesifik mengenai kontribusi perawat dan tenaga kesehatan lainnya tetap menjadi faktor penentu dalam menciptakan budaya keselamatan pasien.

Uraian di atas memberikan gambaran bahwa upaya untuk melibatkan SDM keperawatan dalam program keselamatan pasien secara spesifik telah mengarah pada pentingnya melakukan pelatihan yang berfokus pada deteksi risiko pasien dan peningkatan peran perawat dalam menciptakan budaya keselamatan pasien. Penelitian ini dilakukan dengan mempertimbangkan berbagai kajian di atas dan berfokus pada penilaian terhadap pengaruh perlakuan berupa pelatihan terhadap pemahaman perawat yang dilihat dari perbedaan pemahaman antara kelompok eksperimen dan kelompok pembanding. Berbagai kajian yang telah dikemukakan sebelumnya secara jelas menggambarkan mengenai hubungan antara pelatihan dengan pemahaman dan penerapan. Pelatihan merupakan sarana untuk mencapai pemahaman yang adekuat dan penerapan keselamatan pasien sangat ditentukan dari adanya komitmen untuk menerapkan budaya keselamatan.

Beberapa hasil penelitian yang membahas mengenai pelatihan dan pengetahuan menunjukkan bahwa pelatihan dapat dipilih sebagai metode untuk mengembangkan staf. Juslida (2001) menemukan perbedaan nilai rata-rata pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum intervensi (nilai kelompok intervensi lebih tinggi daripada nilai kelompok kontrol). Selain itu didapatkan pula bahwa terdapat perbedaan nilai rata-rata pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah intervensi (nilai rata-rata kelompok intervensi makin jauh melebihi kelompok kontrol) dan pada kelompok intervensi didapatkan perbedaan nilai rata-rata sebelum dan setelah intervensi.

Kirana (2007) yang menemukan bahwa ada perbedaan kemampuan kognitif perawat secara signifikan pada kelompok intervensi sebelum dan setelah diberikan pelatihan sedangkan Indraswati (2008) membuktikan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan perawat sebelum dan setelah mendapatkan pelatihan melalui pengukuran sebelum, selama dan setelah pelatihan.

#### **2.4.3. Jenis Pelatihan**

Jenis pelatihan yang dapat dikembangkan oleh organisasi dapat menjadikan prinsip belajar dalam pelatihan menjadi lebih efektif (Marquis & Huston, 2006; Rivai dan Sagala, 2009). Berikut merupakan metode yang dapat digunakan dalam pengembangan SDM berdasarkan teknik dan prinsip belajar yang terkandung dalam berbagai jenis pelatihan yaitu:

##### ***1. On the job training***

*On the job training* merupakan pelatihan dengan instruksi pekerjaan dimana pekerja ditempatkan dalam situasi riil di bawah bimbingan staf yang berpengalaman atau seorang supervisor. Evaluasi dan umpan balik merupakan hal penting yang dilakukan oleh supervisor agar pekerja pada

akhirnya dapat melakukan pekerjaannya dengan baik. Bentuk lain dari *On the job training* adalah rotasi kerja dan magang.

Rotasi kerja merupakan suatu teknik pelatihan dimana peserta pelatihan dipindahkan dari tempat kerja yang satu ke tempat kerja lainnya. Partisipasi peserta pelatihan dan tingkat transfer pekerjaan yang tinggi merupakan manfaat belajar dalam rotasi kerja yang efektif.

Jika dibandingkan dengan rotasi kerja maka magang merupakan program yang memiliki aspek rancangan kurang begitu cermat dibandingkan dengan rotasi kerja. Magang ditangani oleh supervisor atau manajer dan bukan oleh departemen SDM. Walaupun demikian, partisipasi, umpan balik dan transfer pekerjaan lebih tinggi dalam jenis pelatihan ini.

## 2. *Off the job training*

Beberapa pendekatan yang tercakup dalam *off the job training* antara lain adalah ceramah kelas, *case study*, simulasi, praktek laboratorium, *role playing* dan *behavior modeling*. Berikut merupakan penjelasan terkait hal tersebut yaitu:

### a. Ceramah Kelas

Ceramah merupakan pendekatan yang sering digunakan karena mengandalkan komunikasi daripada memberi model. Umpan balik dan partisipasi peserta dengan metode ini dapat meningkat dengan adanya diskusi selama ceramah.

### b. *Case Study*

Metode kasus adalah metode pelatihan yang menggunakan deskripsi tertulis dari suatu permasalahan riil yang dihadapi oleh perusahaan atau perusahaan lain. Identifikasi masalah, memilih solusi dan mengimplementasikan solusi tersebut merupakan proses yang dikelola agar staf dapat mengambil keputusan melalui pengembangan keahlian dalam pengambilan keputusan.

c. Simulasi

Simulasi dilakukan dengan melibatkan simulator yang mengandalkan aspek-aspek utama dalam situasi kerja. Pelatihan dengan menggunakan teknik ini umumnya digunakan untuk melatih staf karena tidak diperkenalkannya *trial* dan *error* dalam pengambilan keputusan.

d. Praktek Laboratorium

Pelatihan dengan pendekatan praktek di laboratorium dirancang untuk meningkatkan keterampilan interpersonal. Selain itu juga dapat digunakan untuk membangun perilaku yang diinginkan untuk tanggung jawab staf selanjutnya. Pengalaman berbagi perasaan, perilaku, persepsi dan reaksi merupakan hasil pelatihan dengan pendekatan ini.

e. *Role playing*

Role playing adalah metode pelatihan yang merupakan perpaduan antara metode kasus dan pengembangan sikap. Masing-masing peserta dihadapkan pada suatu situasi dan diminta untuk memainkan peranan dan bereaksi terhadap peserta yang lain. Kesuksesan metode ini tergantung pada kemampuan peserta untuk memainkan peranannya sebaik mungkin.

f. *Behavior Modeling*

Metode ini memungkinkan suatu proses psikologis dengan pembentukan pola baru dan meninggalkan pola lama. Proses belajar terjadi melalui observasi dan imajinasi melalui pengalaman orang lain dalam rangka meningkatkan keahlian interpersonal.

## 2.5. Kerangka Teori Penelitian

Pelayanan bermutu dan aman merupakan hasil yang diharapkan oleh segenap penerima jasa pelayanan kesehatan. Pelayanan yang bermutu dapat dilihat dari pencapaian atas indikator mutu yang ditetapkan. IOM mengembangkan 6 dimensi mutu dalam pelayanan yaitu keselamatan pasien (*patient safety*), efisiensi (*efficient*), efektif (*effective*), tepat waktu

(*timeliness*) berorientasi pad pasien (*patient centered*) dan keadilan (*equity*) (Flynn, 2004; Wakefield dalam Hughes, 2008; Hamric, Spross & Hanson, 2009).

Donabedian (1988, dalam Cahyono, 2008) menyatakan bahwa kualitas pelayanan dapat ditinjau dari tiga sisi yaitu struktur, proses dan hasil. Hal yang sama dikemukakan oleh Wakefield dalam Hughes (2008) yang menyatakan ada 3 aspek yang mempengaruhi keselamatan pasien yaitu struktur, proses dan hasil. Berkaitan dengan hal ini Depkes (2008) merumuskan indikator klinik mutu pelayanan keperawatan di sarana kesehatan yang berhubungan dengan keselamatan pasien yaitu angka kejadian luka dekubitus, angka kejadian kesalahan pada pemberian obat oleh perawat, angka kejadian pasien jatuh, dan angka kejadian cedera akibat *restrain*.

Keselamatan pasien merupakan sistem yang terdiri atas assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko, pelaporan dan analisis insiden, belajar dan menindaklanjuti insiden serta implementasi solusi untuk meminimalkan risiko (Depkes, 2008a; Undang-undang No. 44 tahun 2009). *Reason "Swiss Cheese" Model of Human Error* (Cahyono, 2008) menyatakan bahwa KTD dapat terjadi karena kombinasi dari faktor laten dan faktor aktif. Kegagalan sistem pertahanan atau sistem barrier, kegagalan aktif berupa faktor manusia yang melakukan pelanggaran, kondisi yang memudahkan terjadinya pelanggaran, dan kondisi laten berupa kegagalan organisasi dan manajemen merupakan rincian dari penyebab KTD secara keseluruhan. Pengaruh organisasi (proses manajemen, kepemimpinan, kebijakan, dan prosedur), pengawasan yang aman, kondisi lingkungan yang mendukung keselamatan pasien (kerjasama tim, peralatan, komunikasi, serta lingkungan yang nyaman dan aman), dan perilaku yang mendukung keselamatan pasien (profesionalisme, disiplin, taat terhadap aturan dan sebagainya) merupakan rincian dari model sistem yang mempengaruhi terjadinya KTD.



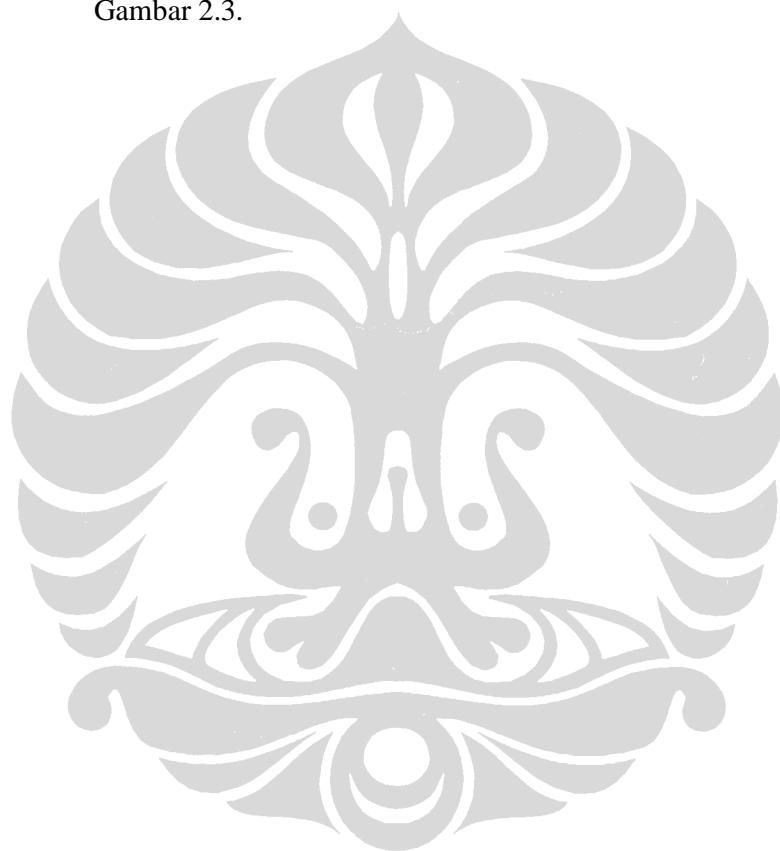
Lingkungan eksternal, kepemimpinan, budaya organisasi, praktek manajemen, struktur & sistem, tugas dan ketrampilan individu, lingkungan kerja, serta kebutuhan individu dan motivasi merupakan aspek penting untuk pengembangan model peningkatan mutu dan keselamatan pasien dalam organisasi (Burke dan Litwin dalam Cahyono, 2008). Upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien (*culture of safety*) disokong oleh tiga pilar yaitu teknologi, proses dan SDM sebagai pilar dari fondasi perawatan pasien secara aman (Yates, 2006). Akselerasi penerapan program keselamatan pasien dapat dicapai melalui penerapan kebijakan global mengenai tujuh langkah keselamatan pasien dan sembilan solusi keselamatan pasien (WHO, 2004).

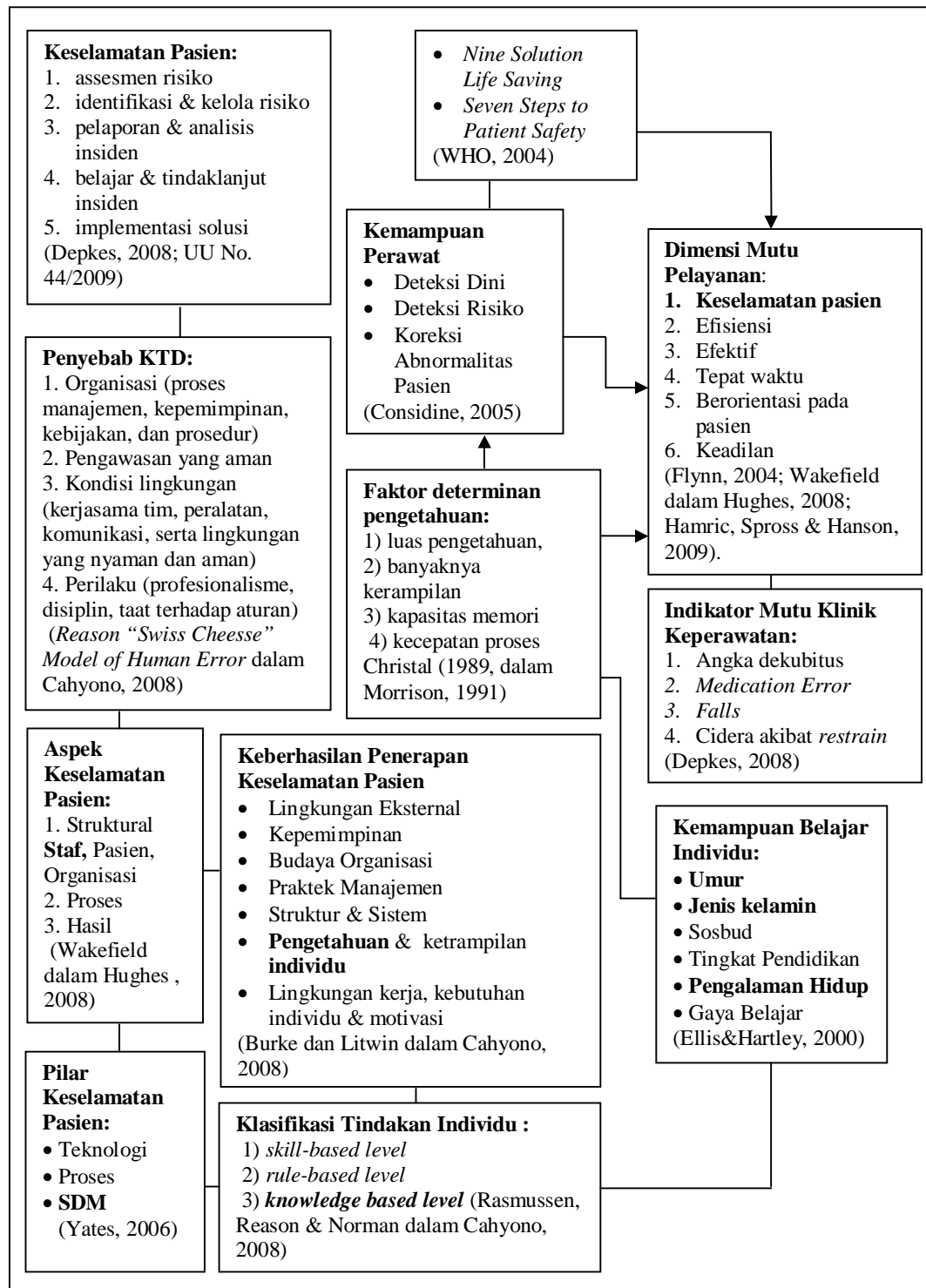
Berkaitan dengan kondisi SDM sebagai pilar pendukung budaya keselamatan pasien, Considine (2005) menyatakan bahwa peningkatan kemampuan perawat untuk deteksi dini, deteksi risiko dan koreksi abnormalitas pasien dapat meningkatkan peran perawat selaku SDM di rumah sakit dalam mencegah terjadinya KTD beserta dampaknya. Pemahaman perawat mengenai keselamatan pasien sebagai variabel dependen juga berhubungan dengan faktor internal yang ada dalam individu. Pendapat Christal (1989, dalam Morrison, 1991) mengenai sumber perbedaan pengetahuan individu yang merupakan faktor determinan penting dari pengetahuan yang dimiliki individu yaitu: 1) luas pengetahuan, 2) banyaknya kerampilan 3) kapasitas memori yang bekerja, dan 4) kecepatan memproses (memasukkan ke dalam memori, memanggil kembali pengetahuan dari memori jangka panjang, dan melakukan respon motorik).

Teori kognitif yang dikemukakan oleh Rasmussen, Reason dan Norman dalam Cahyono (2008) mengklasifikasikan tindakan individu dalam tiga kategori yaitu 1) *skill-based level* (didasarkan atas keterampilan), 2) *rule-based level* (didasarkan atas aturan), dan 3) *knowledge based level* (didasarkan atas pengetahuan). Sedangkan menurut Ellis dan Hartley (2000) kemampuan belajar dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, latar belakang

sosial dan budaya, tingkat pendidikan, pengalaman hidup dan gaya belajar. Peningkatan produktifitas staf dalam organisasi dapat dicapai melalui program pelatihan.

Berdasarkan teori yang telah dikemukakan sebelumnya mengenai keselamatan pasien maka hubungan antara keselamatan pasien, variabel pemahaman perawat dengan pelatihan keselamatan pasien dijelaskan dalam Gambar 2.3.





Gambar 2.3 Kerangka Teori Penelitian

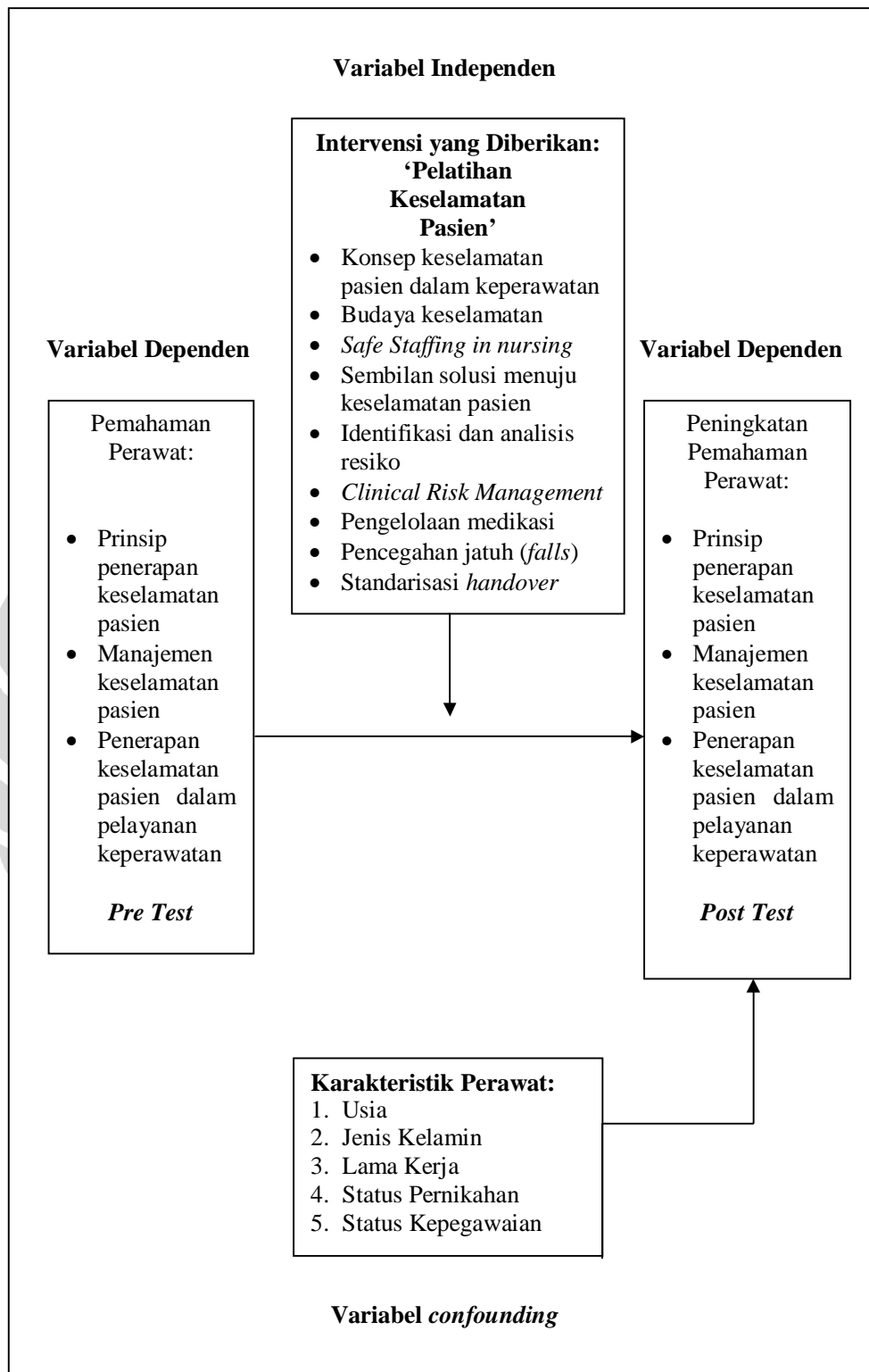
**BAB 3**  
**KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS,**  
**DAN DEFINISI OPERASIONAL**

**3.1. Kerangka Konsep**

Variabel pemahaman perawat menggunakan pendapat Yates (2006) yang menyatakan bahwa upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien (*culture of safety*) tergantung pada tiga pilar fondasi perawatan pasien secara aman yaitu teknologi, proses dan SDM (Yates, 2006). Pendapat lain yang menekankan pentingnya pengetahuan perawat dalam penerapan keselamatan pasien adalah yang dikemukakan oleh Ebright dalam Hughes (2008) tentang adanya hubungan faktor yang kompleks meliputi pengetahuan dasar dan faktor sistem yang mempengaruhi kemampuan perawat untuk membuat suatu keputusan yang akurat dan logis. Pengetahuan staf mengenai kondisi pasien dan resiko keselamatan yang potensial serta sumber yang mendukung dalam fasilitas yang tersedia di rumah sakit menentukan tingkat kebutuhan perawat akan pentingnya bekerja dengan memperhatikan aspek keselamatan pasien (Hamric, Spross & Hanson, 2009).

Tindakan untuk meningkatkan pemahaman perawat mengenai keselamatan pasien dilakukan dengan memberikan pelatihan mengenai penerapan keselamatan pasien oleh perawat. Penerapan keselamatan pasien menurut WHO (2004) terdiri dari tujuh langkah untuk keselamatan pasien dan sembilan solusi penerapan keselamatan pasien. Pelatihan merupakan salah satu bagian dari tujuh langkah penerapan keselamatan pasien untuk memimpin dan mendukung staf dengan cara membangun komitmen dan fokus yang kuat terhadap program keselamatan pasien.

Berdasarkan uraian di atas maka variabel yang dipilih dalam penelitian ini adalah sebagaimana yang tercantum dalam kerangka konsep penelitian pada Gambar 3.1



**Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian**

## **3.2. Hipotesis**

### **3.2.1. Hipotesis Mayor**

Ada pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Tugu Ibu Depok.

### **3.2.2. Hipotesis Minor**

3.2.2.1. Ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

3.2.2.2. Ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien setelah mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

3.2.2.3. Ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum dan setelah mendapatkan pelatihan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

3.2.2.4. Ada hubungan umur perawat pelaksana dengan pemahaman perawat pelaksana setelah diberi pelatihan mengenai penerapan keselamatan pasien.

3.2.2.5. Ada hubungan antara jenis kelamin perawat pelaksana dengan pemahaman perawat pelaksana setelah diberi pelatihan mengenai penerapan keselamatan pasien.

3.2.2.6. Ada hubungan antara lama kerja perawat pelaksana dengan pemahaman perawat pelaksana setelah diberi pelatihan mengenai penerapan keselamatan pasien.

3.2.2.7. Ada hubungan antara status pernikahan perawat pelaksana dengan pemahaman perawat pelaksana setelah diberi pelatihan mengenai penerapan keselamatan pasien.

3.2.2.8. Ada hubungan antara status kepegawaian perawat pelaksana dengan pemahaman perawat pelaksana setelah diberi pelatihan mengenai penerapan keselamatan pasien.

### 3.3. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini meliputi variabel independen yaitu perlakuan berupa pemberian pelatihan mengenai keselamatan pasien terhadap perawat pelaksana. Sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien. Definisi operasional secara rinci adalah sebagaimana yang tercantum dalam Tabel 3.1.

**Tabel 3.1 Definisi Operasional**

No	Variabel/Sub Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Independen</b>						
1	Pelatihan Keselamatan Pasien	Cara yang dilakukan untuk memberikan informasi mengenai keselamatan pasien terhadap perawat pelaksana.				
<b>Variabel Dependen</b>						
2	Pemahaman perawat pelaksana	Kemampuan kognitif perawat pelaksana untuk menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar tentang penerapan keselamatan pasien oleh perawat yang terdiri dari pemahaman mengenai prinsip keselamatan pasien, manajemen keselamatan pasien dan penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan.	Kuesioner B yang terdiri dari 45 pertanyaan <i>pre</i> dan <i>post test</i> . Skor tiap pertanyaan bernilai 0 jika jawaban salah dan bernilai 1 jika jawaban benar.	Perawat pelaksana yang termasuk dalam kelompok eksperimen dan kelompok kontrol mengisi kuesioner pada periode pelaksanaan <i>pre</i> dan <i>post test</i> .	Rerata pemahaman perawat pelaksana pada tahap <i>pre test</i> dan <i>post test</i> dengan CI 95%.	Interval

No	Variabel/Sub Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
a.	Pemahaman mengenai prinsip keselamatan pasien	Kemampuan kognitif perawat pelaksana untuk menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar tentang prinsip keselamatan pasien yang terdiri dari konsep keselamatan pasien, budaya keselamatan dan <i>safe staffing in nursing</i> .	Kuesioner B yang terdiri dari 15 pertanyaan no. 1 s.d 15 untuk <i>pre</i> dan <i>post test</i> . Skor tiap pertanyaan bernilai 0 jika jawaban salah dan bernilai 1 jika jawaban benar.	Perawat pelaksana yang termasuk dalam kelompok eksperimen & kelompok kontrol mengisi kuesioner pada <i>pre</i> dan <i>post test</i> .	Rerata pemahaman perawat pelaksana pada tahap <i>pre test</i> dan <i>post test</i> dengan CI 95%.	Interval
b.	Pemahaman mengenai manajemen keselamatan pasien	Kemampuan kognitif perawat pelaksana untuk menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar tentang manajemen keselamatan pasien yang terdiri dari sembilan solusi keselamatan pasien, <i>clinical risk management</i> , serta identifikasi dan analisis resiko keselamatan pasien.	Kuesioner B yang terdiri dari 15 pertanyaan <i>pre</i> dan <i>post test</i> no. 16-30. Skor tiap pertanyaan bernilai 0 jika jawaban salah dan bernilai 1 jika jawaban benar.	Perawat pelaksana yang termasuk dalam kelompok eksperimen & kelompok kontrol mengisi kuesioner pada <i>pre</i> dan <i>post test</i> .	Rerata pemahaman perawat pelaksana pada tahap <i>pre test</i> dan <i>post test</i> dengan CI 95%.	Interval
c.	Pemahaman mengenai penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan.	Kemampuan kognitif perawat pelaksana untuk menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar tentang penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan yang terdiri dari pengelolaan medikasi, pencegahan jatuh, dan standarisasi <i>handover</i> .	Kuesioner B yang terdiri dari 15 pertanyaan <i>pre</i> dan <i>post test</i> no. 31-45. Skor tiap pertanyaan bernilai 0 jika jawaban salah dan bernilai 1 jika jawaban benar.	Perawat pelaksana yang termasuk dalam kelompok eksperimen & kelompok kontrol mengisi kuesioner pada <i>pre</i> dan <i>post test</i> .	Rerata pemahaman perawat pelaksana pada tahap <i>pre test</i> dan <i>post test</i> dengan CI 95%.	Interval



No	Variabel/Sub Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Confounding</b>						
3	Umur	Umur responden yang dihitung sejak tanggal lahir hingga ulang tahun terakhir.	Kuesioner A mengenai Karakteristik Responden	Mengisi umur dalam kuesioner	Dalam tahun	Rasio
4	Jenis Kelamin	Karakteristik fisik berdasarkan ciri jenis kelamin yang dimiliki dan dibawa responden sejak lahir.	Kuesioner A mengenai Karakteristik Responden	Mengisi ciri jenis kelamin dalam kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
5	Lama Kerja	Jumlah tahun yang menunjukkan lamanya responden telah bekerja yang dihitung sejak pertama kali responden bekerja sampai dengan penelitian dilakukan.	Kuesioner A mengenai Karakteristik Responden	Mengisi lama kerja dalam kuesioner	Dalam tahun	Rasio
6	Status Pernikahan	Status perkawinan yang dimiliki oleh responden yang sah secara hukum, agama dan negara.	Kuesioner A mengenai Karakteristik Responden	Mengisi status pernikahan dalam kuesioner	1. Menikah 2. Tidak Menikah	Nominal
7	Status Kepegawaian	Status kepegawaian responden yang berlaku saat penelitian dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku berdasarkan surat keputusan pengangkatan pegawai.	Kuesioner A mengenai Karakteristik Responden	Mengisi status kepegawaian dalam kuesioner	1. Pegawai Tetap 2. Pegawai Kontrak	Nominal

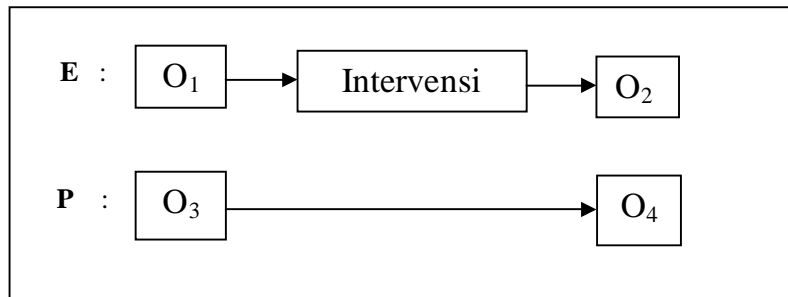
## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *Quasi Experiment* dengan pendekatan *pretest-posttest with control group design* untuk mengukur pengaruh pelatihan keselamatan pasien yang diberikan pada perawat pelaksana terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien. Pendekatan *pretest-posttest with control group design* digunakan untuk melihat efektifitas perlakuan melalui perbedaan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol (Pollit & Hungler, 1999: Watson, McKenna, Cowman & Keady, 2008: Arikunto, 2009). Pendekatan *pretest-posttest control group design* atau desain eksperimen semu berupa *non equivalent control group* pada dasarnya merupakan desain penelitian yang diterapkan pada kondisi yang lebih memungkinkan untuk membandingkan dengan kelompok kontrol serupa tetapi tidak perlu dengan kelompok yang benar-benar sama dan kelompok yang diberi intervensi pada desain penelitian ini tidak mungkin sama betul dengan kelompok kontrol (Notoatmodjo, 2010: 62).

Pemahaman perawat sebagai variabel dependen diukur sebelum dan setelah pelatihan keselamatan pasien dilakukan. Pengukuran mengenai pemahaman perawat diambil dari sumber primer yaitu perawat pelaksana secara langsung dengan menggunakan kuesioner yang disusun dan dikembangkan sendiri oleh peneliti. Deskripsi dari penelitian ini sesuai dengan pendapat Arikunto (2009) adalah sebagai berikut:



**Gambar 4.1 Desain Penelitian Menggunakan Pendekatan *Pretest-posttest Control Group Design***

**Keterangan:**

- $O_1$  : Pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen yang diukur sebelum dilakukan pelatihan keselamatan pasien
- $O_2$  : Pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen yang diukur setelah dilakukan pelatihan keselamatan pasien
- $O_3$  : Pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol sebelum dilakukan pelatihan keselamatan pasien pada kelompok eksperimen (sebelum intervensi)
- $O_4$  : Pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol setelah dilakukan pelatihan keselamatan pasien pada kelompok eksperimen (setelah intervensi)
- $X_1$  :  $O_2 - O_1 =$  Perubahan atau deviasi pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen sebelum dan setelah pelatihan keselamatan pasien dilakukan
- $X_2$  :  $O_4 - O_3 =$  Perubahan atau deviasi pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol sebelum dan setelah pelatihan keselamatan pasien dilakukan pada kelompok eksperimen
- $X_3$  :  $O_1 - O_3 =$  Perbedaan pemahaman perawat antara kelompok eksperimen dan kelompok control.

$X_4$  :  $O_2 - O_4$  = Perbedaan pemahaman perawat pelaksana antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah dilakukan pelatihan keselamatan pasien

E : Kelompok eksperimen

P : Kelompok kontrol

## 4.2. Populasi dan Sampel

### 4.2.1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan objek penelitian (Notoatmodjo, 2002; Arikunto, 2006). Sugiyono (2008) menyatakan bahwa populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya oleh peneliti. Ariawan (1998) menyatakan bahwa populasi merupakan kumpulan individu di mana hasil suatu penelitian akan dilakukan generalisasi. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana di RS Tugu Ibu baik laki-laki maupun perempuan yang berjumlah 124 orang dan berjumlah 134 orang di RS Bhakti Yuda Depok.

### 4.2.2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2008). Arikunto (2006) menyatakan bahwa sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang akan diteliti. Sampel yang diambil dalam penelitian ini dilakukan dengan mempertimbangkan kriteria inklusi yang ditetapkan terhadap populasi pada RS Tugu Ibu dan RS Bhakti Yuda Depok. Pertimbangan dalam penelitian ini berfokus pada tercapainya homogenitas dengan mengurangi atau mengontrol variabel *confounding* yang mungkin mempengaruhi hasil pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol.

Sampel dalam penelitian ini berdasarkan penjelasan di atas adalah perawat pelaksana baik laki-laki maupun perempuan yang bekerja di RS Tugu Ibu selaku kelompok eksperimen dan perawat pelaksana yang bekerja di RS Bhakti Yuda selaku kelompok kontrol dengan kriteria inklusi berupa:

- a. Memiliki latar belakang pendidikan minimal DIII Keperawatan.
- b. Tidak sedang berada dalam masa cuti kerja pada saat keseluruhan proses penelitian dilakukan (tahunan, menikah, melahirkan, ataupun sakit)
- c. Tidak sedang berada dalam masa tugas belajar atau mengikuti pendidikan/pelatihan yang meninggalkan tugasnya di rumah sakit.
- d. Tidak sedang dalam masa orientasi atau masa kerja kurang dari 6 bulan.
- e. Bersedia menjadi responden yang dibuktikan dengan surat kesediaan untuk menjadi responden.

Jumlah responden yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik *Total Sampling* pada masing-masing rumah sakit berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan yaitu sebanyak 83 perawat untuk kelompok eksperimen dan 83 perawat untuk kelompok kontrol.

### **4.3. Waktu dan Tempat Penelitian**

#### **4.3.1. Waktu Penelitian**

Proses penelitian yang telah dilakukan secara keseluruhan berlangsung sejak minggu pertama sampai dengan minggu keempat bulan April 2010 setelah proses pengurusan perijinan untuk melaksanakan penelitian pada kedua rumah sakit selesai. Pengambilan data *pre test* pada kelompok eksperimen dilakukan pada tanggal 21 April 2010 dan pelaksanaan pelatihan dilakukan pada tanggal 22 dan 23 April 2010. Pelaksanaan *post test* pada kelompok eksperimen dilakukan pada tanggal 23 April 2010. Pengambilan data *pre test* pada kelompok kontrol dilakukan pada tanggal 20 April 2010 dan pengambilan data *post test* pada kelompok kontrol dilakukan pada tanggal 24 April 2010. Pelatihan pada kelompok kontrol dilakukan tanggal 14 Mei 2010 yang diikuti oleh sebagian responden pada

kelompok kontrol. Rincian kegiatan penelitian yang telah dilaksanakan adalah sebagaimana yang tercantum dalam Lampiran 1.

#### **4.3.2. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RS Tugu Ibu dan RS Bhakti Yuda Depok, dimana perawat pelaksana pada RS Tugu Ibu sebagai kelompok eksperimen dan RS Bhakti Yuda Depok sebagai kelompok kontrol. Instalasi yang digunakan adalah instalasi rawat inap, instalasi rawat jalan, instalasi kamar bedah, dan instalasi gawat darurat. RS Tugu Ibu dan RS Bhakti Yuda dijadikan sebagai tempat penelitian dengan pertimbangan bahwa kedua RS tersebut merupakan RS swasta yang telah berdiri sejak cukup lama dibandingkan RS lain di wilayah Depok. Selain itu kedua RS tersebut juga merupakan RS yang memiliki keterjangkauan jarak dan tarif oleh masyarakat Depok dan sekitarnya. Peningkatan jumlah pelayanan yang diakreditasi menjadi 12 pelayanan serta peningkatan spesifikasi layanan dan peralatan menyebabkan RS Tugu Ibu dan RS Bhakti Yuda dituntut untuk selalu berbenah dan meningkatkan komitmen dalam memberikan pelayanan yang berkualitas khususnya yang berhubungan dengan keselamatan pasien dan pencegahan KTD. RS Tugu Ibu dan RS Bhakti Yuda juga selalu terbuka untuk segala upaya yang berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan.

#### **4.4. Etika Penelitian**

##### **4.4.1. Aplikasi Etika Penelitian**

Pertimbangan etik digunakan untuk mencegah munculnya masalah etik selama penelitian. Penelitian ini dilakukan segera setelah peneliti dinyatakan lolos uji etik oleh Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang dibuktikan dengan adanya surat lolos uji etik (Lampiran 6). Peneliti juga mengajukan permohonan untuk melakukan penelitian kepada Direktur RS Tugu Ibu. Etika penelitian dalam penelitian ini dilaksanakan untuk memberikan perlindungan terhadap responden yang menjadi subjek penelitian dengan mempertimbangkan prinsip etika riset

berupa *beneficence*, prinsip menghargai martabat manusia dan prinsip mendapatkan keadilan (Hamid, 2007). Polit & Beck (2006) mengidentifikasi aspek etik tersebut dalam bentuk *self determination, privacy and anonymity, confidentiality, protection from discomfort*. Penerapan aspek etik dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

#### **4.4.1.1. Self Determination**

Responden diberi kebebasan untuk menentukan secara sukarela kesediaannya untuk terlibat atau tidak dalam penelitian ini. Peneliti harus meyakinkan responden bahwa peneliti tidak menghukum, memaksa atau memberi perlakuan yang tidak adil jika subjek menolak menjadi responden dalam penelitian ini. Sebelumnya peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk memahami penelitian yang akan dilakukan sebagaimana yang tercantum dalam penjelasan penelitian dan lembar persetujuan dalam berkas kuesioner (Lampiran 2). Selanjutnya peneliti memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan variabel yang akan diteliti; waktu penelitian yang digunakan; manfaat penelitian terhadap perawat dan perkembangan kualitas pelayanan keperawatan; jaminan bahwa tidak adanya pengaruh penelitian terhadap individu dan pekerjaannya; dan jaminan kerahasiaan bahwa data yang diberikan tidak disebarluaskan ataupun dapat merugikan responden. Dalam hal ini peneliti harus menghargai keputusan responden untuk menetapkan kegiatan dan tujuan hidupnya berdasarkan otonomi atas dirinya sendiri sebagai bentuk penerapan prinsip *self determination* (Hamid, 2007)

#### **4.4.1.2. Confidentiality, Privacy and Anonymity**

Peneliti menggunakan prinsip kerahasiaan dan *anonymity* dengan cara menggunakan kode yang diisi oleh peneliti dan tidak mencantumkan atau menuliskan nama responden pada kuesioner yang digunakan serta hanya digunakan untuk penelitian ini saja (*confidentiality*). Data penelitian disimpan, diolah dan hanya dapat diakses oleh peneliti serta dijaga

kerahasiaannya selama proses penelitian yang untuk selanjutnya dihancurkan jika proses penelitian ini dinyatakan telah selesai.

#### **4.4.1.3. *Protection from Discomfort***

Upaya untuk menghindari ketidaknyamanan fisik dan mental, bebas dari eksploitasi, adanya keseimbangan antara risiko dan manfaat merupakan penerapan dari prinsip *beneficence* (Hamid, 2007). Responden yang pada awalnya bersedia terlibat dalam penelitian tetapi mengundurkan diri saat penelitian berlangsung, diberikan haknya untuk tidak terus mengikuti proses penelitian yang tengah berlangsung. Peneliti memberikan intervensi berupa pelatihan keselamatan sesuai dengan kesepakatan dan penjelasan yang terdapat pada lembar *informed consent*. Responden pada kelompok kontrol secara keseluruhan disertakan dalam pelatihan susulan mengenai keselamatan pasien melalui program yang terintegrasi secara internal dengan kebijakan rumah sakit pada periode Juni 2010.

#### **4.4.2. *Informed Consent***

Sebelum penelitian ini dilakukan peneliti memberikan informasi berupa tujuan penelitian dan variabel yang diteliti; waktu penelitian yang digunakan; manfaat penelitian terhadap perawat dan perkembangan kualitas pelayanan keperawatan; jaminan bahwa tidak adanya pengaruh penelitian terhadap individu dan pekerjaannya; dan jaminan kerahasiaan bahwa data yang diberikan tidak disebarluaskan ataupun dapat merugikan responden. Peneliti meminta kesediaan responden untuk menandatangani lembar *informed consent* jika perawat bersedia untuk menjadi responden.

#### **4.5. *Alat Pengumpulan Data***

Data yang dikumpulkan oleh peneliti adalah yang berhubungan dengan variabel dependen dan variabel *confounding* dengan menggunakan kuesioner. Sedangkan variabel independen dalam penelitian ini dikembangkan oleh peneliti dalam bentuk modul pelatihan bagi perawat mengenai keselamatan pasien. Rincian penjelasan mengenai alat



pengumpulan data dalam penelitian ini sebagaimana yang tercantum dalam Lampiran 2 adalah sebagai berikut:

#### **4.5.1. Kuesioner A**

Kuesioner A terdiri dari 5 buah pertanyaan yang menggali data demografi/karakteristik responden selaku variabel *confounding*. Pertanyaan yang ada terdiri dari 2 buah pertanyaan terbuka meliputi pertanyaan nomor 1 mengenai usia dan nomor 4 mengenai lama kerja; dan 3 buah pertanyaan tertutup mengenai jenis kelamin pertanyaan nomor 2 dengan pilihan jawaban laki-laki dan perempuan; pertanyaan nomor 3 mengenai status pernikahan dengan pilihan jawaban menikah dan tidak menikah; serta pertanyaan nomor 5 mengenai status kepegawaian dengan pilihan jawaban pegawai tetap dan pegawai kontrak. Hasil pengumpulan data mengenai sub variabel usia dan lama kerja tidak dikategorikan, sedangkan sub variabel jenis kelamin dikategorikan sesuai pilihan jawaban yang tersedia. Data yang diperoleh oleh peneliti mengenai karakteristik responden merupakan data dari sumber primer dimana data ini diperoleh melalui kuesioner yang diisi langsung oleh perawat pelaksana selaku responden penelitian. Data sekunder mengenai karakteristik responden diperoleh melalui data kepegawaian RS Tugu Ibu.

#### **4.5.2. Kuesioner B**

Kuesioner B dirancang untuk mengukur variabel dependen yaitu pemahaman perawat mengenai penerapan keselamatan pasien berupa aspek pengetahuan perawat pada tingkat pemahaman mengenai penerapan keselamatan pasien dalam lingkup keperawatan. Pemahaman perawat yang diukur melalui kuesioner ini mengarah pada kemampuan perawat untuk memahami dalam bentuk menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, dan meramalkan konsep yang berhubungan dengan keselamatan pasien dalam keperawatan sesuai dengan konsep tingkatan pengetahuan menurut Bloom, Hastings dan Madaus (1956: Lorio, 2005: Djaali, 2007: Notoatmodjo, 2007).

Kuesioner B didesain dan disesuaikan dengan keperluan penelitian dengan mempertimbangkan beberapa teori yang relevan mengenai keselamatan pasien sesuai dengan modul pelatihan keselamatan pasien yang disusun oleh peneliti. Hal ini didasari oleh pertimbangan bahwa untuk tujuan/objektif pembelajaran tertentu peneliti perlu menyusun alat ukur baru yang obyektif, akurat dan valid sesuai dengan tujuan penelitian yang dilakukan. Pengukuran tingkatan dalam lingkup pengetahuan diperlukan instrumen yang terstandar, teruji serta mencakup keseluruhan obyektif yang diukur (Pollit & Hungler, 1999; Lorio, 2005; Lohman & Bosma, 2002). Azwar (2009b) menyatakan bahwa alat ukur kognitif dapat mengacu pada tujuan instruksional umum dan khusus yang dikembangkan dalam materi pembelajaran. Objektif yang diukur melalui Kuesioner B adalah kuesioner yang dikembangkan dengan mengacu pada konsep dan pedoman penerapan keselamatan pasien yang dirumuskan oleh WHO (2004, 2007), Depkes (2008) mengenai 9 langkah keselamatan pasien, The NPSA (2004b) mengenai pengembangan modul dalam kurikulum keselamatan pasien, serta PPNI (2010) mengenai kompetensi perawat yang relevan dengan penerapan keselamatan pasien.

Kuesioner B merupakan sekumpulan pertanyaan untuk mengukur tingkat pemahaman perawat terhadap 3 bahasan/objektif pembelajaran yang dicapai sebagaimana yang tercantum dalam modul pelatihan keselamatan pasien yang dibuat. Kuesioner B ini dikembangkan dalam bentuk pertanyaan *pre test* dan *post test*. Kuesioner B terdiri dari 45 butir pertanyaan yang bertujuan mengukur pemahaman perawat mengenai 3 konsep yang ada dalam keselamatan pasien.

Konsep yang ada dalam keselamatan pasien tersebut terbagi menjadi 3 sub variabel yang terdiri dari sub variabel prinsip keselamatan pasien yang meliputi konsep keselamatan pasien dalam keperawatan (pertanyaan 1-5), budaya keselamatan (pertanyaan 5-10), dan *Safe Staffing in Nursing* (pertanyaan 11-15), sub variabel manajemen keselamatan pasien yang

meliputi sembilan solusi menuju keselamatan pasien (pertanyaan 16-20), *Clinical Risk Management* (pertanyaan 21-25), serta identifikasi dan analisis risiko (pertanyaan 26-30) dan sub variabel penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan yang meliputi pengelolaan medikasi untuk mencegah insiden (pertanyaan 31-35), pencegahan jatuh/*falls* (pertanyaan 36-40), dan standarisasi *handover* (pertanyaan 41-45).

Data mengenai pemahaman responden terhadap sub variabel yang dirumuskan berdasarkan objektif yang harus dipahami oleh responden merupakan data dari sumber primer dimana data ini diperoleh melalui alat ukur kognitif berupa kuesioner *pre test* dan *post test* yang diisi langsung oleh perawat pelaksana selaku responden penelitian. Perawat mengisi kuesioner dalam periode pengambilan data *pre test* dan *post test* yang disepakati sesuai dengan rencana waktu penelitian. Masing-masing pertanyaan merupakan pertanyaan tertutup dengan pilihan jawaban ganda yang terdiri atas 4 pilihan jawaban. Responden mengisi kuesioner dengan cara memilih salah satu jawaban dengan tanda silang pada pilihan jawaban yang responden anggap paling benar. Selanjutnya jawaban responden disesuaikan dengan kunci jawaban *pre test* dan *post test*. Jawaban responden yang benar diberi nilai 1 sedangkan jawaban responden yang salah diberi nilai 0. Jawaban responden dikelompokkan berdasarkan sub variabel pengetahuan yang diteliti sehingga didapatkan total skor responden berdasarkan sub variabel yang diukur yaitu prinsip keselamatan pasien, manajemen keselamatan pasien dan penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan.

#### **4.5.3. Modul**

Modul yang dikembangkan sebagai variabel independen dalam penelitian ini adalah modul yang berisi bahasan atau objektif pembelajaran mengenai keselamatan pasien bagi perawat yang diharapkan dapat dicapai oleh peserta pelatihan. Modul ini digunakan sebagai sarana untuk mengukur perubahan pemahaman perawat dalam proses penelitian. Modul pelatihan

mengenai keselamatan pasien yang ditujukan bagi perawat ini terdiri dari rangkaian informasi mengenai keselamatan pasien dalam keperawatan yang dilengkapi dengan tujuan instruksional, sasaran, media, metode, sumber dan tugas latihan. Isi modul pelatihan meliputi materi yang menjadi objektif pencapaian peserta pelatihan yaitu:

- 1) Prinsip keselamatan pasien, yang berisi:
  - a. Konsep keselamatan pasien dalam keperawatan
  - b. Budaya keselamatan
  - c. *Safe Staffing in Nursing*
- 2) Manajemen keselamatan pasien, yang berisi:
  - a. Sembilan solusi menuju keselamatan pasien
  - b. *Clinical Risk Management*
  - c. Identifikasi dan analisis risiko
- 3) Penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan, yang berisi:
  - a. Pengelolaan medikasi untuk mencegah insiden
  - b. Pencegahan jatuh
  - c. Standarisasi *handover*

Objektif pelatihan keselamatan ini merupakan komponen dari 3 sub variabel yang diteliti dan terangkum dalam 3 modul yang dikembangkan peneliti untuk kepentingan penelitian ini. Metode yang digunakan dalam penyampaian materi dalam modul yang telah disusun meliputi ceramah dan diskusi.

Modul pelatihan disampaikan oleh 3 orang pelatih dengan kriteria tertentu yang sebelumnya telah dilatih oleh peneliti untuk menghindari bias proses penelitian yang bersumber dari peneliti dan untuk menjamin *interrreter validity*. Kriteria minimal pelatih yang dilibatkan dalam pelatihan ini adalah memiliki latar belakang pendidikan minimal S1-Keperawatan, menguasai metode pengajaran pada kelompok perawat, bersedia menjadi pelatih serta bersedia mengikuti acuan pelaksanaan maupun acuan materi

dalam pelatihan. Sebelum dilakukan *interreter validity* modul yang telah dibuat terhadap 3 orang yang telah bersedia menjadi pelatih, peneliti melakukan proses untuk menjamin validitas isi modul dengan cara melibatkan pakar untuk menilai kelayakan modul pelatihan secara ilmiah dan akademis melalui PPNI (Lampiran 9). Rincian gambaran modul yang diberikan sebagai perlakuan terhadap kelompok eksperimen dalam penelitian ini adalah sebagaimana yang tercantum dalam Lampiran 3.

#### 4.5.4. Uji Coba Instrumen

Uji validitas terhadap alat tes kemampuan kognitif dilakukan dengan menggunakan teknik uji Korelasi Poin Biserial ( $r_{pbi}$ ) atau *Point Biserial Correlation*. Suryabrata (2005) menyatakan bahwa untuk uji validitas berupa analisis butir pertanyaan pada alat tes kemampuan kognitif dilakukan terhadap 3 hal yaitu: 1) distribusi respon yang dilakukan untuk mengetahui efektif tidaknya alternatif pengecoh, 2) taraf kesukaran yang dilakukan untuk mengetahui apakah taraf kesukaran butir soal sesuai dengan spesifikasi instrumen yang direncanakan dimana taraf kesukaran biasanya dilambangkan dengan  $p$  yang merupakan proporsi responden untuk menjawab benar, dan 3) daya beda soal yang dilakukan untuk mengetahui seberapa akurat butir pertanyaan membedakan subyek yang lebih mampu dibandingkan dengan subyek yang kurang mampu.

Penerapan dari uji validitas terhadap alat tes kognitif dihitung dengan mencari korelasi skor pada butir tertentu dengan skor total (*item total correlation* atau  $r_{it}$ ). Azwar (2009a) menyatakan bahwa *item total correlation* digunakan untuk mengukur daya beda atau daya diskriminasi item. Indikator keselarasan atau konsistensi item total dapat memberikan gambaran mengenai daya beda item. Hal ini dapat terlihat dari nilai koefisien korelasi item. Semakin tinggi koefisien korelasi positif antara item pertanyaan dengan skala pengukuran secara keseluruhan berarti semakin tinggi konsistensi antar item tersebut dengan skala secara

keseluruhan. Hal ini berarti bahwa daya beda masing-masing item pertanyaan semakin tinggi.

Sudijono (2009) menyatakan bahwa uji Korelasi Poin Biserial (*Point Biserial Correlation*) merupakan salah satu teknik korelasional bivariat yang biasa digunakan untuk mencari korelasi antara dua variabel yaitu variabel kontinu berupa skor hasil tes dan variabel diskrit murni berupa betul atau tidaknya calon responden menjawab butir-butir soal tes. Teknik ini dilakukan untuk menguji *validity item* (validitas soal) yang diajukan dalam suatu tes, dimana skor hasil tes untuk tiap butir soal dikorelasikan dengan skor hasil tes secara totalitas. Interpretasi terhadap hasil uji Korelasi Poin Biserial dilakukan dengan membandingkan antara  $r$  hitung ( $r_{pbi}$ ) dengan  $r$  tabel dengan tingkat kepercayaan 95%. Sudijono (2009) menegaskan bahwa *item total correlation* dan nilai Alpha Cronbach merupakan bentuk aplikatif untuk menguji tingkat validitas dan reliabilitas suatu bentuk tes kognitif.

Uji coba instrumen dilakukan di RS Muhammadiyah Palembang pada tanggal 03 April 2010 dimana sebelumnya peneliti mengajukan permohonan dan memperoleh ijin untuk melakukan uji coba instrumen (Lampiran 4 dan 5). Jumlah responden yang dilibatkan dalam uji kuesioner ini berjumlah 30 perawat pelaksana RS Muhammadiyah Palembang. Uji coba instrumen dilakukan di RS Muhammadiyah Palembang dengan pertimbangan bahwa RS ini merupakan RS swasta yang berada di wilayah Sumatera Selatan yang telah terakreditasi serta memiliki karakteristik yang hampir sama dengan RS Tugu Ibu dan RS Bhakti Yuda. Sesuai dengan konsep uji validitas dan reliabilitas maka uji coba instrumen dalam penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk melihat validitas atau sejauh mana kuesioner yang digunakan dapat mengukur pemahaman perawat mengenai keselamatan pasien sedangkan uji reliabilitas dilakukan dengan tujuan untuk melihat sejauh mana pengukuran mengenai pemahaman tetap konsisten jika dilakukan

pengukuran sebanyak dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan kuesioner yang sama (Azwar, 2009b).

Uji validitas terhadap alat tes kognitif yang digunakan untuk mengukur pemahaman perawat terhadap penerapan keselamatan pasien dihitung dengan mencari korelasi skor pada butir tertentu dengan skor total (*item total correlation* atau  $r_{it}$ ) dengan membandingkan antara  $r$  hitung dengan  $r$  tabel dengan tingkat kepercayaan 95%. Alat tes dalam kuesioner dinyatakan reliabel apabila setiap pertanyaan memiliki nilai  $r$  alpha  $>$   $r$  tabel. Sedangkan butir pertanyaan dalam alat tes dinyatakan valid jika setiap pertanyaan memiliki nilai  $r$  hitung ( $r_{it}$ )  $\geq$   $r$  tabel (Sudijono, 2009). Uji validitas dan reliabilitas yang dilakukan dengan  $r$  tabel uji korelasi item total pada  $df = n - 2$  yaitu 0,361 dengan tingkat kepercayaan 95%.

Hasil uji coba pertama di RS Muhammadiyah Palembang yang dilakukan menunjukkan bahwa dari sebanyak 45 item pertanyaan dalam alat test yang digunakan untuk menilai pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien didapatkan sebanyak 7 item pertanyaan yang memiliki nilai kurang dari  $r$  tabel atau dapat dikatakan sebagai item pertanyaan yang tidak valid yaitu item soal nomor 8, 10, 12, 15, 23, 31 dan 37. Sedangkan hasil uji reliabilitas dengan nilai Alpha Cronbach sebesar  $r = 0,937$  dibandingkan dengan  $r$  tabel (*Cronbach's Alpha if item deleted*) didapatkan item yang reliabel ( $r$  hitung  $\leq r \alpha$ ) sebanyak 38 item dan item yang tidak reliabel ( $r$  hitung  $> r \alpha$ ) sebanyak 7 item yaitu item soal nomor 8, 10, 12, 15, 23, 31 dan 37.

**Tabel 4.1**  
**Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Pertama (N=30)**

Sub Variabel	Jumlah Pertanyaan		No Item Tidak Valid	No Item Diperbaiki	Reliabilitas
	Sebelum	Setelah			
Prinsip Keselamatan Pasien	15	11	8,10,12,15	8,10,12,15	0,974
Manajemen Keselamatan Pasien	15	14	23	23	
Penerapan Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Keperawatan	15	13	31, 37	31, 37	

Dengan mempertimbangkan bahwa pertanyaan nomor 8, 10, 12, 15, 23, 31 dan 37 merupakan pertanyaan yang penting secara kontekstual bagi pengukuran hasil penelitian ini maka pertanyaan tersebut diperbaiki redaksi pertanyaannya dan dilakukan uji ulang kembali pada responden yang berbeda di RS Muhammadiyah Palembang pada tanggal 10 April 2010. Hasil uji validitas dan reliabilitas kedua yang dilakukan adalah sebagaimana yang tercantum dalam Tabel 4.2.

**Tabel 4.2**  
**Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kedua (N=30)**

Sub Variabel	Jumlah Pertanyaan		Validitas	Reliabilitas
	Sebelum	Setelah		
Prinsip Keselamatan Pasien	15	15	0,3674 – 0,8845	0,986
Manajemen Keselamatan Pasien	15	15	0,3707 – 0,8729	
Penerapan Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Keperawatan	15	15	0,4213 – 0,6508	

Hasil uji validitas dan reliabilitas kedua yang dilakukan menunjukkan bahwa alat ukur kognitif pemahaman perawat mengenai keselamatan pasien valid dan reliabel, dan hal ini berarti bahwa kuesioner *pre test* dan *post test* dapat digunakan untuk penelitian ini.



#### **4.6. Prosedur Pengumpulan Data**

##### **4.6.1. Prosedur Administratif**

Prosedur administratif yang telah dilakukan untuk melaksanakan penelitian ini terdiri dari:

- a. Permohonan uji etik oleh komite etik penelitian FIK UI pada tanggal 22-26 Maret 2010 dan telah memperoleh surat persetujuan lolos uji etik pada tanggal 01 April 2010.
- b. Perijinan untuk melakukan uji validitas dan realibilitas kuesioner penelitian ke RS Muhammadiyah Palembang pada tanggal 22-26 Maret 2010 dan menerima persetujuan untuk melakukan uji coba instrumen pada tanggal 03 April 2010.
- c. Permohonan dan perijinan untuk melakukan penelitian ke RS Tugu Ibu dan RS Bhakti Yuda Depok dilakukan pada 05 April – 17 April 2010 sebagaimana yang tercantum dalam Lampiran 7 dan Lampiran 8.
- d. Persiapan kelengkapan data, instrumen penelitian, kerangka acuan dan revisi modul pelatihan keselamatan pasien.

##### **4.6.2. Prosedur Teknis**

###### **a. RS Tugu Ibu (Kelompok Eksperimen)**

- 1) Penjelasan awal pelaksanaan penelitian mengenai pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana di RS Tugu Ibu dan rapat koordinasi dengan panitia pelaksana kegiatan pelatihan dilakukan pada tanggal 19 April 2010.
- 2) Penjelasan mengenai latar belakang, tujuan, proses dan manfaat penelitian kepada perawat pelaksana di RS Tugu Ibu dalam presentasi pendahuluan pelaksanaan penelitian oleh peneliti pada tanggal 21 April 2010 dan responden diberikan waktu untuk menandatangani lembar persetujuan.
- 3) Pelatihan keselamatan pasien pada perawat pelaksana yang telah bersedia menjadi responden dengan menggunakan ceramah dan diskusi pada tanggal 22 dan 23 April 2010. Pelatihan dilakukan sebanyak 1 periode terhadap 4 kelompok responden. Pelatihan

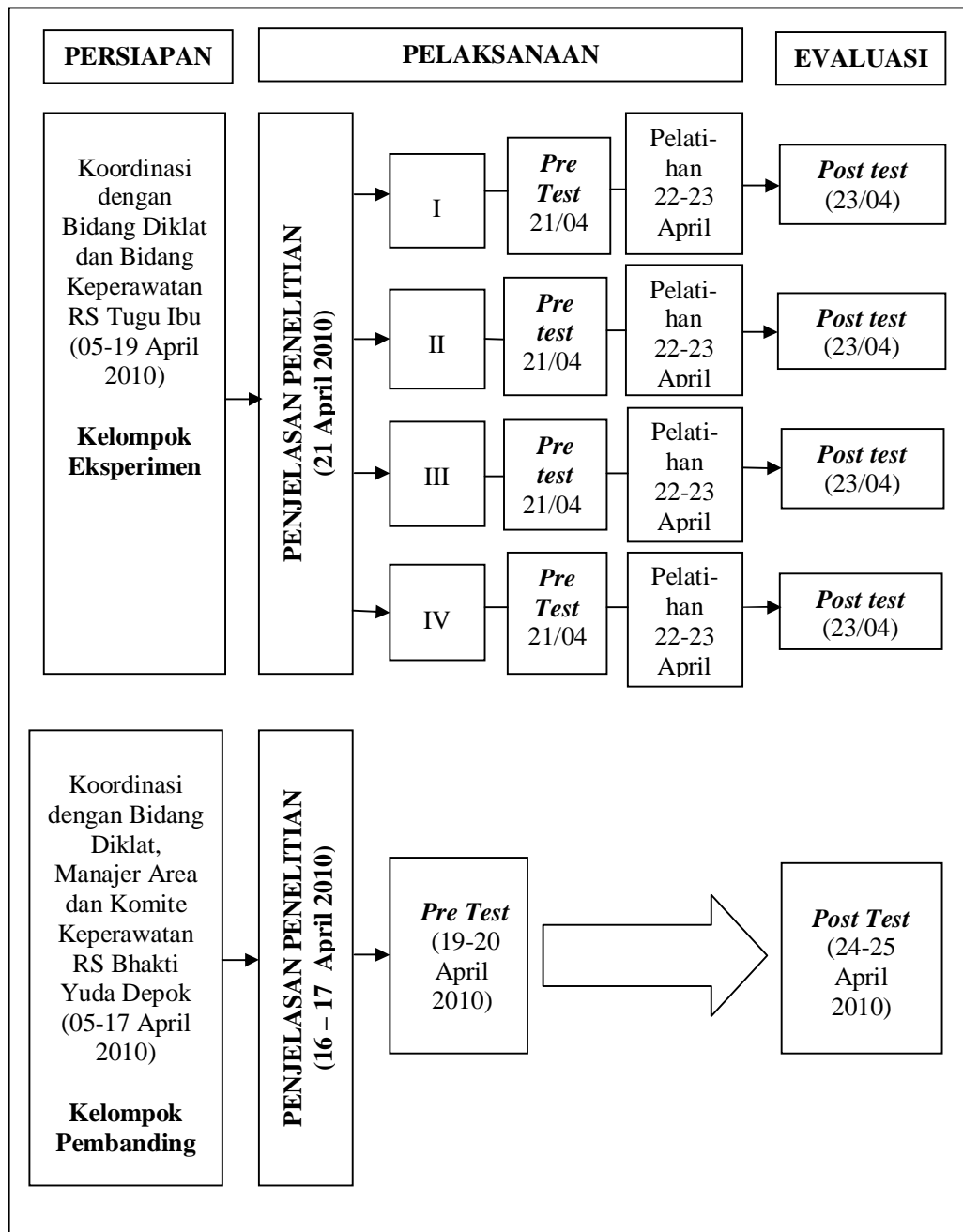
dilakukan secara serentak pada seluruh responden yang ada dengan pengaturan waktu yang terbagi atas dua sesi secara bergantian pada waktu pagi dan sore hari dengan menyesuaikan jadwal jaga perawat pelaksana yang menjadi responden. Rincian acuan kegiatan pelatihan yang telah dilakukan pada kelompok eksperimen adalah sebagaimana yang tercantum dalam Lampiran 10.

- 4) Pengambilan data *pre test* pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien dilakukan pada tanggal 21 April 2010.
- 5) Pengambilan data *post test* pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien dilakukan pada akhir periode pelatihan yaitu pada tanggal 23 April 2010.

**b. RS Bhakti Yuda (Kelompok kontrol)**

- 1) Penjelasan awal dengan Kepala Bidang Diklat, Manajer Area dan Ketua Komite Keperawatan mengenai pelaksanaan penelitian dilakukan pada tanggal 16 dan 17 April 2010.
- 2) Pengambilan data *pre test* dilaksanakan setelah peneliti memberikan penjelasan mengenai latar belakang, tujuan, proses dan manfaat penelitian kepada perawat pelaksana di RS Bhakti Yuda dan responden menandatangani lembar persetujuan. Penjelasan penelitian dan pengambilan data *pre test* pemahaman mengenai keselamatan pasien dilakukan pada tanggal 19 dan 20 April 2010.
- 3) Pengambilan data *post test* pemahaman mengenai keselamatan pasien dalam keperawatan pada perawat pelaksana di RS Bhakti Yuda dilakukan setelah keseluruhan proses pelatihan pada kelompok eksperimen selesai yaitu 24 dan 25 April 2010.

Tahapan prosedur penelitian yang telah dilaksanakan secara rinci dapat dilihat pada Gambar 4.2.



Gambar 4.2 Alur/Kerangka Kerja Pelaksanaan Penelitian

#### **4.7. Analisis Data**

Kegiatan dalam proses analisa data terhadap variabel penelitian terdiri dari empat tahapan pengolahan data (Hastono, 2007). Tahap pengolahan data tersebut terdiri dari:

##### **4.7.1. Editing**

Proses ini merupakan proses dimana dilakukan pengecekan kelengkapan, kejelasan dan kesesuaian jawaban responden agar data dapat diolah dengan baik. Peneliti meminta responden untuk melengkapi jawaban atau memperjelas jawaban jika terdapat ketidakjelasan jawaban.

##### **4.7.2. Coding**

Peneliti melakukan proses *coding* yaitu merubah data dalam bentuk huruf menjadi data yang berbentuk bilangan atau angka untuk mempermudah memasukkan data ke program komputer. Pelaksanaannya adalah peneliti memberi kode pada setiap jawaban dari kuesioner pemahaman yang ada dengan menggunakan angka (0 = salah dan 1 = benar)

##### **4.7.3. Processing**

*Processing* merupakan kegiatan memproses data dengan melakukan analisa terhadap data yang ada. Peneliti meng-*entry* semua pertanyaan dari kuesioner yang telah terisi dengan benar, lengkap dan telah diberi kode.

##### **4.7.4. Cleaning**

Pengecekan atau pemeriksaan kembali terhadap kemungkinan kesalahan pada saat memasukan data-data kedalam komputer. Memastikan kembali bahwa data telah bersih dari kesalahan yang selama pemberian kode maupun pemberian skor. Hasil yang diharapkan dari tahap ini adalah semua data bersih dan tidak ada *missing data*.

Tahap berikutnya dari analisis data adalah melakukan analisis terhadap data yang telah ada dengan menggunakan program komputerisasi. Analisis yang dilakukan meliputi analisis univariat, bivariat dan multivariat. Rincian dari analisis yang dilakukan adalah sebagai berikut:

**a. Analisis Univariat**

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel *confounding* (umur, jenis kelamin, status pernikahan, lama kerja dan status kepegawaian) dan sub variabel dalam variabel dependen pemahaman perawat (sub variabel prinsip keselamatan pasien, manajemen keselamatan pasien dan penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan).

Hastono (2007) menyatakan bahwa setiap variabel penelitian dideskripsikan berdasarkan jenis data. Variabel penelitian yang dideskripsikan dengan data numerik adalah pemahaman perawat sub variabel prinsip keselamatan pasien, manajemen keselamatan pasien dan penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan serta karakteristik perawat pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol meliputi umur dan lama kerja dianalisis dengan *central tendency* untuk melihat distribusi normalitas data. Nilai yang dilihat adalah mean, median, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan nilai CI 95% atau  $\alpha = 0,05$ . Data mengenai jenis kelamin, status pernikahan dan status kepegawaian perawat pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol disajikan dalam bentuk proporsi berdasarkan distribusi frekuensi.

**b. Analisis Bivariat**

Analisis bivariat bertujuan untuk menguji hipotesis penelitian dan dilakukan untuk mengidentifikasi pengaruh variabel independen pelatihan keselamatan yang diberikan terhadap variabel dependen serta pengaruh variabel *confounding* terhadap variabel dependen.

Analisis yang dilakukan bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh intervensi pelatihan yang diberikan terhadap pemahaman perawat pelaksana melalui perbedaan secara keseluruhan nilai variabel dependen pemahaman perawat pelaksana sebelum dan setelah pelatihan keselamatan pasien serta mengetahui perbedaan pemahaman perawat pelaksana antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol serta pengaruh karakteristik perawat pelaksana terhadap pemahaman perawat pelaksana.

Analisis bivariat yang telah dilakukan secara lengkap adalah sebagaimana yang tergambar dalam Tabel 4.3.

**Tabel 4.3 Analisis Bivariat Penelitian Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana**

	Variabel/ Sub Variabel	Skala	Data	Skala	Uji Statistik
<b>A. Uji Beda</b>					
1	Pemahaman Perawat Pelaksana Kelompok Eksperimen ( <i>Pre Test</i> )	Interval	Pemahaman Perawat Pelaksana Kelompok Eksperimen ( <i>Post Test</i> )	Interval	Uji t dependen ( <i>paired t test</i> )
2	Pemahaman Perawat Pelaksana Kelompok kontrol ( <i>Pre Test</i> )	Interval	Pemahaman Perawat Pelaksana Kelompok kontrol ( <i>Post Test</i> )	Interval	Uji t dependen ( <i>paired t test</i> )
3	Pemahaman Perawat Pelaksana Kelompok kontrol ( <i>Post Test</i> )	Interval	Pemahaman Perawat Pelaksana Kelompok Eksperimen ( <i>Post Test</i> )	Interval	Uji t independent
4	Pemahaman Perawat Pelaksana Kelompok kontrol ( <i>Pre Test</i> )	Interval	Pemahaman Perawat Pelaksana Kelompok Eksperimen ( <i>Pre Test</i> )	Interval	Uji t independent

	Variabel/ Sub Variabel	Skala	Data	Skala	Uji Statistik
<b>B. Uji Hubungan Asosiasi</b>					
1	Umur	Rasio	Pemahaman Perawat Pelaksana	Interval	Korelasi Pearson
2	Jenis Kelamin	Nominal	Pemahaman Perawat Pelaksana	Interval	Uji t independent
3	Status Pernikahan	Nominal	Pemahaman Perawat Pelaksana	Interval	Uji t independent
4	Lama Kerja	Rasio	Pemahaman Perawat Pelaksana	Interval	Korelasi Pearson
5	Status Kepegawaian	Nominal	Pemahaman Perawat Pelaksana	Interval	Uji t independent

### c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dalam penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk menentukan sub variabel dari variabel *confounding* (usia, jenis kelamin, status pernikahan, lama kerja dan status kepegawaian) yang paling berkontribusi terhadap variabel dependen (pemahaman perawat pelaksana). Analisis multivariat dilakukan dengan cara melakukan uji atau menghubungkan sub variabel dari variabel *confounding* dengan variabel dependen secara bersama-sama. Berdasarkan pertimbangan diatas maka analisis multivariat dalam penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk menentukan faktor yang berkontribusi terhadap pemahaman perawat pelaksana di RS Tugu Ibu sebagai kelompok eksperimen dengan menggunakan *Multiple Regression Linear*. Langkah-langkah uji statistik untuk analisis multivariat yang dilakukan dalam penelitian ini menurut Hastono (2007) adalah:

- 1) Melakukan uji bivariat terhadap subvariabel pada variabel *confounding* dengan variabel dependen.
- 2) Menentukan variabel atau subvariabel yang dapat dimasukkan dalam uji regresi linier ganda (*multiple regression linier*), di mana uji bivariat subvariabel pada variabel *confounding* dengan variabel dependen tersebut harus mempunyai *p value* < 0,25.

Bila didapatkan  $p \text{ value} > 0,25$  tetapi secara substansi penting maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam multivariat. Uji bivariat yang digunakan adalah sesuai yang tercantum dalam tabel 4.1.

- 3) Melakukan analisis multivariat secara bersama-sama terhadap sejumlah sub variabel dari variabel *confounding* dengan variabel dependen.
- 4) Menentukan sub variabel yang valid (sub variabel dari variabel *confounding* yang dapat dimasukkan dalam permodelan multivariat) yaitu sub variabel yang mempunyai  $p \text{ value} \leq 0,05$  dan sub variabel yang invalid yang mempunyai  $p \text{ value} > 0,05$ .
- 5) Mengeluarkan sub variabel yang invalid satu per satu dari nilai  $p \text{ value}$  yang paling besar dan selanjutnya dilakukan kembali analisis multivariat sampai ditemukan sub variabel dari variabel *confounding* yang paling dominan mempengaruhi variabel dependen pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien.
- 6) Selanjutnya hasil analisis multivariat yang didapatkan ditulis dalam bentuk model persamaan regresi linier ganda yaitu:

$$Y = a + b_1x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_k x_k + e$$



## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab kelima dalam tesis ini menjelaskan hasil penelitian tentang pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu Depok. Pelaksanaan penelitian di RS Tugu Ibu dan RS Bhakti Yudha Depok dilakukan selama bulan April 2010. Jumlah responden yang memenuhi kriteria inklusi dalam penelitian ini berjumlah 83 perawat pelaksana RS Tugu Ibu sebagai kelompok eksperimen dan 83 perawat pelaksana RS Bhakti Yudha sebagai kelompok kontrol.

Hasil penelitian selanjutnya diolah sesuai dengan rencana analisis data yang direncanakan Hasil penelitian yang dijabarkan berikut terdiri atas 3 bagian yaitu analisis univariat, bivariat dan multivariat.

#### **5.1. Analisis Univariat**

##### **5.1.1. Karakteristik Perawat Pelaksana**

Analisis dilakukan sesuai dengan data yang didapatkan dari perawat pelaksana meliputi umur, jenis kelamin, status pernikahan, lama kerja dan status kepegawaian. Uraian analisis univariat yang dilakukan terhadap karakteristik perawat pelaksana adalah sebagai berikut:

##### **a. Umur dan Lama Kerja**

Karakteristik perawat pelaksana berdasarkan umur dan lama kerja pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol adalah sebagaimana yang tergambar dalam Tabel 5.1.

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok**  
**Kontrol berdasarkan Umur dan Lama Kerja Bulan April Tahun 2010**  
**(n<sub>1</sub>= 83 dan n<sub>2</sub> = 83)**

Variabel	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
<b>Umur</b>						
a. Eksperimen	83	29,86	29,00	6,07	20-48	28,53-31,18
b. Kontrol	83	31,95	32,00	5,95	21-52	30,65-33,25
Total	166	30,90	30,50	6,08	20-52	29,97-31,88
<b>Lama Kerja</b>						
a. Eksperimen	83	7,04	5,00	5,89	1,00-21,50	5,76-8,33
b. Kontrol	83	9,31	9,17	5,77	1,00-26,00	8,05-10,57
Total	166	8,18	7,00	5,92	1,00-26,00	7,26-9,08

Berdasarkan hasil analisis terhadap kelompok eksperimen dapat disimpulkan bahwa rata-rata umur perawat pelaksana pada RS Tugu Ibu adalah 29,86 dengan standar deviasi sebesar 6,07. Umur perawat pelaksana termuda pada kelompok eksperimen adalah 20 tahun dan umur perawat pelaksana tertua pada kelompok eksperimen adalah 48 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini umur perawat pelaksana pada RS Tugu Ibu adalah di antara 28,53 sampai dengan 31,18 tahun. Sedangkan hasil analisis terhadap kelompok kontrol dapat disimpulkan bahwa rata-rata umur perawat pelaksana pada RS Bhakti Yudha adalah 31,95 dengan standar deviasi sebesar 5,95. Umur perawat pelaksana termuda pada kelompok kontrol adalah 21 tahun dan umur perawat pelaksana tertua pada kelompok kontrol adalah 52 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini umur perawat pelaksana pada RS Bhakti Yudha adalah di antara 30,65 sampai dengan 33,25 tahun.

Berdasarkan hasil pada Tabel 5.1 dapat dilihat bahwa rata-rata umur kelompok eksperimen dan kelompok kontrol hampir sama yaitu 29,86 tahun dan 31,95 tahun yang merupakan kategori umur madya. Selain itu rata-rata umur perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol keduanya berada dibawah nilai tengah umur minimal dan maksimal yaitu 34 tahun dan 36,5 tahun. Hasil di atas menunjukkan bahwa rata-rata umur perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol berada dalam kondisi kemampuan intelektual yang optimal untuk proses pelatihan.

Rata-rata lama kerja perawat pelaksana pada RS Tugu Ibu selaku kelompok eksperimen adalah 7,04 tahun dengan standar deviasi sebesar 5,89. Perawat pelaksana RS Tugu Ibu memiliki lama kerja paling sedikit 1 tahun dan terlama 21,50 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini lama kerja perawat pelaksana pada RS Tugu Ibu adalah di antara 5,76 sampai dengan 8,33 tahun. Rata-rata lama kerja perawat pelaksana pada RS Bhakti Yudha selaku kelompok kontrol adalah 9,31 tahun dengan standar deviasi sebesar 5,77. Perawat pelaksana RS Bhakti Yudha memiliki lama kerja paling sedikit 1 tahun dan terlama 26 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini lama kerja perawat pelaksana pada RS Bhakti Yudha adalah di antara 8,05 sampai dengan 10,57 tahun.

Hasil di atas menunjukkan bahwa terdapat kesamaan lama kerja antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol yang terlihat dari rata-rata nilai tengah keduanya sama-sama berada dibawah nilai tengah lama kerja minimal dan maksimal yaitu 11,25 tahun dan 13,5 tahun; dan rata-rata lama kerja yang hampir sama antara kedua kelompok yang termasuk dalam kategori senior (lebih dari 5 tahun). Hal ini sangat mendukung untuk mencapai pemahaman yang baik melalui pengalaman belajar dalam bekerja yang dimiliki oleh perawat pelaksana.

**b. Jenis Kelamin, Status Pernikahan dan Status Kepegawaian**

Karakteristik perawat pelaksana berdasarkan jenis kelamin, status pernikahan dan status kepegawaian pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol adalah sebagaimana yang tergambar dalam Tabel 5.2.

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol berdasarkan Jenis Kelamin, Status Pernikahan dan Status Kepegawaian Bulan April Tahun 2010 ( $n_1 = 83$  dan  $n_2 = 83$ )**

Variabel	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol		Total	
	F	Presentase	F	Presentase	F	Presentase
<b>Jenis Kelamin</b>						
a. Laki-laki	8	9,6	4	4,8	12	7,2
b. Perempuan	75	90,4	79	95,2	154	92,8
Total	83	100	83	100	166	100
<b>Status Pernikahan</b>						
a. Menikah	58	69,9	60	72,3	118	71,1
b. Tidak menikah	25	30,1	23	27,7	48	28,9
Total	83	100	83	100	166	100
<b>Status Kepegawaian</b>						
a. Pegawai Tetap	56	67,5	58	69,9	114	68,7
b. Pegawai Kontrak	27	32,5	25	30,1	52	31,3
Total	83	100	83	100	166	100

Berdasarkan hasil analisis di atas didapatkan bahwa dari 83 perawat pelaksana pada kelompok eksperimen sebanyak 75 orang (90,4%) dan dari 83 perawat pelaksana pada kelompok kontrol didapatkan sebanyak 79 orang (95,2%) berjenis kelamin perempuan. Sebanyak 58 perawat pelaksana (69,9%) pada kelompok eksperimen dan 60 perawat pelaksana (72,3%) pada kelompok kontrol adalah menikah. Selain itu sebanyak 56 perawat pelaksana (67,5%) pada kelompok eksperimen dan 58 perawat pelaksana (69,9%) pada kelompok kontrol merupakan pegawai tetap.

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa jenis kelamin, status pernikahan dan status kepegawaian perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol memiliki proporsi yang hampir sama dan secara keseluruhan mayoritas perawat pelaksana pada kedua kelompok berjenis kelamin perempuan, menikah serta merupakan pegawai tetap.

### 5.1.2. Pemahaman Perawat Pelaksana

Hasil analisis menggambarkan distribusi pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sebelum dan setelah pelatihan keselamatan pasien dilakukan. Uraian analisis univariat yang dilakukan terhadap pemahaman perawat pelaksana adalah sebagai berikut:

#### a. Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Sebelum Pelatihan pada Kelompok Eksperimen

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol berdasarkan Pemahaman mengenai Keselamatan Pasien Sebelum Pelatihan tentang Keselamatan Pasien Bulan April Tahun 2010**  
 ( $n_1 = 83$  dan  $n_2 = 83$ )

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
<b>Pemahaman Sebelum (<i>Pre Test</i>)</b>					
Kelompok Eksperimen	22,89	23	3,725	16 – 34	22,08 – 23,71
Kelompok Kontrol	19,99	20	4,261	10 – 30	19,06 – 20,92

Nilai rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen mengenai keselamatan pasien sebelum pelatihan (*pre test*) adalah 22,89 dengan standar deviasi 3,725. Nilai *pre test* terendah pada kelompok eksperimen adalah 16 dan nilai *pre test* tertinggi pada kelompok eksperimen adalah 34. Berdasarkan hasil estimasi interval pada kelompok eksperimen diyakini 95% pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen sebelum pelatihan berada pada rentang antara 22,08 sampai dengan 23,71. Rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol mengenai keselamatan pasien sebelum pelatihan (*pre test*) pada kelompok eksperimen adalah 19,99 dengan standar deviasi 4,261. Nilai *pre test* terendah pada kelompok kontrol adalah 10 dan nilai *pre test* tertinggi pada kelompok kontrol adalah 30. Berdasarkan hasil estimasi interval diyakini 95% pemahaman perawat pelaksana kelompok kontrol sebelum pelatihan pada kelompok eksperimen berada pada rentang antara 19,06 sampai dengan 20,92.

Berdasarkan hasil analisis di atas terlihat bahwa nilai rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen sebelum pelatihan (*pre test*) lebih tinggi sebesar 2,9 dibandingkan dengan nilai rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol.

**b. Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Setelah Pelatihan pada Kelompok Eksperimen**

**Tabel 5.4**  
**Distribusi Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok kontrol berdasarkan Pemahaman mengenai Keselamatan Pasien Setelah Pelatihan tentang Keselamatan Pasien pada Kelompok Eksperimen Bulan April Tahun 2010 ( $n_1= 83$  dan  $n_2= 83$ )**

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
<b>Pemahaman Setelah (<i>Post Test</i>)</b>					
Kelompok Eksperimen	35,11	36	2,867	26 – 41	34,48 – 35,73
Kelompok Kontrol	19,67	20	4,379	10 – 32	18,72 – 20,63

Nilai rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen mengenai keselamatan pasien setelah pelatihan (*post test*) adalah 35,11 dengan standar deviasi 2,867. Nilai *post test* terendah pada kelompok eksperimen adalah 26 dan nilai *post test* tertinggi pada kelompok eksperimen adalah 41. Berdasarkan hasil estimasi interval pada kelompok eksperimen diyakini 95% pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen setelah pelatihan berada pada rentang antara 34,38 sampai dengan 35,73. Nilai rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol setelah pelatihan pada kelompok eksperimen adalah 19,67 dengan standar deviasi 4,379. Nilai *post test* terendah pada kelompok kontrol adalah 10 dan nilai *post test* tertinggi pada kelompok kontrol adalah 32. Berdasarkan hasil estimasi interval diyakini 95% pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol setelah kelompok eksperimen mendapatkan pelatihan berada pada rentang antara 18,72 sampai dengan 20,63.

Berdasarkan hasil analisis di atas terlihat bahwa nilai rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen setelah pelatihan (*post test*) lebih tinggi sebesar 15,44 dibandingkan dengan nilai rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol.

## 5.2. Analisis Bivariat

### 5.2.1. Kesetaraan Karakteristik Perawat Pelaksana

Analisis kesetaraan dilakukan untuk melihat kesetaraan karakteristik perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol. Analisis kesetaraan terhadap umur dan lama kerja pada kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan *Independent Sample t-Test*, sedangkan analisis kesetaraan terhadap jenis kelamin, status pernikahan dan status kepegawaian dilakukan dengan menggunakan uji *Chi square*. Hasil analisis kesetaraan umur dan lama kerja adalah sebagaimana yang tercantum dalam tabel berikut:

**Tabel 5.5**  
**Analisis Kesetaraan Umur dan Lama Kerja Perawat Pelaksana**  
**pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol**  
**Bulan April Tahun 2010**  
**(n<sub>1</sub> = 83 dan n<sub>2</sub> = 83)**

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI	<i>p value</i>
<b>Umur</b>						
a. Eksperimen	29,86	29,00	6,07	20-48	28,53-31,18	0,026*
b. Kontrol	31,95	32,00	5,95	21-52	30,65-33,25	
Total	30,90	30,50	6,08	20-52	29,97-31,88	
<b>Lama Kerja</b>						
a. Eksperimen	7,04	5,00	5,89	1,00-21,50	5,76-8,33	0,013*
b. Kontrol	9,31	9,17	5,77	1,00-26,00	8,05-10,57	
Total	8,18	7,00	5,92	1,00-26,00	7,26-9,08	

\*Bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa terdapat perbedaan umur perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan *p value* 0,026 yang berarti lebih kecil dari 0,05. Hasil analisis di atas juga menunjukkan bahwa terdapat perbedaan lama kerja perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan

kelompok kontrol dengan *p value* 0,013 yang berarti lebih kecil dari 0,05. Hal ini berarti bahwa tidak terdapat kesetaraan umur dan lama kerja perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Selanjutnya hasil analisis kesetaraan terhadap jenis kelamin, status pernikahan dan status kepegawaian pada kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol adalah sebagaimana yang tercantum dalam tabel berikut:

**Tabel 5.6**  
**Analisis Kesetaraan Jenis Kelamin, Status Pernikahan**  
**dan Status Kepegawaian Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen**  
**dan Kelompok Kontrol Bulan April Tahun 2010**  
( $n_1 = 83$  dan  $n_2 = 83$ )

Variabel	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol		<i>p value</i>
	F	Presentase	F	Presentase	
<b>Jenis Kelamin</b>					
Laki-laki	8	9,6	4	4,8	0,369
Perempuan	75	90,4	79	95,2	
Total	83	100	83	100	
<b>Status Pernikahan</b>					
Menikah	58	69,9	60	72,3	0,864
Tidak menikah	25	30,1	23	27,7	
Total	83	100	83	100	
<b>Status Kepegawaian</b>					
Pegawai Tetap	56	67,5	58	69,9	0,867
Pegawai Kontrak	27	32,5	25	30,1	
Total	83	100	83	100	

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi jenis kelamin pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan *p value* 0,369 yang berarti lebih besar dari 0,05. Hasil analisis di atas juga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi status pernikahan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan *p value* 0,864 yang berarti lebih besar dari 0,05. Selain itu hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi status kepegawaian pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan *p value* 0,867 yang berarti lebih



besar dari 0,05. Secara keseluruhan hal ini berarti bahwa terdapat kesetaraan proporsi jenis kelamin, status pernikahan dan status kepegawaian pada kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol.

### 5.2.2. Perbedaan Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen Sebelum dan Setelah Pelatihan

Pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen sebelum (*pre test*) dan setelah (*post test*) pelatihan keselamatan pasien diuji dengan *Dependent Sample t-Test (Paired t test)*.

**Tabel 5.7**  
**Distribusi Rata-Rata Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen menurut Pengukuran Sebelum dan Setelah Pelatihan Bulan April Tahun 2010 (n<sub>1</sub> = 83)**

Variabel	Mean	Median	SD	SE	<i>p value</i>
Pemahaman:					
1. <i>Pre test</i>	22,89	23	3,725	0,41	0,000*
2. <i>Post test</i>	35,11	36	2,867	0,31	
Selisih	12,22		3,633	0,40	

\*Bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa peningkatan nilai rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada RS Tugu Ibu sebagai kelompok eksperimen sebelum pelatihan (*pre test*) dan setelah pelatihan (*post test*) adalah 12,22 dengan standar deviasi 3,633. Terlihat perbedaan nilai antara pemahaman pada kelompok eksperimen sebelum dan setelah pelatihan dengan hasil uji statistik *p value* sebesar 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara pemahaman pada perawat pelaksana RS Tugu Ibu sebelum dan setelah pelatihan dilakukan. Hal ini berarti bahwa pemberian pelatihan pada kelompok eksperimen meningkatkan pemahaman perawat pelaksana di RS Tugu Ibu.

### 5.2.3. Perbedaan Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Kontrol Sebelum dan Setelah Pelatihan pada Kelompok Eksperimen

Pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol sebelum (*pre test*) dan setelah (*post test*) pelatihan keselamatan pasien pada kelompok eksperimen diuji dengan *Dependent Sample t-Test (Paired t test)*.

**Tabel 5.8**  
**Distribusi Rata-Rata Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Kontrol menurut Pengukuran Sebelum dan Setelah Pelatihan pada Kelompok Eksperimen Bulan April Tahun 2010 ( $n_2 = 83$ )**

Variabel	Mean	Median	SD	SE	<i>p value</i>
Pemahaman:					
1. <i>Pre test</i>	19,99	20	4,261	0,47	0,417
2. <i>Post test</i>	19,67	20	4,379	0,48	
Selisih	-0,31		3,499	0,38	

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa penurunan nilai rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol sebelum pelatihan (*pre test*) dan setelah pelatihan (*post test*) pada kelompok eksperimen mengalami penurunan sebesar 0,31 dengan standar deviasi 3,499.

Hasil analisis ditemukan bahwa tidak terlihat perbedaan nilai yang signifikan antara pemahaman *pre test* dan *post test* pada kelompok kontrol sebagai kelompok yang tidak mendapatkan pelatihan dengan hasil uji statistik *p value* sebesar 0,417. Hal ini berarti bahwa tidak diberikannya pelatihan pada kelompok kontrol akan menyebabkan tidak ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum dan setelah mendapatkan pelatihan pada kelompok kontrol.

### 5.2.4. Perbedaan Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Sebelum Pelatihan pada Kelompok Eksperimen

Pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen sebelum (*pre test*) pelatihan dan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok

kontrol sebelum (*pre test*) pelatihan keselamatan pasien pada kelompok eksperimen diuji dengan *Independent Sample t-Test*.

**Tabel 5.9**  
**Distribusi Rata-Rata Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok**  
**Eksperimen dan Kelompok Kontrol menurut Pengukuran Sebelum**  
**Pelatihan pada Kelompok Eksperimen (*Pre Test*)**  
**Bulan April Tahun 2010 ( $n_1= 83$  dan  $n_2= 83$ )**

Variabel	n	Mean	Median	SD	SE	<i>p value</i>
<i>Pre test:</i>						
1. Kelompok Eksperimen	83	22,89	23	3,725	0,409	0,000*
2. Kelompok Kontrol	83	19,99	20	4,261	0,648	

\*Bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada RS Tugu Ibu sebelum pelatihan (*pre test*) adalah 22,89 dengan standar deviasi 3,725. Pemahaman perawat pelaksana pada RS Bhakti Yudha sebelum pelatihan (*pre test*) adalah 19,99 dengan standar deviasi 4,261. Hal ini berarti bahwa pemahaman awal yang dimiliki perawat pelaksana mengenai keselamatan pasien pada kelompok eksperimen lebih tinggi 2,9 dibandingkan dengan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol.

Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* sebesar 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan nilai rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Hal ini berarti bahwa ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

### 5.2.5. Perbedaan Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Setelah Pelatihan pada Kelompok Eksperimen

Pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen setelah (*post test*) pelatihan dan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol setelah (*post test*) pelatihan keselamatan pasien pada kelompok eksperimen diuji dengan *Independent Sample t-Test*.

**Tabel 5.10**  
**Distribusi Rata-Rata Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol menurut Pengukuran Setelah Pelatihan pada Kelompok Eksperimen (*Post Test*) Bulan April Tahun 2010 ( $n_1= 83$  dan  $n_2= 83$ )**

Variabel	n	Mean	Median	SD	SE	<i>p value</i>
<i>Post test:</i>						
1. Kelompok Eksperimen	83	35,11	36	2,867	0,315	0,000*
2. Kelompok Kontrol	83	19,67	20	4,379	0,481	

\*Bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada RS Tugu Ibu setelah pelatihan (*post test*) adalah 35,11 dengan standar deviasi 2,867. Pemahaman perawat pelaksana pada RS Bhakti Yudha setelah pelatihan (*post test*) adalah 19,67 dengan standar deviasi 4,379. Hal ini berarti bahwa pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen setelah pelatihan lebih tinggi sebanyak 15,44 dibandingkan dengan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol.

Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* sebesar 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata pemahaman pada perawat pelaksana kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah pelatihan (*post test*) diberikan pada kelompok eksperimen.

Hal ini berarti bahwa pelatihan pada kelompok eksperimen menimbulkan perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien setelah mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

#### 5.2.6. Hubungan Umur dan Lama Kerja dengan Pemahaman Perawat Pelaksana Setelah Diberikan Pelatihan Keselamatan Pasien

Hasil analisis hubungan umur dan lama kerja dengan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah diberikan pelatihan keselamatan pasien (*post test*) dapat dilihat dalam tabel berikut:

**Tabel 5.11**  
**Analisis Hubungan Umur dan Lama Kerja dengan Pemahaman Perawat Pelaksana Kelompok Eksperimen dan Kelompok kontrol Setelah Pelatihan Keselamatan Pasien Bulan April Tahun 2010 (n<sub>1</sub>= 83 dan n<sub>2</sub>= 83)**

	Variabel	R	<i>p value</i>
<b>Umur</b>			
1.	Kelompok Eksperimen	0,082	0,460
2.	Kelompok Kontrol	0,099	0,373
<b>Lama Kerja</b>			
1.	Kelompok Eksperimen	0,089	0,424
2.	Kelompok Kontrol	0,119	0,285

Hasil analisis di atas didapatkan *p value* hubungan umur dan pemahaman setelah pelatihan (*post test*) pada perawat pelaksana RS Tugu Ibu selaku kelompok eksperimen sebesar 0,460 yang berarti lebih besar dari alpha (0,05) dan pada kelompok kontrol didapatkan *p value* hubungan umur dan pemahaman setelah pelatihan (*post test*) pada perawat pelaksana sebesar 0,373 yang berarti lebih besar dari alpha (0,05). Hal ini menunjukkan bahwa dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini variabel umur tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Hasil analisis di atas juga didapatkan *p value* hubungan lama kerja dan pemahaman setelah pelatihan (*post test*) pada perawat pelaksana RS Tugu Ibu selaku kelompok eksperimen adalah sebesar 0,424 yang berarti lebih besar dari alpha (0,05) dan *p value* hubungan lama kerja dan pemahaman setelah pelatihan (*post test*) perawat pelaksana RS Bhakti Yudha selaku kelompok kontrol adalah sebesar 0,285 yang berarti lebih besar dari alpha (0,05). Hal ini menunjukkan bahwa dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini variabel lama kerja tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

#### **5.2.7. Hubungan Jenis Kelamin, Status Pernikahan dan Status Kepegawaian dengan Pemahaman Perawat Pelaksana Setelah Diberikan Pelatihan Keselamatan Pasien**

Hasil analisis hubungan jenis kelamin, status pernikahan dan status kepegawaian dengan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah diberikan pelatihan keselamatan pasien (*post test*) dapat dilihat dalam tabel berikut:

**Tabel 5.12**  
**Analisis Hubungan Jenis Kelamin, Status Pernikahan dan Status**  
**Kepegawaian dengan Pemahaman Kelompok Eksperimen dan**  
**Kelompok Kontrol Setelah Pelatihan Keselamatan Pasien**  
**Bulan April Tahun 2010 (n<sub>1</sub>= 83 dan n<sub>2</sub>= 83)**

Variabel	N	Mean	SD	SE	<i>P value</i>
<b>Kelompok Eksperimen</b>					
<b>Jenis Kelamin:</b>					
1. Laki-laki	8	35,58	3,021	1,086	0,784
2. Perempuan	75	35,08	2,870	0,331	
<b>Status Pernikahan:</b>					
1. Menikah	58	35,21	2,783	0,365	0,637
2. Tidak Menikah	25	34,55	3,100	0,620	
<b>Status Kepegawaian:</b>					
1. Pegawai Tetap	56	35,45	2,600	0,347	0,123
2. Pegawai Kontrak	27	34,41	3,296	0,634	
<b>Kelompok Kontrol</b>					
<b>Jenis Kelamin:</b>					
1. Laki-laki	4	22,00	6,532	3,266	0,279
2. Perempuan	79	19,56	4,269	0,480	
<b>Status Pernikahan:</b>					
1. Menikah	60	19,77	3,748	0,484	0,801
2. Tidak Menikah	23	19,43	5,806	1,211	
<b>Status Kepegawaian:</b>					
1. Pegawai Tetap	58	20,28	4,392	0,577	0,052
2. Pegawai Kontrak	25	18,28	4,098	0,820	

Hasil analisis pada Tabel 5.12 menunjukkan nilai *p value* hubungan jenis kelamin dengan pemahaman perawat pelaksana RS Tugu Ibu sebagai kelompok eksperimen adalah 0,784 yang berarti lebih besar dari alpha (0,05) dan *p value* hubungan jenis kelamin dengan pemahaman perawat pelaksana RS Bhakti Yudha sebagai kelompok kontrol adalah 0,279 lebih besar dari alpha (0,05). Hal ini menunjukkan bahwa dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin perawat pelaksana dengan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah kelompok eksperimen diberi pelatihan mengenai penerapan keselamatan pasien.

Analisis hubungan status pernikahan dengan pemahaman perawat pelaksana RS Tugu Ibu sebagai kelompok eksperimen didapatkan *p value* 0,637 lebih besar dari alpha (0,05) dan analisis hubungan status pernikahan dengan pemahaman perawat pelaksana RS Bhakti Yudha selaku kelompok kontrol didapatkan *p value* 0,801 lebih besar dari alpha (0,05). Hal ini berarti bahwa tidak ada hubungan antara status pernikahan perawat pelaksana dengan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah kelompok eksperimen diberi pelatihan mengenai penerapan keselamatan pasien.

Analisis hubungan status kepegawaian dengan pemahaman perawat pelaksana RS Tugu Ibu sebagai kelompok eksperimen didapatkan *p value* 0,123 lebih besar alpha (0,05) dan analisis hubungan status kepegawaian dengan pemahaman perawat pelaksana RS Bhakti Yudha selaku kelompok kontrol didapatkan *p value* 0,052 lebih besar alpha (0,05). Hal ini berarti bahwa tidak ada hubungan antara status kepegawaian perawat pelaksana dengan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah kelompok eksperimen diberi pelatihan mengenai penerapan keselamatan pasien.

### **5.3. Analisis Multivariat**

Analisis multivariat dilakukan untuk menentukan faktor yang paling berkontribusi terhadap pemahaman perawat pelaksana RS Tugu Ibu sebagai kelompok eksperimen. Sebelum melakukan tahapan analisis multivariat ini terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat untuk mengidentifikasi hubungan antara umur, jenis kelamin, status pernikahan, lama kerja dan status kepegawaian perawat pelaksana yang menjadi responden sebagaimana yang tercantum dalam hasil seleksi bivariat pada Tabel 5.11 dan Tabel 5.12.

Berdasarkan seleksi bivariat terhadap variabel umur jenis kelamin, status pernikahan, lama kerja dan status kepegawaian di RS Tugu Ibu didapatkan bahwa variabel yang masuk dalam permodelan multivariat (*p value* < 0,25) adalah



variabel status kepegawaian. Namun dengan mempertimbangkan bahwa variabel umur, jenis kelamin, status pernikahan dan lama kerja merupakan variabel yang secara substansi sangat penting berhubungan dengan variabel pemahaman, maka variabel tersebut tetap diikutkan dalam analisis multivariat. Variabel-variabel tersebut kemudian dianalisis menggunakan regresi linier berganda dengan hasil sebagai berikut:

**Tabel 5.13**  
**Model Awal Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen**  
**Bulan April Tahun 2010 (n = 83)**

Variabel	B	Beta	Sig.	R square	p value
Constan	36,409				
Umur	0,016	0,033	0,902		
Jenis Kelamin	-0,010	-0,001	0,993	-0,033	0,793
Status Pernikahan	-0,003	-0,003	0,997		
Lama Kerja	-0,030	-0,061	0,826		
Status Kepegawaian	-1,162	-0,191	0,209		

Variabel Dependen: Pemahaman Kelompok Eksperimen

Selanjutnya dari hasil permodelan tersebut dikeluarkan variabel dengan *p value* (*Sig*) > 0,05 secara berturut-turut mulai dari yang terbesar. Hasil analisis dengan mengeluarkan variabel status pernikahan (0,997), jenis kelamin (0,994), umur (0,892) dan lama kerja (0,829) didapatkan hasil sebagai berikut:

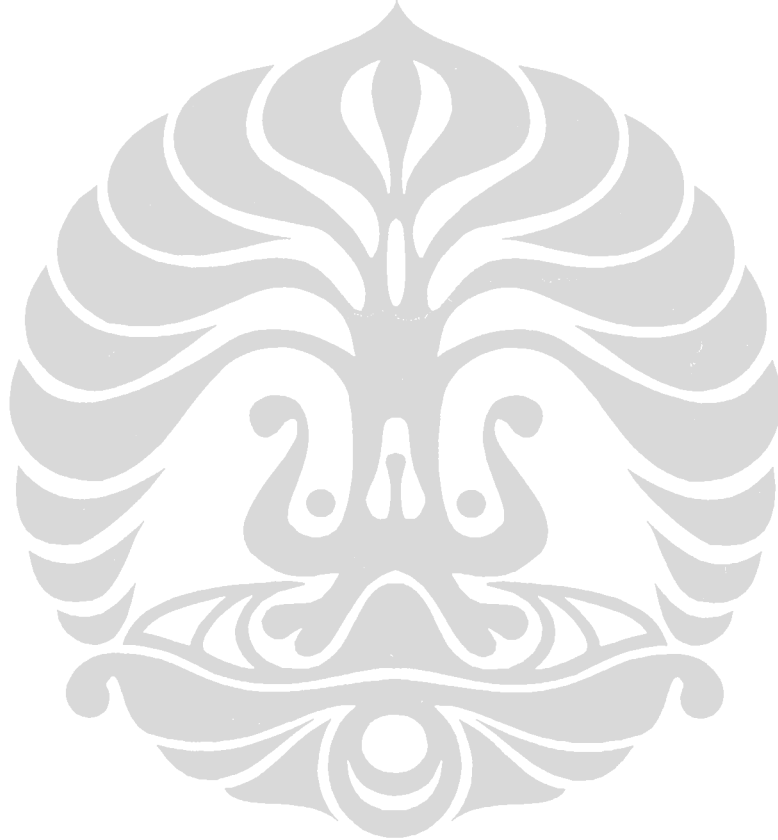
**Tabel 5.14**  
**Model Pemahaman Perawat Pelaksana Kelompok Eksperimen**  
**Bulan April Tahun 2010**

Variabel	B	Beta	Sig.	R square	p value
Constan	36,485			0,029	0,123
Status Kepegawaian	-1,039	-0,171	0,123		

Variabel Dependen: Pemahaman Kelompok Eksperimen

Hasil pada analisis di atas menunjukkan bahwa permodelan terakhir berupa variabel status kepegawaian memiliki *p value* 0,123 yang berarti lebih besar dari 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa variabel status kepegawaian bukan merupakan variabel *confounding* atau bukan faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan

pemahaman perawat pada kelompok eksperimen. Hasil analisis *model summary* didapatkan koefisien determinasi ( $R^2$ ) = 0,029 yang berarti bahwa status kepegawaian dapat menjelaskan variasi variabel pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen sebesar 2,9% dan sisanya adalah disebabkan oleh faktor lain. Hal ini berarti bahwa peningkatan pemahaman pada kelompok eksperimen secara bermakna disebabkan oleh intervensi berupa pelatihan keselamatan pasien yang diberikan dan bukan akibat pengaruh karakteristik individu sebagai variabel *confounding*.



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pembahasan dalam penelitian ini menguraikan tentang hasil penelitian mengenai pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien. Bahasan tentang interpretasi hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk diskusi yang ditinjau dari kesesuaian dan kesenjangan hasil penelitian yang diperoleh dengan berbagai hasil penelitian sebelumnya serta dengan berbagai konsep dan teori yang berhubungan dengan variabel penelitian. Pada bab ini juga dikemukakan keterbatasan penelitian serta implikasi penelitian yang membahas mengenai pengaruh dan manfaat penelitian ini terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan, organisasi profesi dan penelitian selanjutnya.

#### **6.1. Diskusi Hasil Penelitian**

##### **6.1.1. Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien Sebelum Mendapatkan Pelatihan**

Kemampuan kognitif seseorang sangat mempengaruhi kemampuan individu tersebut dalam melakukan tindakan yang tidak menimbulkan risiko terhadap keselamatan pasien. Pengetahuan merupakan kepercayaan yang dapat dipertanggungjawabkan serta merupakan sesuatu yang eksplisit dan terpikirkan (Krough, Ichiyo, Nonaka, 2000 dalam Thite, 2004: Cho, 1998, dalam Setiarso, Triyono & Subagyo, 2009). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, setelah individu melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan juga merupakan sebuah perubahan yang relatif menetap dalam perilaku yang dihasilkan dari pengalaman (Baron & Greenberg, 2000).

Organisasi yang ingin mengembangkan budaya belajar yang efektif perlu memetakan pengetahuan yang dimiliki oleh staf. Riset Delphi Group yang juga dikemukakan dalam Setiarso, Triyono dan Subagyo (2009) menemukan bahwa 45% aset pengetahuan tersimpan dalam pikiran staf

dalam bentuk pengetahuan dan pengalaman sedangkan sisanya berada dalam dokumen kertas dan dokumen elektronik dalam berbagai bentuk. Hal ini berarti bahwa hasil penelitian ini merupakan gambaran nyata pemahaman awal perawat pelaksana mengenai keselamatan pasien pada kedua rumah sakit yang dijadikan tempat penelitian.

Pemahaman awal perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol berdasarkan hasil penilaian kognitif melalui *pre test* terhadap masing-masing kelompok dalam penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata pemahaman pada kelompok eksperimen sebelum pelatihan (*pre test*) lebih tinggi sebesar 2,9 dibandingkan dengan rata-rata pemahaman awal (*pre test*) pada kelompok kontrol dan ada perbedaan signifikan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan *p value* 0,000. Hal ini berarti bahwa nilai rata-rata pada kedua kelompok menunjukkan pemahaman awal perawat pelaksana mengenai keselamatan pasien baik pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol masih belum optimal walaupun secara keseluruhan tingkat pendidikan responden adalah DIII Keperawatan.

Perbedaan pemahaman awal pada kedua kelompok dapat dihubungkan dengan adanya perbedaan kondisi organisasi antara RS Tugu Ibu maupun RS Bhakti Yudha. Kebijakan penerapan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu telah ditetapkan sejak tahun 2007 sedangkan di RS Bhakti Yudha sejak tahun 2009. Hal ini berarti bahwa keterpaparan perawat terhadap pada program keselamatan pasien dalam lingkup tanggung jawab perawat pada kedua rumah sakit secara nyata berbeda, dimana kebijakan mengenai penerapan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu relatif lebih lama dibandingkan di RS Bhakti Yudha.

Perbedaan yang nyata juga ditemukan terkait pengelolaan manajemen keperawatan pada kedua RS. Pengorganisasian keperawatan di RS Bhakti Yudha terletak pada manajer area yang lingkup kewenangannya lebih berorientasi pada proses operasional ruang rawat, sedangkan pelaksanaan peran dan fungsi manajer area yang mengarah pada peran dan fungsi manajer keperawatan untuk menerapkan keselamatan pasien belum terlalu optimal walaupun didukung oleh unit fungsional lain seperti Komite Keselamatan Pasien dan Komite Keperawatan. Berbeda dengan hal ini, kewenangan pengorganisasian keperawatan di RS Tugu Ibu dikelola oleh Bidang keperawatan yang memiliki Sub Bidang Mutu dan Asuhan Keperawatan serta SDM Keperawatan yang juga didukung oleh Komite Keperawatan serta memiliki keterlibatan yang aktif dalam Komite Keselamatan Pasien.

Hasil penelitian dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juslida (2001) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan nilai rata-rata pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum intervensi (nilai kelompok intervensi lebih tinggi daripada nilai kelompok kontrol) dengan *p value* sebesar 0,007.

Nilai rata-rata pemahaman perawat pelaksana mengenai keselamatan pasien pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dalam penelitian ini menunjukkan kondisi pemahaman awal mengenai keselamatan pasien yang belum adekuat. Pertimbangan atas kesamaan kriteria inklusi yang telah terpenuhi oleh responden pada masing-masing kelompok secara umum memberikan gambaran bahwa kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sudah cukup homogen. Hal ini berarti bahwa walaupun terdapat perbedaan nilai pemahaman pada kedua kelompok namun jika dibandingkan dengan nilai maksimal yang harus diperoleh keseluruhan responden maka nilai pemahaman pada kedua kelompok masih belum optimal.

Pengetahuan staf merupakan investasi yang sangat penting dalam organisasi. Baron dan Greenberg (2000) menyatakan bahwa pengetahuan, kemampuan, keterampilan dan kepribadian merupakan bagian dari karakteristik individual yang akan mempengaruhi perilaku organisasi. Rivai dan Sagala (2009) menyatakan bahwa kemampuan staf dalam suatu bidang kerja tidak menjamin bahwa staf tersebut kompeten dan sukses dalam melakukan pekerjaannya. Setiarso, Triyono dan Subagyo (2009) menyatakan bahwa budaya lingkungan dalam bentuk nilai dan kepercayaan, motivasi dan komitmen, serta insentif untuk upaya berbagi pengetahuan dalam organisasi merupakan suatu hal yang penting dalam program pengelolaan pengetahuan dalam organisasi. Cahyono (2008) menyatakan bahwa pengetahuan SDM kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien.

Peneliti berpendapat bahwa pengetahuan awal staf mengenai pekerjaannya dipengaruhi oleh banyak faktor yang ada dalam suatu organisasi. Perkembangan dan pertumbuhan organisasi menimbulkan konsekuensi pada organisasi untuk melakukan berbagai strategi untuk membangun pengetahuan SDM mengenai hal-hal yang harus dilakukan oleh staf terkait pekerjaannya. Upaya membangun pengetahuan SDM yang didukung oleh kebijakan merupakan salah satu cara inovasi yang tepat untuk memungkinkan staf memiliki kemampuan dan tanggung jawab sesuai dengan tuntutan perubahan pada era globalisasi yang disertai dengan persaingan di berbagai bidang.

Organisasi yang inovatif perlu membangun budaya berbagi pengetahuan (*knowledge sharing*). *Knowledge sharing* memiliki pengaruh yang sangat besar untuk meningkatkan kemampuan manusia dalam berfikir secara logis yang diperlukan untuk menghasilkan kreatifitas dan meningkatkan daya inovasi. Pengetahuan staf harus dikelola sehingga organisasi perlu

merencanakan dan mengimplementasikan program pengelolaan pengetahuan staf (Setiarso, Triyono dan Subagyo, 2009).

Rasmussen, Reason dan Norman dalam Cahyono (2008) menyatakan bahwa KTD sangat berhubungan dengan faktor kesalahan manusia sebagai penyebabnya yang terjadi saat seseorang melakukan aksi atau tindakan. Tindakan seseorang dipengaruhi oleh aktifitas kognitif. Tidak adekuatnya pengolahan sistem informasi dalam sistem kognitif merupakan penyebab kesalahan manusia yang mengancam keselamatan manusia.

Analisis peneliti terkait hal ini adalah upaya meningkatkan pengetahuan tetap merupakan suatu hal yang penting khususnya dalam konteks keselamatan pasien. Hal ini didukung oleh pendapat Notoadmodjo (2009) yang menyatakan bahwa pengetahuan yang menunjang keterampilan perlu diberikan agar staf dapat melakukan tugasnya berdasarkan teori-teori yang dapat dipertanggungjawabkan. Sejalan dengan hal ini juga Henriksen, Joseph, dan Zayas-Caban (2009) menyatakan bahwa keterbatasan pengetahuan SDM memiliki peran penting dalam menyebabkan keterbatasan institusi pelayanan untuk mengelola pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien. Hal ini berarti bahwa keterbatasan pengetahuan merupakan hal kunci sangat perlu dipertimbangkan demi keamanan asuhan yang diberikan oleh tenaga kesehatan termasuk perawat.

Adanya perbedaan mendasar dalam pemahaman yang dimiliki perawat pelaksana mengenai keselamatan pasien pada kedua kelompok dalam penelitian ini yang bersifat individual dan sangat tergantung pada keterpaparan seseorang tentang keselamatan pasien perlu didukung dengan langkah pemecahan yang mengarah pada perbaikan pemahaman perawat mengenai tuntutan kinerja perawat dalam lingkup keselamatan pasien. Walaupun kebijakan mengenai keselamatan pasien telah dicanangkan sejak tahun 2005 di Indonesia dan telah menjadi program nasional yang sejalan dengan komponen penilaian akreditasi sejak tahun 2008 dalam

kerangka penjaminan mutu pelayanan, tetap dibutuhkan upaya aplikatif untuk lebih mensosialisasikan program keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan secara lebih baik.

Sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya, peran kritis perawat profesional dalam pencegahan terhadap kesalahan dan kejadian nyaris cidera membawa konsekuensi mengenai perlunya optimalisasi perkembangan individu perawat. Hal ini didukung oleh pendapat Lumenta (2008) yang menyatakan bahwa hal yang berpengaruh terhadap kemampuan organisasi untuk meningkatkan mutu melalui aspek keselamatan pasien dipengaruhi oleh faktor individu. Hal ini berarti bahwa optimalisasi perkembangan individu perawat memerlukan upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan secara khusus dalam lingkup keselamatan pasien.

Terkait dengan konsep manajemen SDM, pengetahuan dinyatakan sebagai suatu syarat penting terbentuknya perilaku karyawan. Komitmen yang timbul sebagai hasil dari pengetahuan yang dimiliki oleh perawat akan membawa pada perilaku positif untuk mendukung budaya keselamatan pasien karena perawat merupakan '*sharp end*' dalam pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien. Kontak langsung perawat dengan pasien dalam interaksi yang berlangsung terus menerus dan interdependensi dengan tenaga kesehatan profesional lainnya dalam kerangka kemitraan dan koordinasi menjadikan perawat memiliki peran sentral untuk menjamin keamanan asuhan yang diterima pasien. Hal ini sejalan dengan pendapat Mangkuprawira (2008) yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan unsur pokok bagi setiap karyawan untuk merubah perilakunya dalam mengerjakan sesuatu. Karyawan yang hanya menggunakan pengetahuan yang sekedarnya akan semakin tertinggal kinerjanya dibanding karyawan yang selalu menambah pengetahuannya yang baru. Hal ini semakin memperjelas bahwa pengetahuan tidak hanya dapat dipandang sebagai investasi yang bermanfaat pada waktu tertentu



saja akan tetapi bagaimana pengetahuan mempengaruhi kinerja karyawan pada periode pekerjaan karyawan merupakan suatu hal yang penting diperhatikan dalam mengelola SDM.

### **6.1.2. Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien Setelah Mendapatkan Pelatihan**

Baron & Greenberg (2000) menyatakan bahwa pelatihan digunakan untuk menyiapkan karyawan baru menghadapi tantangan dalam pekerjaannya. Cahyono (2008) menyatakan bahwa pelatihan merupakan proses sistematis dan terorganisir untuk mempengaruhi produktivitas, kinerja dan pekerjaan staf secara efektif serta penguasaan suatu hal yang khusus yang menjadi kewajiban dari pekerjaan yang dimiliki oleh staf. Dampak kegiatan kognitif yang diperoleh seseorang melalui pelatihan adalah berupa proses pengambilan keputusan yang semakin baik sehingga seseorang akan terhindar untuk melakukan kesalahan.

Pelatihan dinyatakan sebagai bagian pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan keterampilan di luar sistem pendidikan yang berlaku dalam waktu yang relatif singkat. Keterampilan yang dimaksud dalam hal ini adalah keterampilan dalam berbagai bentuk antara lain *physical skill*, *intellectual skill*, *social skill*, dan *managerial skill* (Rivai dan Sagala, 2009). Jika dikaitkan dengan pendapat tersebut maka pelatihan yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan pelatihan yang berorientasi pada peningkatan *intellectual skill* yang berhubungan dengan keselamatan pasien.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien setelah mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan *p value* 0,000. Hal ini berarti bahwa pelatihan keselamatan pasien berpengaruh terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu Depok sebagai kelompok

yang diberikan intervensi berupa pelatihan. Selain itu jika dibandingkan antara kedua kelompok perawat pelaksana maka rata-rata pemahaman pada kelompok eksperimen setelah pelatihan (*post test*) jauh lebih tinggi sebesar 15,44 dibandingkan dengan rata-rata pemahaman melalui *post test* pada kelompok kontrol.

Hasil penelitian dalam penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juslida (2001) yang menemukan bahwa terdapat perbedaan nilai rata-rata pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah intervensi (nilai rata-rata kelompok intervensi makin jauh melebihi kelompok kontrol) dengan *p value* sebesar 0,0001. Hasil penelitian lain yang juga sejalan dengan penelitian ini adalah penelitian oleh Ginsburg, Norton, Casebeer dan Lewis (2005) yang membuktikan bahwa secara statistik terdapat peningkatan pada 1 dari 3 aspek pengukuran budaya keselamatan yang dipersepsikan oleh kelompok studi yang memperoleh intervensi pelatihan dan ada kemunduran yang signifikan pada salah satu aspek pengukuran budaya keselamatan yang dipersepsikan oleh kelompok kontrol.

Pelatihan yang diberikan pada staf akan membawa pengaruh terhadap proses kognitif yang mendasari tindakan individu. Teori kognitif yang dikemukakan oleh Rasmussen, Reason dan Norman dalam Cahyono (2008) menguatkan teori mengenai model perbuatan manusia yang didasarkan pada konsep kognitif. Proses analisis secara sadar dalam bentuk berpikir sebelum mengambil suatu keputusan merupakan gambaran kontribusi *knowledge based level* dalam pencegahan suatu kesalahan yang dilakukan manusia. Proses untuk memahami kondisi abnormal yang mengancam kehidupan pasien dengan deteksi risiko dan menentukan langkah koreksi yang tepat dalam lingkup keperawatan maupun dengan melibatkan tenaga kesehatan yang lain merupakan salah satu bentuk kegiatan kognitif dalam tatanan *knowledge based level*.

Proses kognitif untuk meningkatkan pengetahuan melalui belajar yang ada dalam kegiatan pelatihan staf tidak terlepas dari makna konsep belajar. Suryabrata (2008) menyatakan bahwa pada dasarnya belajar akan menimbulkan perubahan perilaku baik aktual maupun potensial. Sejalan dengan hal ini Robbins (2001) secara jelas mengungkapkan bahwa pola penerimaan pengetahuan dan pembelajaran yang ada dalam kegiatan pelatihan staf merupakan hal yang penting untuk diperhatikan dalam proses pemberian pelatihan. Sejalan dengan hal ini Quaid, Thao & Denham (2010) menyatakan bahwa internalisasi pengetahuan ke dalam nilai-nilai individu mengenai keselamatan pasien merupakan hal yang harus diupayakan dan menjadi dasar untuk belajar dari kejadian melalui diskusi mengenai kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien. Perubahan perilaku yang didasari pada perubahan kemampuan kognitif individu dipengaruhi oleh banyak hal antara lain proses emosional, internal dan pribadi. Kombinasi pengalaman dan konseptualisasi merupakan kondisi pembelajaran yang paling baik bagi staf (Gillies, 1994).

Jika dihubungkan dengan berbagai teori dan hasil penelitian diatas yang membahas mengenai manfaat pelatihan dalam meningkatkan pengetahuan staf melalui perbedaan yang tampak antara kelompok yang diberi intervensi dan yang tidak diberi intervensi, perbedaan pemahaman yang disimpulkan melalui hasil pengukuran *post test* antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol disebabkan karena tidak adanya stimulus berupa pelatihan pada kelompok kontrol sehingga hasil penelitian ini menunjukkan perbedaan yang signifikan antara kelompok perawat yang diberi pelatihan dan yang tidak diberi pelatihan.

Sesuai dengan teori *Law of Response by Analogy* yang dikemukakan oleh Thorndike dalam Suryabrata (2008) yang menjelaskan bahwa individu cenderung akan bereaksi dan menampilkan respon terhadap hal tertentu yang dihadapinya. Hal ini berarti bahwa tanpa upaya untuk meningkatkan pengetahuan melalui pelatihan pada kelompok kontrol maka tidak akan

terjadi respon mengenai hal tertentu dan seseorang cenderung hanya akan menampilkan keterampilan kognitif yang telah ada pada dirinya saja.

Perbedaan pemahaman yang diperoleh perawat setelah mendapatkan pelatihan merupakan salah satu bentuk kemanfaatan yang dicapai oleh individu dan juga rumah sakit. Hal ini sejalan dengan pendapat Rivai dan Sagala (2009) yang menyatakan bahwa pelatihan memiliki manfaat berupa tanggung jawab dan prestasi yang lebih dapat diinternalisasi, meningkatnya pengetahuan, keterampilan dan sikap serta membantu menghilangkan rasa takut menghadapi tugas baru. Lebih lanjut manfaat yang akan dirasakan dari pelatihan yang diadakan adalah dapat berbentuk sikap yang lebih positif terhadap orientasi yang akan dicapai oleh organisasi dan sikap moral yang lebih baik. Jika dihubungkan dengan upaya untuk membangun budaya keselamatan maka kemanfaatan ini akan berkembang menjadi investasi yang bernilai positif untuk meningkatkan peran perawat dalam membangun budaya keselamatan.

Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa pengetahuan individu yang diperoleh melalui pelatihan dalam pekerjaannya termasuk dalam upaya pengembangan yang bermakna terhadap tingkat kebutuhan perawat akan pengetahuan. Pelatihan dalam lingkup mutu dan keselamatan merupakan salah satu sarana untuk menambah kebutuhan akan pengetahuan baru dan untuk meningkatkan kinerja individu dan kinerja sistem (Henriksen & Dayton, 2006). Sedangkan Mc.Cutcheon et. al. (2006) merekomendasikan bahwa SDM keperawatan memiliki kebutuhan yang besar untuk mendapatkan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan dalam berbagai jenjang untuk mendukung penerapan keselamatan pasien. Dapat disimpulkan bahwa peningkatan pengetahuan yang diperoleh perawat merupakan hasil yang diperoleh dari sebuah upaya meningkatkan kebutuhan perawat akan pengetahuan mengenai keselamatan pasien yang melibatkan proses kognitif individu yang akhirnya diharapkan dapat

berdampak pada peningkatan kinerja dan kontribusi perawat dalam menerapkan keselamatan pasien.

### **6.1.3. Perbedaan Pemahaman Perawat Pelaksana Mengenai Penerapan Keselamatan Pasien Sebelum dan Setelah Mendapatkan Pelatihan**

Pengembangan motivasi, mengambil perhatian peserta pelatihan terhadap apa yang dipelajari, membantu peserta menerapkan apa yang telah mereka pelajari, memberikan kesempatan untuk mempraktekkan perilaku yang baru, serta memberikan penghargaan positif terhadap prestasi karyawan merupakan tujuan model yang dikembangkan dalam bentuk pelatihan (Robbins, 2003). Notoatmodjo (2009) menyatakan bahwa pelatihan pegawai bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kerja pegawai melalui peningkatan kemampuan pengelolaan program dan teknis fungsional program yang bersangkutan. Pelatihan juga akan meningkatkan kemampuan tugas di bidang masing-masing.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum dan setelah mendapatkan pelatihan pada kelompok eksperimen dengan *p value* 0,000 dan tidak ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum (*pre test*) dan setelah (*post test*) pada kelompok kontrol dengan *p value* 0,417.

Hasil penelitian yang didapatkan pada kelompok eksperimen dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juslida (2001) yang menemukan bahwa pada kelompok intervensi didapatkan perbedaan nilai rata-rata sebelum dan setelah intervensi dengan *p value* sebesar 0,0001. Penelitian yang dilakukan oleh Dauer, Kelvin, Horan, dan Germain (2006) mengenai efektifitas pelatihan yang dilakukan terhadap sekelompok perawat onkologi yang memberikan terapi radiasi menemukan bahwa ada perbedaan signifikan pengetahuan kognitif yang diukur antara *pre test* dan *post test* serta adanya peningkatan sikap yang positif pada 5

dari 9 area sikap yang dievaluasi. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Kirana (2007) yang menemukan bahwa ada perbedaan kemampuan kognitif perawat secara signifikan pada kelompok intervensi sebelum dan setelah diberikan pelatihan dengan *p value* 0,000.

Sebaliknya, penelitian lain yang berbeda dengan hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Indraswati (2008) yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan perawat sebelum dan setelah mendapatkan pelatihan melalui pengukuran sebelum, selama dan setelah pelatihan dengan *p value* 0,454. Perbedaan yang dilakukan oleh Indraswati (2008) dengan penelitian ini dapat dilihat dari perbedaan karakteristik perawat yang dijadikan responden, tipe rumah sakit dan juga adanya perbedaan dalam desain penelitian.

Hasil penelitian yang didapatkan pada kelompok kontrol juga berbeda jika dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juslida (2001) dimana dalam penelitian yang dilakukannya dengan menggunakan kelompok kontrol yang berada dalam lingkup rumah sakit yang sama terdapat peningkatan nilai pada kelompok kontrol atau terdapat perbedaan pengetahuan yang bermakna pada kelompok kontrol sebelum dan setelah intervensi walaupun kelompok kontrol tidak mendapatkan pelatihan dengan *p value* sebesar 0,007. Perbedaan dengan penelitian ini pun terletak pada karakteristik perawat dan tipe rumah sakit yang digunakan. Walaupun secara umum desain penelitian yang digunakan sama dengan penelitian ini akan tetapi Juslida (2001) mengemukakan bahwa perawat yang terlibat dalam kelompok intervensi maupun kelompok kontrol merupakan perawat yang berasal dari ruangan yang sama yang memungkinkan terjadinya interaksi antar kelompok diluar kegiatan pelatihan.

Perbedaan hasil uji statistik antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol menunjukkan bahwa ternyata kelompok eksperimen dan kelompok

kontrol memberikan respon yang berbeda berdasarkan ada atau tidak adanya stimulus berupa pelatihan keselamatan pasien. Tidak adanya perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai keselamatan pasien pada kelompok kontrol yang bahkan cenderung menurun berdasarkan pengukuran *pre test* dan *post test* tanpa disertai intervensi berupa pelatihan menunjukkan bahwa tidak akan ada perubahan pemahaman dalam kurun waktu tertentu jika tidak ada stimulus berupa informasi yang diberikan melalui pelatihan.

Hasil penelitian pada kelompok eksperimen yang menunjukkan ada perbedaan pemahaman sebelum dan setelah pelatihan membuktikan bahwa pelatihan dapat mempengaruhi pemahaman perawat pelaksana secara positif. Perbedaan pemahaman sebelum dan setelah pelatihan yang diberikan terhadap perawat pelaksana pada kelompok eksperimen mengenai penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan merupakan peningkatan hasil yang diharapkan dari pemberian intervensi berupa pelatihan. Hal ini sejalan dengan pendapat Rivai dan Sagala (2009) yang menyatakan bahwa jika kemampuan peserta pelatihan meningkat secara signifikan, artinya program pelatihan secara aktual menyebabkan terjadinya perbedaan kemampuan. Program pelatihan dapat dikatakan berhasil apabila peningkatan kemampuan dapat memenuhi kriteria evaluasi dan dapat ditransfer ke pekerjaan serta mengakibatkan perubahan sikap yang dapat diukur dengan meningkatkan *performance* pekerjaan.

Kecenderungan adanya penurunan nilai pada kelompok kontrol dapat dikaitkan dengan rentang waktu pengambilan data *pre test* dan *post test* yang hanya berselang 5 hari. Rentang waktu *pre test* dan *post test* yang cukup singkat menyebabkan perawat pelaksana pada kelompok kontrol tidak memiliki kesempatan untuk mencari sumber-sumber pengetahuan baru dari lingkungannya yang berhubungan dengan keselamatan pasien. Hal ini didasari oleh pandangan yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2007) yang menyatakan bahwa lingkungan berpengaruh terhadap proses

masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Interaksi timbal balik ataupun tidak akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu dari lingkungannya. Gillies (1994) juga menyatakan bahwa pembelajaran dalam pelatihan merupakan fenomena aktif daripada pasif.

Terkait dengan hal di atas, peneliti berpendapat bahwa walaupun secara nyata terdapat perbedaan yang sangat signifikan antara pemahaman sebelum dan setelah pelatihan pada kelompok eksperimen dan tidak ada perbedaan signifikan pada kelompok kontrol yang tidak memperoleh pelatihan, tetap diperlukan suatu tindak lanjut program pelatihan yang seharusnya dapat dilakukan secara terprogram. Pertimbangan yang mendasari pendapat peneliti akan hal ini adalah untuk mengetahui seberapa lama dan seberapa baik hasil pelatihan dapat bertahan serta menimbulkan perubahan sikap dan kinerja perawat dalam menerapkan keselamatan pasien. Hal ini didukung oleh Gillies (1994) yang menyatakan bahwa hasil pembelajaran dalam pelatihan juga akan lebih efektif jika staf diberikan kesempatan untuk menerapkan fungsi tertentu. Selain itu Morrison (1991) secara jelas mengemukakan bahwa efektifitas ingatan terhadap obyek pelatihan dapat dioptimalkan dengan melakukan pelatihan lanjutan maksimal selama 6 bulan dari pelatihan sebelumnya karena interval retensi pengetahuan pada staf setelah mendapatkan pelatihan berada dalam rentang tersebut.

Evaluasi dampak program pelatihan yang diberikan perlu diiringi dengan suatu pelatihan yang berkesinambungan, terprogram dan terencana sesuai dengan peningkatan kebutuhan perawat atas hal spesifik yang menjadi tuntutan kinerja perawat dalam menerapkan keselamatan pasien. Alokasi waktu yang tidak cukup panjang untuk pemberian intervensi berupa pelatihan dalam penelitian ini perlu dipertimbangkan sebagai faktor yang berdampak pada belum optimalnya pencapaian pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen. Pendapat ini didukung oleh



Suryabrata (2005) yang menyatakan bahwa *testee* perlu diberikan kurun waktu tertentu untuk menghadapi tes yang bertujuan mengukur kapasitas pengetahuan yang mereka dimiliki.

Tuntutan kinerja ini secara langsung berhubungan dengan peningkatan peran perawat untuk menjaga mutu pelayanan keperawatan melalui penerapan keselamatan pasien serta perlu didukung dengan pengetahuan yang adekuat. Hal ini sejalan dengan pendapat Cahyono (2008) yang menyatakan bahwa walaupun di Indonesia telah dilakukan upaya sosialisasi mengenai keselamatan pasien, kebutuhan akan informasi yang adekuat dan spesifik mengenai kontribusi perawat dan tenaga kesehatan lainnya tetap menjadi faktor penentu dalam menciptakan budaya keselamatan pasien. Sedangkan Yates et. al. (2006) menyatakan bahwa fondasi yang mendukung optimalisasi peran SDM dalam membangun budaya keselamatan pasien adalah berupa akuntabilitas perilaku-perubahan perilaku dan menciptakan kebiasaan-kebiasaan yang mendukung budaya keselamatan pasien. Ini berarti bahwa hasil penelitian ini dapat menjadi bagian dari sejumlah *evidence* untuk mendukung pentingnya kontribusi pengetahuan perawat mengenai keselamatan pasien dalam upaya membangun budaya keselamatan pasien.

Wise dan Kowalski (2006: 396) menyatakan bahwa pelatihan akan memungkinkan organisasi kesehatan untuk memberikan pelayanan yang luar biasa terhadap pasien dan mempertahankan sumber-sumber nilai yang dimiliki organisasi melalui upaya untuk membangun organisasi yang pembelajar. Senada dengan yang dikemukakan oleh Cahyono (2008) yang menyatakan bahwa pengetahuan untuk mendukung *Learning Culture* yang ada dalam suatu organisasi sangat berhubungan dengan perubahan budaya keselamatan pasien. Hal ini berarti bahwa pemberian pelatihan mengenai keselamatan pasien jika dilakukan secara konsisten akan berdampak pada budaya yang optimal untuk menjamin keselamatan pasien melalui

perubahan organisasi menjadi organisasi yang pembelajar dan juga akan sangat mendukung terciptanya budaya keselamatan.

Beazley et al (2002, dalam Morgans, Joyle & Albers, 2005) menyatakan bahwa pengelolaan pengetahuan secara berkelanjutan merupakan suatu bentuk transfer penerapan pengetahuan kritis secara efisien dan efektif baik secara individual maupun institusional untuk mendukung staf agar dapat memperoleh kesuksesan atas pelayanan yang mereka berikan melalui kreasi akan pengetahuan yang telah diperoleh melalui pelatihan. Pelatihan terhadap perawat yang terus menerus perlu dikembangkan dengan didasari oleh pemahaman bahwa pengetahuan keperawatan yang selalu berkembang termasuk mengenai keselamatan pasien memerlukan penyebaran kepada praktisi perawat yang berada di pelayanan.

Pengetahuan dan ilmu yang baru terkait keselamatan pasien juga perlu diaplikasikan dalam tatanan pelayanan kepada pasien agar kualitas pelayanan keperawatan yang aman dapat terus ditingkatkan. Analisis peneliti dikaitkan dengan kondisi yang telah tergambar di RS Tugu Ibu Depok adalah adanya kebutuhan yang teridentifikasi sebagai salah satu peluang nyata untuk mengoptimalkan transfer pengetahuan perawat mengenai keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan adalah dengan penataan SOP seperti pelaporan insiden, timbang terima, pengelolaan obat-obatan dan pencegahan jatuh. Pengelolaan peran perawat menjadi sangat penting sebagai tindak lanjut pelatihan yang diberikan dan keterlibatan perawat dalam penataan SOP tersebut dapat menjadi upaya positif untuk mengoptimalkan transfer pengetahuan dalam pekerjaan perawat secara lebih nyata.

Pencapaian tujuan pelatihan seharusnya dapat bermanfaat dalam membentuk perilaku yang diharapkan serta kondisi yang ingin dicapai oleh organisasi dalam bentuk kinerja yang sesuai (Rivai dan Sagala, 2009). Dinyatakan pula bahwa seharusnya pelatihan dapat efektif sesuai dengan

prinsip pembelajaran yang seharusnya diterapkan dalam program pelatihan secara berkelanjutan. Efektifitas pelatihan juga memerlukan evaluasi berdasarkan perkembangan kemampuan staf dari waktu ke waktu dan kunci dari program pelatihan yang efektif tidak hanya terdiri atas partisipasi akan tetapi pengulangan, pergantian pelatihan dan umpan balik juga merupakan hal yang penting (Baron & Greenberg, 2000). Rivai dan Sagala (2009) juga menyatakan bahwa pengulangan, relevansi dan pengalihan pengetahuan (*transfer of knowledge*) adalah sebagian dari prinsip pelatihan yang perlu diperhatikan. *Transfer of knowledge* dalam standar kinerja individu dan pengembangan program yang sejalan dan dapat diukur merupakan langkah yang dapat mendukung efektifitas pencapaian tujuan pelatihan dalam suatu organisasi.

Hal ini berarti bahwa hasil penelitian yang diperoleh ini seharusnya disertai dengan upaya pengulangan program pelatihan dalam bentuk pelatihan berkelanjutan untuk mencetak pola yang adekuat dalam memori perawat mengenai penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan, materi yang diberikan secara spesifik semakin dikembangkan agar memiliki relevansi dengan tugas dan tanggung jawab perawat dalam memberikan asuhan yang aman, dan transfer pengetahuan dapat mendukung perawat untuk belajar dengan cepat mengenai penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan. Selain itu perbaikan standar kinerja perawat yang menampilkan kinerja yang diharapkan dalam menerapkan keselamatan pasien perlu dikembangkan dan disosialisasikan serta dikelola melalui program pelatihan lanjut yang sejalan dengan program KKPRS.

Perbedaan pemahaman sebelum setelah pada kedua kelompok disimpulkan berdasarkan pencapaian kognitif yang terlihat dari perbandingan nilai *pre test* dan *post test*. Pengaruh langsung proses belajar dalam pelatihan secara nyata terlihat akan tetapi perlu dikaji lebih jauh pengaruh pelatihan terhadap komponen perilaku lainnya. Sesuai dengan pendapat

Notoatmodjo (2009) dan Suryabrata (2008) yang menyatakan bahwa untuk menghasilkan perubahan perilaku yang nyata diperlukan keterlibatan proses kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai faktor internal dan eksternal individu. Spence (1956, dalam Morrison, 1991) menyatakan bahwa teori belajar melalui pelatihan yang berorientasi pada perilaku dikembangkan untuk melakukan analisis formal dalam perubahan perilaku tersebut.

Hal yang menjadi orientasi utama dan fondasi dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien adalah mengubah budaya keselamatan pasien dari *blaming culture* menjadi *safety culture*. Fleming (2006) menyatakan bahwa salah satu strategi untuk mengembangkan budaya keselamatan adalah dengan melibatkan staf dalam perencanaan dan pengembangan budaya keselamatan. Perubahan pemahaman yang terjadi sebagai dampak pelatihan pada kelompok eksperimen yang secara nyata berbeda dengan kelompok kontrol yang tidak memperoleh pelatihan memiliki makna yang sangat penting untuk mendukung banyak konsep terkait perubahan dalam individu, kelompok atau organisasi serta perubahan kinerja yang sangat mungkin diharapkan dari perubahan pengetahuan yang dimiliki perawat. Hal ini sejalan dengan pendapat Mangkuprawira (2008) yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan karyawan maka semakin mudah pula karyawan mengikuti perubahan sesuai dengan tugasnya.

Pelatihan keselamatan yang diberikan dapat menjadi upaya antisipasi faktor kekuatan tekanan (*driving force*) yang dihadapi individu, kelompok dan organisasi sekaligus juga dapat meminimalisir faktor keengganan (*resistances*) yang dapat menghambat perubahan budaya keselamatan pasien. Hal ini sesuai dengan teori Burke dan Litwin (Cahyono, 2008) yang menyatakan bahwa perubahan baru akan terjadi jika kekuatan tekanan melebihi kekuatan keengganan (*driving force* lebih besar dari pada *resistances*). Perubahan pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien mengarah pada respon terhadap kedua faktor di atas dalam

menciptakan budaya keselamatan yang diharapkan. Hal ini sejalan dengan pendapat Mangkuprawira (2008) yang menyatakan bahwa inovasi dalam proses perbaikan mutu yang berpotensi menimbulkan perubahan pada manajemen dan staf adalah dalam hal pengetahuan, sikap dan ketrampilan dalam menerapkan teknologi baru. Jika terjadi perubahan motivasi staf dalam suatu tim kerja maka perubahan yang seharusnya terjadi sebagai bentuk tanggapan positif atas inovasi yang dilakukan tidak dapat dilepaskan dari perubahan manajemen mutu SDM.

Perubahan untuk menciptakan budaya keselamatan juga tidak terlepas dari prinsip perancangan sistem keselamatan pasien dalam teori Burke dan Litwin (Cahyono, 2008) yang meliputi: (1) cara mendesain sistem agar setiap kesalahan dapat dilihat (*making errors visible*), (2) bagaimana merancang sistem agar suatu kesalahan dapat dikurangi (*mitigating the effects of errors*), dan (3) bagaimana merancang sistem agar tidak terjadi kesalahan (*error prevention*). Terkait dengan hal tersebut maka upaya meningkatkan pengetahuan melalui pelatihan dapat dianalisis oleh peneliti sebagai salah satu upaya strategis untuk merancang sistem agar suatu kesalahan dapat dikurangi melalui peningkatan pengetahuan yang didapatkan. Hal ini didukung oleh pendapat Djaali (2007) yang menyatakan bahwa upaya meningkatkan pengetahuan yang dipandang dari segi konstruktivitas merupakan upaya konstruksi kognitif yang seharusnya dipandang bukan hanya sebagai fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari tetapi pengetahuan yang merupakan hasil proses konstruksi kognitif secara kompleks dalam konteks perilaku.

Hal ini berarti bahwa jika dihubungkan dengan hasil penelitian ini maka pengembangan perilaku yang didasari oleh aktivitas kognitif menjadi orientasi lanjut dari pelatihan keselamatan pasien yang diberikan. Hal ini sejalan dengan pendapat Notoatmodjo (2007) yang menyatakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) dan pengetahuan yang

mendasari perilaku akan membuat perilaku tersebut menjadi lebih langgeng. Keamanan asuhan yang diperoleh pasien dapat dipastikan jika SDM kesehatan telah dipastikan menerima pelatihan secara tepat serta difasilitasi untuk memperoleh pengetahuan yang terkini (WHO, 2008).

Pemahaman-pemahaman baru yang diperoleh perawat melalui pelatihan yang diberikan mengenai keselamatan pasien ini dapat dihubungkan dengan pembentukan pengetahuan secara komprehensif dalam diri perawat terkait peran dan kontribusinya dalam memberikan asuhan yang aman. Analisis ini didasari oleh pendapat Notoatmodjo (2007) yang menyatakan bahwa pengetahuan yang dipandang dari pendekatan konstruktivitis bukanlah fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari, melainkan sebagai konstruksi kognitif seseorang terhadap obyek, pengalaman, maupun lingkungannya. Hal ini disebabkan karena reorganisasi pengetahuan yang dimiliki individu bersumber pada pemahaman-pemahaman baru yang terbentuk dalam lingkup pengetahuan individu tersebut.

Sebagaimana yang telah dikemukakan dalam konsep dan teori sebelumnya, keselamatan pasien merupakan hasil dari komponen proses dan struktur yang harus berada dalam kondisi terbaik (Cahyono, 2008). Tindakan staf dan ketaatan terhadap standar akan memperkuat pengembangan aspek proses sebagaimana yang dikemukakan oleh Wakefield dalam Hughes (2008). Hal ini berarti bahwa seharusnya sikap mendua yang bersumber dari resistensi tenaga kesehatan khususnya perawat dapat dihilangkan jika secara nyata ditemukan pengaruh yang signifikan antara pelatihan dan pemahaman perawat. Pelatihan yang diberikan dapat menjadi sarana untuk mengelola sumber resistensi yang berasal dari ketidaktahuan dan ketidakmampuan serta ketidakmauan perawat untuk berubah. Sejalan dengan hal ini karena aspek struktur juga merupakan hal yang juga penting dalam keselamatan pasien maka seharusnya pengembangan struktur, sistem dan kebijakan untuk

mendukung tindakan staf dan ketaatan terhadap standar dapat dikembangkan secara lebih terarah.

#### **6.1.4. Hubungan Umur dan Pemahaman Perawat Pelaksana Setelah Diberi Pelatihan mengenai Penerapan Keselamatan Pasien**

Djaali (2007) menyatakan bahwa umur mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Peningkatan umur akan semakin mengembangkan daya tangkap dan pola pikir seseorang sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

Hasil penelitian ini menemukan tidak adanya hubungan signifikan antara umur dan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dengan *p value* 0,460 dan tidak adanya hubungan signifikan antara umur dan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol dengan *p value* 0,373.

Hasil penelitian yang didapatkan dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian Juslida (2001) yang membuktikan bahwa tidak ada perbedaan bermakna peningkatan nilai rata-rata pengetahuan pada kelompok umur < 48 tahun dan  $\geq$  48 tahun setelah kelompok intervensi mengikuti pelatihan dengan *p value* 0,282. Sebaliknya, hasil penelitian Indraswati (2008) menemukan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan pengetahuan perawat setelah mendapatkan pelatihan mengenai sistem kompetensi berdasarkan jenjang karir. Chan (2009) menyatakan bahwa umur perawat berhubungan secara signifikan dengan pengetahuan perawat.

Beberapa persamaan dan perbedaan yang ditemukan jika dibandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya mengenai hubungan umur dan pengetahuan setelah mendapatkan pelatihan dapat dijelaskan dengan berbagai konsep yang terkait. Walaupun umur responden pada berada pada rentang umur madya dimana kemampuan intelektual, pemecahan masalah,

dan kemampuan verbal hampir tidak ada penurunan pada umur ini sebagaimana yang dikemukakan Djaali (2007), akan tetapi perbedaan rata-rata umur kedua kelompok secara nyata berbeda. Rata-rata umur kelompok eksperimen adalah sebesar 29,86 (< 30 tahun) dan rata-rata umur kelompok kontrol adalah 31,95 (>30 tahun).

Hal ini didukung oleh hasil penelitian Nuryanti (1996) yang membuktikan bahwa umur juga dapat dihubungkan dengan motivasi untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan, dimana perawat yang berumur kurang dari 30 tahun menunjukkan motivasi yang lebih tinggi dibandingkan dengan perawat yang berumur lebih dari 30 tahun. Pendapat lain yang dapat dihubungkan dengan penjelasan diatas adalah Christal (1989, dalam Morrison, 1991) mengenai sumber perbedaan pengetahuan individu yang merupakan faktor determinan penting dari pengetahuan yang dimiliki individu tergantung pada luas pengetahuan, banyaknya kerampilan, kapasitas memori yang bekerja, dan kecepatan memproses (memasukkan ke dalam memori, memanggil kembali pengetahuan dari memori jangka panjang, dan melakukan respon motorik).

Analisis peneliti terkait hal ini adalah bahwa kemampuan kognitif yang dikaitkan dengan umur tidak hanya semata-mata dapat dihubungkan dengan perbedaan daya tangkap dan pola pikir yang dipengaruhi umur akan tetapi berkaitan dengan motivasi untuk mempelajari pengetahuan baru, aspek kemampuan intelektual, pemecahan masalah dan kemampuan verbal yang secara keseluruhan berkembang secara bervariasi jika dikaitkan dengan umur seseorang. Penambahan pengetahuan tidak dapat hanya dihubungkan dengan faktor pertambahan umur saja akan tetapi variasi individual dari luas pengetahuan, banyaknya kerampilan, kapasitas memori yang bekerja, dan kecepatan memproses (memasukkan ke dalam memori, memanggil kembali pengetahuan dari memori jangka panjang, dan melakukan respon motorik) juga perlu dipertimbangkan sebagai faktor yang mempengaruhi hasil pelatihan.



### **6.1.5. Hubungan Jenis Kelamin dan Pemahaman Perawat Pelaksana Setelah Diberi Pelatihan mengenai Penerapan Keselamatan Pasien**

Hasil penelitian ini menemukan tidak adanya hubungan signifikan antara jenis kelamin dan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dengan *p value* 0,784 dan tidak adanya hubungan signifikan antara jenis kelamin dan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol dengan *p value* 0,279.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nuryanti (1996) didapatkan bahwa walaupun terdapat hubungan jenis kelamin dengan motivasi perawat untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan melalui pelatihan akan tetapi tidak ada perbedaan yang besar antara motivasi perawat laki-laki dan perempuan untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan. Hal ini sesuai dengan pendapat Robbins (2001) yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang jelas antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dalam meningkatkan pengetahuan walaupun kemampuan analisa laki-laki lebih baik dibandingkan perempuan. Kemampuan penyelesaian masalah, dorongan, kompetitif, motivasi dan kemampuan belajar pada laki-laki maupun perempuan adalah sama. Berbeda dengan hal diatas Ellis dan Hartley (2000) menyatakan bahwa kemampuan belajar dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, latar belakang sosial dan budaya, tingkat pendidikan, pengalaman hidup dan gaya belajar.

Analisis secara bivariat maupun multivariat memberikan penjelasan bahwa perbedaan pemahaman perawat pada kelompok eksperimen tidak dipengaruhi oleh karakteristik individu berupa jenis kelamin. Hasil yang didapatkan juga sejalan dengan pendapat Christal (1989, dalam Morrison, 1991) yang menyatakan bahwa selain perbedaan individu, ada hubungan erat antara teori belajar dan teori kemampuan seseorang dalam lingkup kemampuan persepsi dan kemampuan kognitif. Baldwin dan Ford dalam Morrison (1991) menyatakan bahwa karakteristik peserta pelatihan seperti

kemampuan, kepribadian, dan motivasi dapat mendukung proses pelatihan sehingga peserta dapat dengan mudah serta memiliki motivasi untuk penguasaan isi program pelatihan yang diberikan.

Hal ini berarti bahwa untuk menilai pengaruh karakteristik individu terhadap hasil intervensi edukatif berupa pelatihan tidak dapat hanya dengan mempertimbangkan perbedaan rata-rata pemahaman antara laki-laki dan perempuan dalam menerima pelatihan yang diberikan, akan tetapi juga dapat dihubungkan dengan kemampuan persepsi dan kemampuan kognitif dalam konteks teori belajar pada individu yang mungkin bervariasi dan mencerminkan kemampuan seseorang untuk belajar secara individual.

Analisis peneliti berdasarkan hasil penelitian dan konsep mengenai hubungan antara jenis kelamin dengan pengetahuan adalah walaupun secara statistik tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan pemahaman perawat pelaksana mengenai keselamatan pasien baik pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol, jika dilihat kembali pada kenyataannya proporsi responden dalam penelitian ini dan penelitian sebelumnya mayoritas responden terdiri dari perawat perempuan. Hal yang perlu dipertimbangkan pula adalah pada dasarnya terdapat kesamaan kesempatan perawat laki-laki dan perempuan untuk memperoleh pelatihan. Kemampuan belajar berdasarkan jenis kelamin pada kelompok perawat yang diberikan pelatihan dapat diketahui dengan mengembangkan penelitian yang mempertimbangkan kesamaan proporsi antara perawat laki-laki dan perempuan.

#### **6.1.6. Hubungan Lama Kerja dan Pemahaman Perawat Pelaksana Setelah Diberi Pelatihan mengenai Penerapan Keselamatan Pasien**

Pengalaman kerja seseorang sering dikaitkan dengan lama kerja yang dimiliki seseorang. Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa 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.

Hasil penelitian ini menemukan tidak adanya hubungan signifikan antara lama kerja dan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dengan *p value* 0,424 dan tidak adanya hubungan signifikan antara lama kerja dan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol dengan *p value* 0,285.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Juslida (2001) yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna pengetahuan responden setelah kelompok intervensi mengikuti pelatihan antara responden yang memiliki masa kerja  $< 20$  tahun dan  $\geq 20$  tahun dengan *p value* 0,909. Penelitian yang dilakukan oleh Saljan (2005) dan Amira (2008) mengenai perbedaan hasil pelatihan pada perawat pelaksana dengan lama kerja yang berbeda-beda menemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan peningkatan kinerja setelah pelatihan. Sebaliknya, penelitian Chan (2009) membuktikan bahwa pengalaman kerja perawat secara signifikan berhubungan dengan pengetahuan perawat untuk melakukan hal-hal yang berhubungan dengan pekerjaannya.

Hasil penelitian dan konsep diatas memberikan gambaran bahwa lama kerja tidak selalu dapat dihubungkan dengan pengetahuan yang mendukung pengalaman staf mengenai hal-hal yang bersifat baru yang diperoleh melalui pelatihan. Kebijakan penerapan program keselamatan pasien pada kedua rumah sakit yang menjadi tempat penelitian ini relatif masih baru sehingga keterpaparan perawat mengenai keselamatan pasien juga masih sangat terbatas.

Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu akan mendukung proses masuknya pengetahuan. Morison (1991) menyatakan bahwa perbedaan individual yang berhubungan dengan pengalaman kerja dan pendidikan sebelumnya merupakan hal mendasar yang teridentifikasi sebagai penyebab perbedaan kemampuan individu dalam menjalani program pelatihan. Hal ini berarti bahwa pengetahuan perawat untuk melakukan hal-hal dalam pekerjaannya perlu didukung oleh pengalaman belajar selama bekerja secara adekuat sehingga lama kerja individu akan menimbulkan hubungan positif terhadap pengetahuan dan tanggung jawab perawat untuk menerapkan keselamatan pasien.

#### **6.1.7. Hubungan Status Pernikahan dan Pemahaman Perawat Pelaksana Setelah Diberi Pelatihan mengenai Penerapan Keselamatan Pasien**

Hasil penelitian ini menemukan tidak adanya hubungan signifikan antara status pernikahan dan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dengan *p value* 0,637 dan tidak adanya hubungan signifikan antara status pernikahan dan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol dengan *p value* 0,801.

Hasil penelitian yang didapatkan berbeda dengan hasil penelitian Indraswati (2008) menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan pengetahuan perawat setelah mengikuti pelatihan. Sedangkan Cherniss (1980, dalam Gunawan & Wibowo, 2004) menyatakan bahwa status pernikahan merupakan salah satu faktor dalam kehidupan individu diluar pekerjaan yang dapat mempengaruhi reaksi atau perilaku individu yang berhubungan dengan pekerjaan. Siagian (2006) menyatakan bahwa status perkawinan berpengaruh terhadap perilaku karyawan dalam kehidupan organisasinya, baik secara positif maupun negatif.

Hasil penelitian dan konsep diatas menjadi dasar analisis peneliti bahwa kesenjangan yang ada menunjukkan bahwa proses penerimaan pengetahuan dan informasi baru terkait tanggung jawab staf dalam menjalankan pekerjaannya mempengaruhi reaksi individu atas tuntutan dan perubahan dalam lingkup pekerjaannya tanpa membedakan apakah perawat tersebut menikah atau tidak. Hal penting yang tidak boleh dilupakan dari pemberian intervensi edukatif berupa pelatihan yang terencana dan terorganisir adalah pengelolaan proses pembelajaran yang dapat dipengaruhi oleh banyak faktor seperti fasilitas, metode dan lingkungan yang telah dirancang agar pelatihan yang diberikan mencapai hasil yang optimal.

#### **6.1.8. Hubungan Status Kepegawaian dan Pemahaman Perawat Pelaksana Setelah Diberi Pelatihan mengenai Penerapan Keselamatan Pasien**

Hasil penelitian ini menemukan tidak adanya hubungan signifikan antara status kepegawaian dan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dengan *p value* 0,123 dan tidak adanya hubungan signifikan antara status kepegawaian dan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol dengan *p value* 0,052.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pelatihan keselamatan pasien yang diberikan membawa dampak positif terhadap kemampuan kognitif perawat. Peran serta yang ditunjukkan perawat menggambarkan adanya motivasi dan usaha dari perawat RS Tugu Ibu untuk terlibat secara aktif dalam pelatihan yang diberikan. Diskusi yang dilakukan selama proses pelatihan berjalan dengan baik dan diikuti dengan antusias oleh responden serta mengarah pada proses berbagi pengalaman responden mengenai keselamatan pasien yang selama ini terjadi.

Analisis peneliti terkait hal ini adalah tidak adanya hubungan status kepegawaian dengan pemahaman perawat pelaksana mengenai keselamatan pasien dikarenakan adanya faktor lain diluar pekerjaan

individu yang dominan seperti kebijakan dan sosialisasi program dalam mendukung perubahan tingkat pemahaman perawat setelah mendapatkan mengenai keselamatan pasien. Selain itu perubahan pengetahuan yang diperoleh staf melalui pelatihan tidak semata-mata tergantung karakteristik pekerjaan pada aspek status kepegawaian saja akan tetapi juga dapat berhubungan dengan beberapa aspek lain dalam pekerjaan yang menggambarkan kondisi pekerjaan seiring dengan tanggung jawab staf dalam pekerjaan yang dipilihnya. Pendapat peneliti ini didasari oleh pendapat Gillies (1996) yang menyatakan bahwa diperlukan kondisi lingkungan kerja dan kesiapan perawat agar perawat dapat menerapkan pengetahuan yang diberikan.

Hasil penelitian Nuryanti (1996) membuktikan bahwa motivasi perawat untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan pada pegawai dengan status kepegawaian yang berbeda berhubungan dengan keinginan untuk mengalami peningkatan jenjang karir dan peningkatan pendapatan. Pada kenyataannya, kepastian akan jenjang karir pada masing-masing level status kepegawaian tidak terlepas dari kebijakan organisasi mengenai kesempatan staf untuk berkembang yang dipengaruhi dengan peningkatan status kepegawaian. Riyadi & Kusnanto (2007) menemukan bahwa tidak ada hubungan antara status kepegawaian dengan motivasi pegawai secara keseluruhan dan berbagai aspek personal dalam bentuk motivasi yang dirasakan oleh pegawai terkait status kepegawaiannya yang pada penelitian ini juga tidak berhubungan dengan pemahaman setelah mengikuti pelatihan. Hal ini didasarkan juga pada pertimbangan bahwa perkembangan pengelolaan SDM yang ada sekarang memberikan kesempatan yang sama pada setiap staf sehingga relatif tidak ditemukan perbedaan yang mendasar hasil pelatihan yang diperoleh pada masing-masing kelompok status kepegawaian.

Jika dihubungkan dengan berbagai konsep diatas maka dapat disimpulkan bahwa reaksi individu yang berhubungan dengan pekerjaannya tidak dapat

hanya dilihat dari status kepegawaian saja akan tetapi tanggung jawab yang berkembang dalam bentuk motivasi untuk mempertahankan prestasi dalam pekerjaan juga merupakan hal yang sangat mungkin untuk mempengaruhi hasil pelatihan.

#### **6.1.9. Faktor *Confounding* yang Mempengaruhi Pemahaman Perawat Pelaksana pada Kelompok Eksperimen**

Hasil analisis regresi linier ganda terhadap beberapa variabel yang mungkin mempengaruhi pemahaman perawat pelaksana dengan melihat nilai koefisien B didapatkan bahwa tidak ada variabel *confounding* yang dapat mempengaruhi peningkatan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen. Model pemahaman menghasilkan koefisien determinasi (*R square*) = 0,029 yang berarti bahwa status kepegawaian dapat menjelaskan variasi variabel pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen hanya sebesar 2,9% dan sisanya adalah disebabkan oleh faktor lain.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor personal individu yang berhubungan dengan berbagai faktor terkait pekerjaan perawat berupa status kepegawaian bukan merupakan faktor *confounding* yang mempengaruhi pemahaman perawat setelah diberikan pelatihan pada kelompok eksperimen. Hal ini berarti bahwa peningkatan pemahaman pada kelompok eksperimen secara bermakna disebabkan oleh intervensi berupa pelatihan keselamatan pasien yang diberikan dan bukan akibat pengaruh karakteristik individu sebagai variabel *confounding*.

Hal ini berarti bahwa walaupun hasil penelitian sebelumnya menyatakan bahwa keinginan untuk mengalami peningkatan jenjang karir dan peningkatan pendapatan merupakan motivasi yang mempengaruhi keinginan individu untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan, pada kenyataannya peningkatan pemahaman pada kelompok eksperimen tidak berhubungan dengan status kepegawaian yang dimiliki oleh perawat.

Pengaruh faktor individual berupa kemampuan persepsi dan kognitif dalam proses belajar merupakan suatu hal yang dapat menimbulkan pengaruh terhadap peningkatan pengetahuan perawat pada kelompok eksperimen.

Pendapat ini berkesesuaian dengan Syah (2007) yang menyatakan bahwa dalam konsep pembelajaran secara kognitif suatu proses belajar merupakan proses mental secara internal dengan mempertimbangkan proses berpikir, menentukan pilihan dan pengambilan keputusan. Hal ini sejalan dengan pendapat Rivai dan Sagala (2009) yang menyatakan bahwa pelatihan merupakan teknik yang dipilih untuk meningkatkan kualitas, efisiensi, dan kinerja staf. Peningkatan pemahaman yang terjadi pada kelompok eksperimen yang diberi perlakuan berupa pelatihan menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kualitas pemahaman pada kelompok eksperimen yang melibatkan proses kognitif dalam mengidentifikasi pemahaman yang tepat.

## **6.2. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian yang dilakukan untuk melihat pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana ini memiliki beberapa keterbatasan penelitian yang berhubungan dengan modul yang digunakan dan waktu pengambilan data dengan penjelasan sebagai berikut:

### **6.2.1. Modul Pelatihan**

Modul pelatihan yang digunakan sebagai panduan dalam pemberian intervensi edukatif berupa pelatihan keselamatan pasien ini merupakan modul yang dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan studi literatur dan hasil *workshop* keselamatan pasien yang pernah ada. Keterbatasan telaah ilmiah yang dapat peneliti jadikan sebagai bahan pelengkap mengenai gambaran penerapan keselamatan pasien di Indonesia menyebabkan bahasan modul yang banyak merujuk pada kondisi di luar Indonesia.



Solusi yang telah dilakukan oleh peneliti terkait hal ini adalah melibatkan pakar untuk koreksi terhadap isi modul kemudian melakukan revisi terhadap modul berdasarkan masukan pakar sebelum modul digunakan dalam penelitian. Berdasarkan hal ini peneliti berpendapat bahwa modul yang disusun ini secara spesifik akan dapat menjadi tolok ukur dan pelatihan awal bagi penguatan kinerja perawat dalam ranah kompetensi professional yang diharapkan selanjutnya.

Modul ini dikembangkan dengan berorientasi pada tujuan agar perawat memiliki pemahaman yang adekuat dalam menumbuhkan kesadaran dan motivasi untuk menerapkan keselamatan keselamatan pasien. Berdasarkan hal tersebut maka peneliti berpendapat bahwa modul ini perlu dikembangkan dan diuji coba kembali secara lebih spesifik mengacu pada ranah kompetensi professional perawat dan standar pelayanan keperawatan yang dirumuskan oleh PPNI agar dapat digunakan untuk menjawab kebutuhan perawat dalam menerapkan keselamatan pasien sesuai dengan kondisi pelayanan keperawatan di Indonesia dan dapat digunakan sebagai panduan yang berlaku secara umum bagi penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan.

#### **6.2.2. Waktu Pengambilan Data**

Penelitian ini memiliki keterbatasan pada perbedaan lama pengambilan data pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Walaupun telah diupayakan selisih waktu pengambilan data antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol maksimal selama 1 hari akan tetapi pengambilan data pada kelompok kontrol tidak dapat dilakukan secara serentak. Hal ini disebabkan karena tidak memungkinkannya dilakukan pengambilan data pada kelompok kontrol secara sekaligus dalam 1 hari akibat perbedaan jadwal dinas perawat pelaksana yang menjadi responden, pola libur dan jadwal jaga perawat yang diberlakukan serta kurangnya jumlah perawat yang bertugas di unit perawatan akibat banyak perawat pelaksana yang sedang menjalani tugas belajar.

Kondisi ini menimbulkan peneliti memerlukan waktu yang lebih lama untuk melakukan pengambilan data pada kelompok kontrol dibandingkan dengan kelompok eksperimen dan peneliti harus mengikuti perawat sesuai dengan jadwal dinas perawat yang bersangkutan. Solusi terkait hal ini adalah perlu ditingkatkan koordinasi dan komitmen rumah sakit yang menjadi kelompok kontrol sehingga pengumpulan waktu dapat dilaksanakan secara serentak walaupun pelatihan dilakukan pada akhir penelitian.

### **6.3. Implikasi Penelitian**

Hasil penelitian ini menunjukkan pengaruh pelatihan yang diberikan terhadap pemahaman perawat pelaksana secara signifikan. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa umur, jenis kelamin, lama kerja, status pernikahan dan status kepegawaian bukan merupakan faktor determinan yang menyebabkan perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai keselamatan pasien pada kelompok eksperimen maupun pada kelompok kontrol.

#### **a. Implikasi bagi institusi pelayanan**

Hasil penelitian ini menunjukkan perbedaan yang signifikan pemahaman perawat mengenai keselamatan pasien antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Perubahan pola pikir dari budaya menyalahkan menjadi budaya keselamatan dengan melibatkan seluruh komponen profesi yang ada di rumah sakit merupakan implikasi jangka panjang yang dapat diharapkan dari penelitian ini.

Rumah sakit dapat menggunakan modul dan hasil yang didapatkan dari penelitian ini sebagai dasar untuk mengembangkan perencanaan peningkatan kualitas SDM secara interdisipliner baik bagi perawat maupun profesi lain sebagai salah satu strategi perubahan SDM yang diperlukan dalam memberikan asuhan yang lebih aman dan berkualitas. Perencanaan peningkatan kualitas SDM yang dilakukan

juga secara khusus dapat mengarah pada berbagai kebijakan yang mendukung optimalisasi supervisi dan *budgeting* secara khusus bagi pengembangan dan peningkatan kompetensi staf terkait dengan upaya menurunkan KTD dalam lingkup keselamatan pasien. Selain itu pelatihan yang diberikan menimbulkan kesadaran bagi perawat pelaksana akan pentingnya pemahaman yang adekuat terkait aspek-aspek penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan.

**b. Implikasi bagi organisasi profesi dan PERSI**

Pengaruh pelatihan keselamatan pasien bagi pemahaman perawat dalam tatanan praktik dapat menjadi salah satu *evidence* yang terbukti secara ilmiah dan dapat digunakan oleh organisasi profesi untuk menerapkan standar kinerja dalam lingkup ranah kompetensi professional. Modul yang dikembangkan dapat menjadi model awal pengembangan pelatihan yang berbasis pada kebutuhan untuk meningkatkan kontribusi perawat dalam pelayanan keperawatan melalui pengkawalan organisasi profesi.

Selain itu PERSI selaku asosiasi yang bertanggung jawab terhadap pengembangan rumah sakit di Indonesia dapat menjadikan modul yang telah dibuat sebagai acuan standar dalam memberikan pelatihan keselamatan pasien yang berorientasi pada pemahaman perawat. Kemanfaatan modul yang telah teruji melalui penelitian ini juga dapat dioptimalkan dengan melakukan pengembangan lanjut metode dan materi pelatihan yang ditujukan untuk meningkatkan penguasaan aspek psikomotor dan sikap perawat.

**c. Implikasi bagi institusi pendidikan**

Hasil penelitian yang diperoleh dapat digunakan sebagai bahan kajian yang bermanfaat dalam mengembangkan pengalaman belajar peserta didik terkait keselamatan pasien yang mengacu pada pencapaian kompetensi maksimal yang diharapkan. Keselamatan pasien perlu

dikembangkan menjadi mata kuliah yang tercantum dalam kurikulum masing-masing institusi pendidikan keperawatan melalui pendekatan proses pembelajaran sesuai kompetensi yang diharapkan sehingga lulusan perawat yang akan bekerja memiliki keseragaman pola pemahaman mendasar dan kompetensi optimal mengenai keselamatan pasien. Pengenalan terhadap program keselamatan pasien yang dicanangkan secara global dan nasional dapat menjadi relatif lebih mudah jika perawat telah memiliki pemahaman awal yang adekuat serta dibekali dengan kompetensi mendasar yang dibutuhkan terkait keselamatan pasien sehingga upaya menumbuhkan kesadaran akan budaya keselamatan dalam tatanan pelayanan akan menjadi lebih mudah.

**d. Implikasi bagi peneliti lain**

Penelitian ini menghasilkan sejumlah data yang dapat dijadikan rujukan dalam mengembangkan penelitian lanjut dengan desain yang berbeda baik secara kuantitatif maupun kualitatif mengenai efektifitas pelatihan yang telah diberikan. Penelitian yang telah dilakukan dapat menjadi dasar pentingnya melakukan pengembangan riset terhadap pengembangan metode dan materi pelatihan dalam upaya peningkatan peran perawat seperti kinerja, persepsi dan dampak penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan dalam bentuk metode pelatihan yang lebih operasional serta mengacu pada kompetensi spesifik yang ingin dikembangkan.

## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1. Simpulan

Simpulan terhadap hasil penelitian mengenai pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

1. Karakteristik perawat pelaksana dalam penelitian ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana pada kelompok eksperimen rata-rata berumur 29,86 tahun dan perawat pelaksana pada kelompok kontrol rata-rata berumur 31,95 tahun. Hal ini berarti bahwa rata-rata umur kelompok eksperimen dan kelompok kontrol hampir sama. Rata-rata lama kerja perawat pelaksana pada kelompok eksperimen adalah 7,04 tahun dan rata-rata lama kerja perawat pelaksana pada kelompok kontrol adalah 9,31 tahun. Sebagian besar perawat pelaksana pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol berjenis kelamin perempuan, menikah serta merupakan pegawai tetap.
2. Rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum pelatihan adalah 22,89 dan rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen sesudah mendapatkan pelatihan mengenai keselamatan pasien adalah 35,11. Hal ini berarti bahwa terdapat peningkatan nilai rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen sebelum pelatihan (*pre test*) dan setelah pelatihan (*post test*) sebesar 12,22.
3. Rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum (*pretest*) adalah 19,99 dan setelah (*post test*) adalah 19,67. Hal ini berarti bahwa terdapat penurunan nilai rata-rata pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol sebelum pelatihan (*pre test*) dan setelah pelatihan (*post test*) pada kelompok eksperimen sebesar 0,31.

4. Terdapat perbedaan signifikan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan mengenai keselamatan pasien.
5. Tidak ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok kontrol mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum dan setelah pelatihan dilakukan pada kelompok eksperimen.
6. Ada perbedaan signifikan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol.
7. Ada perbedaan signifikan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien setelah mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol.
8. Tidak terdapat hubungan karakteristik perawat (umur, jenis kelamin, lama kerja, status pernikahan dan status kepegawaian) baik pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol terhadap pemahaman perawat pelaksana setelah diberikan pelatihan mengenai keselamatan pasien.
9. Tidak terdapat variabel *confounding* yang mempengaruhi peningkatan pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen. Karakteristik individu berupa status kepegawaian hanya dapat memprediksi variasi nilai pemahaman perawat pelaksana pada kelompok eksperimen sebesar 2,9% dan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain berupa faktor individu berupa kemampuan belajar dan faktor pelatihan yang diberikan.

## 5.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dilakukan disarankan:

### 5.2.1. Bagi rumah sakit

- 5.2.1.1. Bidang keperawatan bersama-sama dengan Komite Keselamatan Pasien seharusnya dapat mengembangkan perencanaan peningkatan kualitas SDM melalui pelatihan keselamatan pasien

secara interdisipliner dan berkesinambungan dengan menggunakan modul yang telah teruji efektifitasnya.

- 5.2.1.2. Mengembangkan program pelatihan keselamatan pasien secara berkelanjutan tentang dengan metode pelatihan berupa aplikasi langsung dan dengan rentang waktu yang cukup lama.
- 5.2.1.3. Merumuskan perencanaan tahunan yang didukung oleh alokasi dana/*budgeting* secara khusus yang terukur, dapat dievaluasi dan proporsional untuk pengembangan staf keperawatan secara berkesinambungan dalam berbagai bentuk pelatihan mengenai keselamatan pasien.
- 5.2.1.4. Melaksanakan evaluasi dalam bentuk audit mutu pelayanan keperawatan terhadap penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan yang didukung dengan kebijakan dan program.
- 5.2.1.5. Mengembangkan standar kinerja perawat yang mendukung penerapan keselamatan pasien melalui penerapan konsep keselamatan pasien dalam indikator mutu pelayanan keperawatan dan standar kinerja perawat sebagai bentuk fasilitasi terhadap transfer pengetahuan yang telah diperoleh perawat.
- 5.2.1.6. Melakukan penataan SOP sebagai kebutuhan yang teridentifikasi untuk tindak lanjut optimalisasi pengetahuan yang diperoleh staf melalui pelatihan keselamatan pasien.
- 5.2.1.7. Mengembangkan program supervisi yang mengarah pada evaluasi terhadap pelaksanaan anggaran sampai dengan aplikasi kinerja perawat dalam menerapkan keselamatan pasien.
- 5.2.1.8. Meningkatkan keterlibatan dan dukungan koordinasi terhadap proses penelitian yang membutuhkan peran dan kontribusi SDM dalam lingkup keselamatan pasien.

## **5.2.2. Bagi institusi pendidikan**

- 5.2.2.1. Menjadikan keselamatan pasien sebagai bahan kajian yang harus dikembangkan dalam kurikulum pendidikan tinggi keperawatan

untuk penguasaan kompetensi yang dapat membentuk tidak hanya *intelektual skill* tetapi juga mencakup *psikomotor skill*, *manajerial skill* dan *social skill*.

- 5.2.2.2. Berpartisipasi dalam pengembangan keselamatan pasien melalui kerjasama dengan institusi pelayanan dalam bentuk pelatihan yang mengacu pada modul yang telah dibuat, penelitian, dan penyusunan standar kinerja keselamatan pasien.

### **5.2.3. Bagi organisasi profesi dan PERSI**

- 5.2.1.1. PERSI melalui Kompartemen Keperawatan diharapkan dapat merekomendasikan modul yang telah dibuat sebagai acuan standar dalam memberikan pelatihan keselamatan pasien yang berorientasi pada pemahaman perawat
- 5.2.1.2. Mengembangkan modul dengan pengembangan metode pelatihan berupa aplikasi langsung dengan mempertimbangkan ketercapaian kinerja berdasarkan ranah kompetensi professional perawat serta penguasaan aspek psikomotor dan sikap perawat.
- 5.2.1.3. Melakukan advokasi dengan memberikan rekomendasi berdasarkan temuan ilmiah yang ada kepada institusi pelayanan agar dapat melakukan strategi pengelolaan SDM melalui pelatihan dengan menggunakan modul yang terukur efektifitasnya dan terbukti secara ilmiah untuk meningkatkan pemahaman dan kontribusi perawat dalam keselamatan pasien.

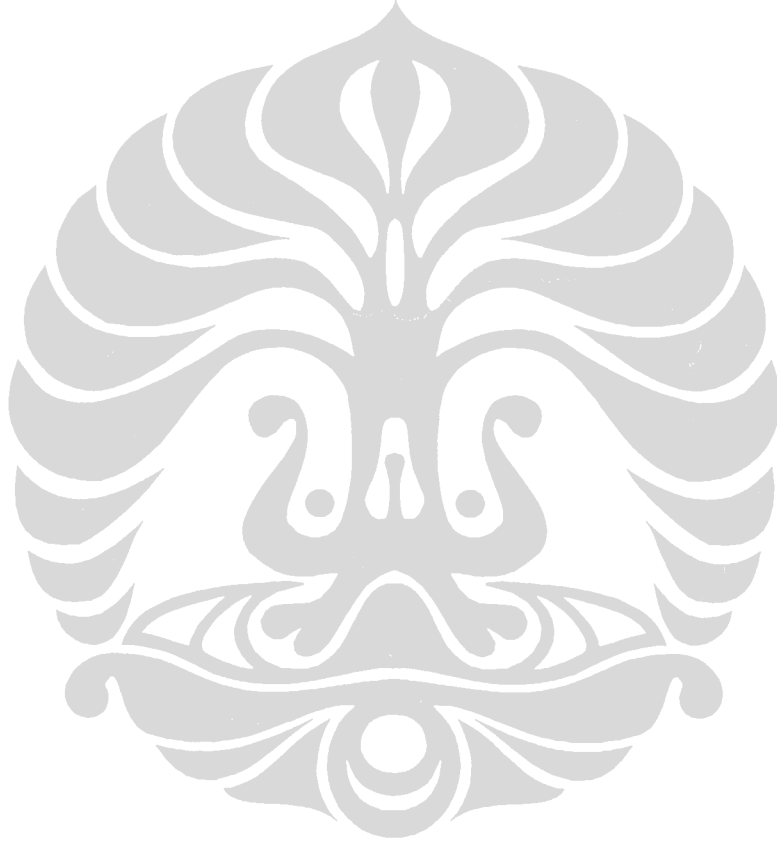
### **5.2.4. Bagi peneliti lain**

- 5.2.4.1. Mengembangkan penelitian mengenai pengaruh pelatihan dengan mempertimbangkan kesetaraan umur dan lama kerja responden pada kelompok responden yang dilibatkan.
- 5.2.4.2. Mengembangkan penelitian yang tidak terbatas hanya pada pengaruh pelatihan terhadap pemahaman, tetapi juga penelitian yang dikembangkan untuk mengukur efektifitas pelatihan terhadap aspek *psikomotor skill*, *manajerial skill* dan *social skill* serta



sejumlah faktor lain seperti faktor individu (sikap, persepsi, nilai dan keterampilan) atau faktor kelompok (komunikasi, kerjasama) dan faktor organisasi (lingkungan kerja, kebijakan, program, kepemimpinan, supervisi dan manajemen)

- 5.2.4.3. Mengembangkan penelitian dengan desain kualitatif yang dapat menggali berbagai fenomena mengenai persepsi, pengalaman dan kontribusi perawat terkait berbagai topik keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. (2002). *Manajemen administrasi rumah sakit*. (Edisi 2). Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia
- Amira, B.S.A. (2008). *Pengaruh pelatihan manajemen konflik pada kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit dr. h. marzoeki mahdi bogor*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Amstrong, K., Laschinger, H., & Wong, C. (2009, Agustus). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *Journal of Nursing Care Quality*, 24 (1), 55-62. 10 Januari 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>
- Amstrong, (1999). *The art of HRD: Human resource management*. New Delhi: Crest Publishing House.
- Anderson, D.J., & Webster, C.S. (2001, Juli). A system approach to the reduction of medication error on the hospital ward. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (1), 34-41.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Arikunto, S. (2009). *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_ (2006). *Metode Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- Azwar, S. (2009a). *Penyusunan skala psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- \_\_\_\_\_. (2009b). *Reliabilitas dan validitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Baron, R.A. & Greenberg, J. (2000). *Behaviour in organizations*. (7<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Prentice Hall

Bates, D.W. et al. (1995, 5 Juli). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events, *The Journal of American Medical Association*, 274(1), 29-34. Februari 23, 2010. <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/274/1/29>

Bernardin, H.J. (2003). *Human resource management: An experiential approach*. (3<sup>rd</sup> ed.). New York: The McGraw-Hill Companies

Bloom, B.S., Hastings, J.T., & Madaus, G.F. (1956). *Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals, handbook 1, cognitive domain*. 10 Februari 2010. <http://www.esf.edu/erfeg/endreny/courses/LevelsofKnowledge.htm>

Cahyono, J.B.S.B. (2008). *Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktik kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius

Chan, M.F. (2009, Februari). Factors affecting knowledge, attitude, and skills levels for nursing staff toward the clinical management system in hongkong. *Computer, Informatics, Nursing*, 27 (1), 57-65. Maret 10, 2010. [http://journals.lww.com/cinjournal/Abstract/2009/01000/Factors\\_Affecting\\_Knowledge,\\_Attitudes,\\_and\\_Skills.13.aspx](http://journals.lww.com/cinjournal/Abstract/2009/01000/Factors_Affecting_Knowledge,_Attitudes,_and_Skills.13.aspx)

Canadian Nurses Association. (2004) . *Everyday Ethics*. Ottawa: The Author. Juni 28, 2010. [http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/EverydayEthics\\_e.pdf](http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/EverydayEthics_e.pdf)

Canadian Nurses Association. (2008). *Code Ethics for Registered Nurses*. Ottawa: The Author. Juni 28, 2010. [http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code\\_of\\_Ethics\\_2008\\_e.pdf](http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code_of_Ethics_2008_e.pdf)

Canadian Nurses Association. (2009). *Position statement patient safety*. Ottawa: The Author. Januari 14, 2010. [http://www.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/PS102\\_Patient\\_Safety\\_e.pdf](http://www.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/PS102_Patient_Safety_e.pdf)

Considine, J. (2005, Maret). The role of nurses in preventing adverse events related to respiratory dysfunction: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (6), 624-633.

Dauer, L.T., Kelvin, J.F., Horan, C.L., & Germain, J.S. (2006, Juni 08). Evaluating the effectiveness of a radiation safety training intervention for oncology nurses: A pretest-intervention-posttest study. *BMC Medical Education*, 6 (32), 472-482. Januari 07, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1513562/pdf/1472-6920-6-32.pdf>

Depkes. (2008). *Pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan*. Jakarta: The Author.

Depkes & KKP-RS. (2008a). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit*. (Edisi 2). Jakarta: The Author.

\_\_\_\_\_. (2008b). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP)*. (Edisi 2). Jakarta: The Author.

Despins, L.A., Scott, C.J., & Rouder, J.N. (2010, Januari 20). Detection of patient risk by nurses: a theoretical framework. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (2), 465-474. 10 Februari 2010. <http://www3.interscience.wiley.com/journal/123247860>

Dessler, G. (1997). *Human resource management*. (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Djaali. (2007). *Psikologi pendidikan*. Jakarta: Bumi Aksara

Dunn, K.L, et al. (2006). Medical record review of death, unexpected intensive care unit admission, *Archieve of Disease in Chillhood*. Februari 17, 2010. <http://adc.bmj.com/content/90/11/1148.abstract>

Ellis, J.R. & Hartley, C.L. (2000). *Managing and colaborating nursing care*. (3<sup>rd</sup> ed.). USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Emslie, S. (2005). *International perspektif on patient safety national audit office*. Februari 17, 2010. <http://www.nao.org.uk/idoc.ashx?docId=d1d5a34c-3a0d-4225-8c7f...1>

Fleming, M. (2006, Oktober). Patient safety culture measurement and improvement: a “how to” guide. *Health Care Quarter*, 8 (1), 14 – 19. Mei 18, 2010. <http://www.chsrf.ca>

Flynn, E. (2004). *Crossing the quality chasm: a new system for 21th century*. USA: National Academies Press. Januari 15, 2010. [http://cart.nap.edu/cart/pdfaccess.cgi?&record\\_id=10027](http://cart.nap.edu/cart/pdfaccess.cgi?&record_id=10027)

Foster, A.J, & Rose, AGW. (2007). Adverse event following an emergency departement visit. *Journal of Quality and Safety in Health Care*, 16 (1), 17-22. Januari 22, 2010. <http://qshc.bmj.com/content/16/1/17.abstract>

George, J.M. & Jones, G.R. (2002). *Understanding and managing organizational behaviour*. (3<sup>rd</sup> ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Gillies, D.A. (1994). *Nursing management: a sistem approach*. (3<sup>rd</sup> ed.) Phyladelphia: WB. Saunders Company

- Ginsburg, L., Norton, P.G., Casebeer, A., & Lewis, S. (2005, Agustus). An educational intervention to enhance nurse leader's perception of patient safety culture. *Health Research and Educational Trust*, 40 (4), 997-1020. Januari, 06 2010. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361187/pdf/hesr\\_00401.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361187/pdf/hesr_00401.pdf),
- Gunawan, Y.W & Wibowo, R. (2004). *Analisa pengaruh status pernikahan terhadap motivasi dan produktivitas karyawan restoran imari di jw marriott surabaya*. Jakarta: Universitas Kristen Petra. Maret 10, 2010. [http://dewey.petra.ac.id/jiunkpe\\_dg\\_3461.html](http://dewey.petra.ac.id/jiunkpe_dg_3461.html)
- Hadiyati, W. (2008). *Pengaruh faktor-faktor motivasi terhadap kinerja pegawai di lembaga pendidikan at-taufiq bogor*. Maret 10, 2010. <http://elibrary.mb.ipb.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=mbipb-12312421421421412-witahadiya-623>
- Hamid, A.Y.S. (2007). *Riset keperawatan: Konsep, etika dan instrumentasi*. Jakarta: EGC.
- Hamric, A.B., Spross, J.A. & Hanson, C.M. (2009). *Advanced practice nursing: An integrative approach*. USA: Elsevier.
- Hasibuan, M. (2003). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: FKM-UI
- Hennessy, D., Hiscks, C., Hilan, A., & Kawonal, Y. (2006, April 23). The training and development needs of nurses in Indonesia: Paper 3 of 3. *Human Resources for Health*, 4 (10), 165-179. Februari 12, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1524804/pdf/1478-4491-4-10.pdf>

Henriksen, K., & Dayton, E. (2006, Agustus 25). Issues in the design of training for quality and safety. *Quality and Safety Health Care* 15 (1), i17-i24. Januari 10, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464873/pdf/i17.pdf>

Henriksen, K., Joseph, A., & Zayas-Caban, T. (2009, Desember). The human factors of home health care: a conceptual model for examining safety and quality concerns. *Journal of Patient Safety*, 5 (4), April 13, 2010. [http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2009/12000/The\\_Human\\_Factors\\_of\\_Home\\_Health\\_Care\\_A.7.aspx](http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2009/12000/The_Human_Factors_of_Home_Health_Care_A.7.aspx)

Huber, D.L. (2006). *Leadership and nursing management*. (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier.

Hughes, R.G (2008). *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality Publications. Januari 10, 2010. <http://www.ahrq.gov/QUAL/nursesbdbk/>

Indraswati, T.R. (2008). *Pengaruh pelatihan system jenjang karir berdasarkan kompetensi terhadap pengetahuan dan kepuasan kerja perawat pelaksana di RS Atmajaya Jakarta*. Thesis – FIK UI. Tidak dipublikasikan.

International Council of Nurse & World Health Organization. (2007). *Islamabad declaration on strengthening nursing and midwifery*. Juni 23, 2008. <http://www.icn.ch>

International Council of Nurse (2002). *Position statement patient safety*. Geneva: The Author. Januari 14, 2010. <http://www.icn.ch>.

\_\_\_\_\_ (2006). *International nursing day, safe staffing and saves lives: information and action tool kit*. Geneva: The Author. Juni 23, 2008. <http://www.icn.ch>

\_\_\_\_\_ (2007). *International nursing day, positive practice environment: quality workplaces = quality patient care. Information and action tool kit.* Geneva: The Author. Desember 25, 2009. <http://www.icn.ch>

\_\_\_\_\_ (2009). *International nursing days, delivering quality, serving qualities: nurses leading care innovations.* Geneva: The Author. Mei 05, 2009. <http://www.icn.ch>

Ilyas, Y. (2004). *Perencanaan SDM rumah sakit: teori, metoda dan formula.* Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Juliani. (2007). *Pengaruh motivasi intrinsik terhadap kinerja perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSU D P Medan.* Medan: USU e-Repository. Maret 19, 2010.

Juslida. (2001). *Pengaruh pelatihan: "manajemen: metode penugasan" terhadap pengetahuan dan sikap ketua tim dalam penerapan metode tim di ruang penyakit dalam dan penyakit bedah RSUPN Dr. Ciptomangunkusumo.* FIK-UI. Tesis. Tidak dipublikasikan.

Karmi. (2009). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan budaya lapor perawat di RS Tugu Ibu Depok.* Jakarta: St. Carolus. Tidak Dipublikasikan.

Keputusan Menteri Dalam Negeri No. 1 tahun 2002 tentang Pedoman susunan organisasi dan tata kerja rumah sakit daerah.

Kirana, W. (2007). *Pengaruh pelatihan penanganan risiko perilaku kekerasan terhadap kinerja perawat dan perubahan perilaku klien dengan risiko perilaku kekerasan.* FIK-UI. Thesis. Tidak Dipublikasikan.



Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (2000). *To err is human: building a safer health sistem*. Washington DC: National Academies Press. Desember 20, 2009. <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>.

Komisi Disiplin Ilmu Kesehatan. (2002). *Praktek keperawatan ilmiah*. Jakarta: The Author.

KPP-RS Tugu Ibu. (2008). Laporan insiden tahun 2007-2008.

KPP-RS Tugu Ibu. (2009). Laporan insiden tahun 2009.

Lohman, D.F & Bosma, A. (2002). *Using cognitive measurement models in the assessment of cognitive styles*. Februari 17, 2010. <http://www.citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.133.8212>,

Lorio, C.K.D. (2005). *Measurement in health behavior: Methods for research and evaluation*. USA: A Wiley Imprint.

Lumenta, N.A (2008). *State of the art patient safety*. Disampaikan pada Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko Klinis di RSAB Harapan Kita pada tanggal 1-3 April 2008. Jakarta: Tidak Dipublikasikan.

Lusiani, M. (2006). *Hubungan karakteristik individu dan system penghargaan dengan kinerja perawat menurut persepsi perawat pelaksana di RS SW Jakarta*. FIK-UI. Tesis. Tidak Dipublikasikan.

Mangkuprawira, T.S. (2008). *Merubah perilaku karyawan*. Mei 14, 2010. <http://ronawajah.wordpress.com/2008/02/15/merubah-perilaku-karyawan/>

Maryam, D. (2009). *Hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di irna bedah dan irna medik RSU D S Surabaya*. FIK-UI. Tesis. Tidak Dipublikasikan.

Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2006). *Leadership roles and management functions in nursing: theory and application*. (5<sup>th</sup> Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

McCutcheon, A.S., et. al. (2006, September). *Staffing for safety: a synthesis of the evidence on nurse staffing and patient safety*. Mei 18, 2010. <http://www.chsrf.ca>.

Morgans, L.J. Doyle, M.E & Albers, J.A. (2005). *Knowledge continuity management in healthcare*. Mei 05, 2010. <http://www.tlinc.com/articl84.htm>

Morrison, J.E. (1991). *Training for performance: principles of applied human learning*. USA: John Wiley & Sons Inc.

Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta

\_\_\_\_\_. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta

\_\_\_\_\_. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: PT Rineka Cipta

\_\_\_\_\_. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

\_\_\_\_\_. (2010). *Metodologi penelitian*. Jakarta: PT Rineka Cipta

Nurachmah, E. (2001). Asuhan keperawatan bermutu di rumah sakit. *Perhimpunan rumah sakit seluruh Indonesia (PERSI)*. Desember 23, 2010. <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=786&tbl=artikel>

- Nuryanti, E. (2001). *Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi perawat di RSUD Dr. Kariadi Semarang untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan*. FKM-UI. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Pollit, D.F & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2010). *Standar profesi dan kode etik perawat indonesia*. Jakarta: The Author.
- Prawitasari, S. (2009). *Hubungan beban kerja perawat dengan keselamatan pasien di rs h jakarta*. Tesis Pascasarjana FIK-UI. Tidak Dipublikasikan.
- Quaid, D., Thao, J., & Denham, C.R., (2010, Maret). Story power: the secret weapon. *Journal Patient Safety*, 6 (1), 5 – 14, Mei 17, 2010. <http://www.journalpatientsafety.com>.
- Reed, S.K. (2000). *Cognition: theory and applications*. (5<sup>th</sup> ed.) USA: Wadsworth Thomson Learning.
- Rivai, V. & Sagala, E.J. (2009). *Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Perusahaan: Dari Teori ke Praktik*. Edisi ke-2. Jakarta: Rajawali Pers.
- Riyadi, S & Kusnanto, H. (2007). *Motivasi Kerja Dan Karakteristik Individu Perawat Di RSUD Dr. H. Moh Anwar Sumenep Madura*. Maret 10, 2010. [http://lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/working/No.18\\_Sujono\\_Riyadi\\_04\\_07\\_WPS.pdf](http://lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/working/No.18_Sujono_Riyadi_04_07_WPS.pdf)

Robbins, S.P. (2001). *Organizational behaviour: Concepts, controversies, and applications*. (9<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Prentice Hall International.

\_\_\_\_\_ (2003). *Perilaku organisasi*. Tim Indeks (penerjemah). Jakarta: indeks.

Saljan, M. (2005). *Pengaruh pelatihan supervisi terhadap peningkatan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit islam pondok kopi jakarta timur*. Thesis – FIK UI. Tidak dipublikasikan.

Saxer, S., de Bie, R.A., Dassen, T., Halfens, R.J.G. (2009, Oktober). Knowledge, beliefs, attitudes, and self-reported practice concerning urinary incontinence in nursing home care. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 36 (50), 539-544. Maret 03, 2010.

[http://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2009/09000/Knowledge, Beliefs, Attitudes, and Self reported.13.aspx](http://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2009/09000/Knowledge_Beliefs_Attitudes_and_Self_reported.13.aspx)

Schoonhoven, L., Grobbee, D.E., Bousema, M.T., dan Buskens, E. (2005, Januari). Predicting pressure ulcers: cases missed using in a new clinical prediction rule. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (1), 16-22.

Setiarso, B., Harjanto, N., Triyono, & Subagyo, H. (2009). *Penerapan knowledge management pada organisasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Siagian, S.P. (2006). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: PT Rineka Cipta

Stanton, M.W. (2004). *Hospital nurse staffing and quality of care*. Januari 24, 2010. <http://www.ahrq.gov/research/nursestaffing/nursestaff.pdf>

Sudijono, A. (2009). *Pengantar statistik pendidikan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

Sugiyono. (2008). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan RB*. Bandung: CV Alfabeta.

Suryabrata, S. (2005). *Metodologi penelitian*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

\_\_\_\_\_, S. (2008). *Psikologi pendidikan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Syah, M. (2007). *Psikologi belajar*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Takagi, T. & Nakanishi, A. (n.d). *Security, safety and high reliability: organizations in complex socio-technical systems*. Maret 19, 2010. <http://journals.iss.org/index.php/proceedings51st/article/viewFile/560/305>

The National Patient Safety Agency. (2004a). *Seven steps to patient safety: The full reference guides*. Februari 10, 2010. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk>

The National Patient Safety Agency. (2004b). *Proposal of module on patient safety for undergraduate curricula*. USA: The Author. Februari 15, 2010. <http://www.npsa.com>.

Thite, M. (2004). *Managing people in the new economy: targeted HR practices that persuade people to unlock their knowledge*. New Delhi: Sage Publications

Tingle, J. (2004, 07 Juli). Seven steps to patient safety. *British Journal of Nursing*, 13 (13), 758. Februari 10, 2010. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Watson, R., McKenna, H., Cowman, S. Keady J (2008). *Nursing research: Design dan methods*. USA: Elsevier.

WHO. (2004). *World Alliance for Patient Safety, Format Program*. Januari 03, 2010. <http://www.who.int>

\_\_\_\_\_. (2007). *Nine Life Saving Patient Safety Solution*. Januari 03, 2010. <http://www.who.int>

\_\_\_\_\_. (2008). *Patient Safety Workshop: Learning From Error*. Mei 17, 2010. <http://www.who.int>

\_\_\_\_\_. (2009). *Global Priorities for Patient Safety Research, Better Knowledge for Patient Safety Research*. Januari 14, 2010. [http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global\\_priorities\\_patient\\_safety\\_research.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf)

Wibowo. (2007). *Manajemen kinerja*. (Edisi 1). Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Wise, P.S.Y. & Kowalski, K.E. (2006). *Beyond Leading and Managing Nursing Administration for the Future*. USA: Mosby Elsevier.

Yahya, A.A. (2006). *Konsep dan program patient safety*. Disampaikan pada Konvensi Nasional Mutu RS ke VI. Bandung. Desember 10, 2009. <http://www.pdpersi.co.id>

Yates, et al. (2006, Oktober). Sentara norfolk general hospital: accelerating improvement by focusing on building a culture of safety. *Joint Comission Journal on Quality and Safety*, 30 (10), 534-542. Februari 10, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15518357>

Yulia, S. (2009). *Laporan residensi kepemimpinan dan manajemen keperawatan di instalasi rawat inap rumah sakit tugu ibu cimanggis depok*. FIK-UI. Jakarta. Tidak Dipublikasikan.







**Pelaksanaan Kegiatan Penelitian Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Tugu Ibu Depok**

No	Kegiatan	Waktu (Bulan/Minggu ke)																				Ket						
		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				
1	Penyusunan proposal penelitian	√	√	√	√	√																						
2	Ujian proposal penelitian						√																					
3	Pelaksanaan penelitian :																											
4	a. Pengurusan perijinan, uji validitas dan reliabilitas serta koordinasi dengan tempat penelitian							√	√	√	√																	
	b. Pengambilan data pre test										√	√																
	c. Pelatihan										√	√																
	d. Pengambilan data post test										√	√																
5	Pengolahan data hasil penelitian													√	√	√	√											
6	Penyusunan laporan hasil penelitian														√	√	√	√	√	√								
7	Ujian hasil penelitian																								√			
8	Perbaikan hasil penelitian																								√			
9	Sidang thesis																									√		
10	Perbaikan akhir dan pengumpulan laporan penelitian																									√	√	

Lampiran I

# **KUESIONER**

**PENGARUH PELATIHAN KESELAMATAN PASIEN TERHADAP  
PEMAHAMAN PERAWAT PELAKSANA MENGENAI  
PENERAPAN KESELAMATAN PASIEN  
DI RS TUGU IBU DEPOK**



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



## LEMBAR PENJELASAN MENGENAI PENELITIAN

Kepada Yth.  
**Bapak/Ibu/Sdr/i Sejawat Perawat**  
di RS Tugu Ibu

Depok, Maret 2010

### Salam Sejawat

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Yulia  
NPM : 0806446946  
Pekerjaan : Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan  
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
Alamat : Jl. Letnan Kasnariansyah No.71 RT 15 RW 05 Palembang  
Telp. : 081377807557/(0711) 41171

Akan melakukan penelitian dengan judul 'Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Tugu Ibu Depok'. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisa pengaruh pelatihan terhadap peningkatan pemahaman perawat tentang keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan. Penelitian ini didesain agar Bapak/Ibu/Sdr/i mendapat pelatihan tentang penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan dan diharapkan bermanfaat bagi perbaikan layanan keperawatan dan pengembangan keilmuan keperawatan

Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian dan pengaruh apapun terhadap diri maupun pekerjaan Bapak/Ibu/Sdr/i sebagai perawat. Kerahasiaan identitas dan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian ini saja. Jika selama Bapak/Ibu/Sdr/i menjadi responden penelitian terjadi hal yang menimbulkan ketidaknyamanan maka Bapak/Ibu/Sdr/i diperkenankan untuk mengundurkan diri dengan memberitahukan terlebih dahulu pada peneliti.

Jika Bapak/Ibu/Sdr/i berkenan untuk menjadi responden penelitian ini saya persilakan untuk mengisi lembar persetujuan. Demikian atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/i saya sampaikan terimakasih

Peneliti

**Sri Yulia**



## LEMBAR PENJELASAN MENGENAI PENELITIAN

Kepada Yth.  
**Bapak/Ibu/Sdr/i Sejawat Perawat**  
di RS Bhakti Yuda Depok

Depok, Maret 2010

### Salam Sejawat

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Yulia  
NPM : 0806446946  
Pekerjaan : Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan  
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
Alamat : Jl. Letnan Kasnariansyah No.71 RT 15 RW 05 Palembang  
Telp. : 081377807557/(0711) 41171

Akan melakukan penelitian dengan judul 'Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Bakti Yudha. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisa pengaruh pelatihan terhadap peningkatan pemahaman perawat tentang keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan dimana rekan sejawat. Penelitian ini didesain agar Bapak/Ibu/Sdr/i mendapat pelatihan tentang penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan setelah dua kali memperoleh pengukuran melalui alat test yang disediakan. Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi perbaikan layanan keperawatan dan pengembangan keilmuan keperawatan

Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian dan pengaruh apapun terhadap diri maupun pekerjaan Bapak/Ibu/Sdr/i sebagai perawat. Kerahasiaan identitas dan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian ini saja. Jika selama Bapak/Ibu/Sdr/i menjadi responden penelitian terjadi hal yang menimbulkan ketidaknyamanan maka Bapak/Ibu/Sdr/i diperkenankan untuk mengundurkan diri dengan memberitahukan terlebih dahulu pada peneliti.

Jika Bapak/Ibu/Sdr/i berkenan untuk menjadi responden penelitian ini saya persilakan untuk mengisi lembar persetujuan. Demikian atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/i saya sampaikan terima kasih

Peneliti  
**Sri Yulia**



**LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN**

**Judul Penelitian** Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Tugu Ibu Depok

**Peneliti** **Sri Yulia**  
**NPM 0806445946**  
**Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas**  
**Indonesia**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mengetahui bahwa saya menjadi bagian dari penelitian dengan tujuan untuk mengetahui Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Tugu Ibu Depok

Saya mengetahui bahwa tidak ada risiko yang akan saya alami dan saya telah diberitahukan tentang adanya jaminan kerahasiaan informasi yang diberikan dan saya juga memahami manfaat penelitian ini bagi pelayanan keperawatan.

**Peneliti,** **Depok, April 2010**  
**Responden,**

**Sri Yulia**

*(tanda tangan dan nama jelas)*



**LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN**

**Judul Penelitian** Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Bhakti Yuda Depok

**Peneliti** **Sri Yulia**  
**NPM 0806445946**  
**Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas**  
**Indonesia**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mengetahui bahwa saya menjadi bagian dari penelitian dengan tujuan untuk mengetahui Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Bhakti Yuda Depok

Saya mengetahui bahwa tidak ada risiko yang akan saya alami dan saya telah diberitahukan tentang adanya jaminan kerahasiaan informasi yang diberikan dan saya juga memahami manfaat penelitian ini bagi pelayanan keperawatan.

**Peneliti,** **Depok, April 2010**  
**Responden,**

**Sri Yulia**

\_\_\_\_\_  
*(tanda tangan dan nama jelas)*



## **KUESIONER A** **KARAKTERISTIK PERAWAT**

Kode Responden

*Diisi oleh peneliti*

**Petunjuk Pengisian:**

Bapak/ Ibu/ Sdr /i dimohon untuk mengisi kuesioner ini dengan cara mengisi titik-titik atau memberi tanda check (√) pada kolom yang telah tersedia

1. Umur : ..... tahun

2. Jenis Kelamin :

Laki-laki

Perempuan

3. Status pernikahan :

Menikah

Tidak Menikah

4. Lama kerja  
sebagai perawat di RS Bhakti Yudha : ..... tahun..... bulan

5. Status Kepegawaian :

Pegawai Tetap

Pegawai Kontrak



## KUESIONER B

Jumlah Soal : 45 buah  
Waktu : 90-120 menit

### Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan sebelum anda menjawab masing-masing pertanyaan.
2. Jawablah pertanyaan untuk setiap soal dengan memberikan TANDA SILANG (X) pada salah satu jawaban yang menurut anda BENAR
3. Jika ada anda ingin mengganti jawaban yang telah anda pilih maka cukup dengan memberikan TANDA (==) pada jawaban yang ingin anda ganti dan berikan tanda silang pada silang baru pada jawaban yang anda inginkan.

Contoh:

A B C D E

4. Semua pertanyaan harus dijawab oleh responden.
- 

01. Berikut merupakan pengertian keselamatan pasien (*patient safety*) dalam pelayanan kesehatan adalah:
  - a. Tingkat pelayanan maksimal yang dapat diterima pasien yang diberikan atas kepercayaan dan keinginan untuk lebih baik
  - b. Pemenuhan atas kualitas pelayanan sesuai harapan dan keinginan penerima pelayanan kesehatan
  - c. Upaya untuk mengutamakan harapan pasien disertai dengan mengedepankan prinsip pelayanan yang efektif
  - d. Bagian penting kualitas pelayanan yang menekankan pada kondisi yang tidak merugikan, mengurangi dan meminimalisasi risiko melalui upaya sistemik untuk optimalisasi mutu pelayanan
02. Program keselamatan pasien (*patient safety*) dalam pelayanan keperawatan menjadi suatu hal yang penting karena:
  - a. Meningkatnya kejadian yang tidak diinginkan (*adverse events*) dan tuntutan terhadap institusi pelayanan kesehatan yang mengabaikan keselamatan pasien



- b. Kurangnya peran tenaga keperawatan dalam mendukung upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan
  - c. Rumah sakit merupakan organisasi yang selalu memiliki kecenderungan untuk mengabaikan keselamatan pasien
  - d. Kurangnya sosialisasi program-program peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
03. Suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*omission*) daripada karena kondisi pasien merupakan pengertian dari:
- a. kejadian nyaris cedera (*Near Miss*)
  - b. kejadian yang tidak diinginkan (*Adverse Event*)
  - c. kejadian yang tidak dapat dicegah (*Unpreventable Adverse Event*)
  - d. kesalahan medis (*Medical Error*)
04. Jika pada suatu kejadian seorang perawat memberikan obat yang ternyata merupakan kontra indikasi namun tidak terjadi reaksi obat pada pasien, maka situasi ini merupakan situasi yang disebut dengan:
- a. kejadian nyaris cedera (*Near miss*)
  - b. kejadian yang tidak diinginkan (*Adverse Event*)
  - c. kejadian yang tidak dapat dicegah (*Unpreventable Adverse Event*)
  - d. kesalahan medis (*Medical Error*)
05. Peran perawat professional dalam keselamatan pasien (*patient safety*) dalam pelayanan kesehatan rumah sakit adalah:
- a. Melakukan pencegahan terhadap kesalahan dan kejadian nyaris cedera melalui upaya untuk melakukan pencegahan dini, deteksi risiko dan koreksi terhadap abnormalitas yang terjadi pada pasien.
  - b. Menjadi anggota pelaksana dalam setiap program-program yang dikembangkan oleh tim keselamatan pasien di rumah sakit.
  - c. Mengevaluasi program-program yang berdampak pada keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan
  - d. Merumuskan langkah-langkah strategis agar pasien merasa puas dan aman.
06. Berikut merupakan budaya keselamatan (*safety culture*) dalam pelayanan keperawatan, yaitu:
- a. Kesadaran yang konstan dari perawat tentang keselamatan dan aktif untuk mencegah terjadinya kesalahan dalam pelayanan keperawatan
  - b. Langkah-langkah penerapan keselamatan dalam pelayanan keperawatan yang sangat tergantung pada pengendalian dari unsur manajemen.

- c. Upaya-upaya untuk menerapkan aktivitas pelayanan keperawatan yang bermutu dan menjamin kepuasan pasien
  - d. Selalu terdepan dalam pelayanan keperawatan dan membangun komitmen dalam penerapan standar pelayanan keperawatan.
07. Karakteristik budaya kerja yang ditandai dengan proses analisis yang berakhir hanya pada faktor individu (*human factor*) tanpa mengembangkan pendekatan sistem atas kejadian yang tidak diinginkan (*adverse event*) yang terjadi, merupakan karakteristik dari:
- a. *Safety culture*
  - b. *Blamming culture*
  - c. Budaya konsisten
  - d. *Wrong culture*
08. Berikut merupakan bentuk dari budaya keselamatan (*safety culture*) yaitu:
- a. Identifikasi yang berakhir pada faktor individu (*human factor*)
  - b. Tindakan menyalahkan dan menghukum atas *adverse event*
  - c. Membicarakan kesalahan, belajar dari kesalahan dan mau memperbaiki kesalahan
  - d. Menyembunyikan kesalahan perawat dan mendorong peningkatan kehati-hatian.
09. Berikut faktor yang dapat menghambat pengembangan budaya keselamatan (*safety culture*) yaitu:
- a. Kemauan untuk melaporkan kesalahan dan belajar dari kesalahan
  - b. Kompetisi dan persaingan dalam kualitas pelayanan keperawatan
  - c. Tingginya beban kerja perawat
  - d. Gagalnya proses analisis insiden yang dikembangkan melalui pendekatan sistem.
10. Berikut merupakan bentuk aplikatif penerapan budaya keselamatan (*safety culture*) dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit:
- a. Penerapan keselamatan pasien dengan tetap memperhatikan “produksi” atau “efisiensi” dalam pengelolaan pelayanan.
  - b. Penghargaan atas pelaporan kesalahan yang berhubungan dengan keselamatan pasien, walaupun kemudian dinyatakan salah
  - c. Mengedepankan upaya penanganan kesalahan melalui proses hukum dibandingkan upaya perbaikan atas kesalahan
  - d. Membawa kasus-kasus yang berhubungan dengan *adverse event* ke pengadilan tanpa harus ditutup-tutupi

11. Salah satu penerapan dari Sembilan Solusi Penerapan Keselamatan Pasien yang berhubungan dengan pengelolaan obat-obatan oleh perawat adalah:
  - a. Pengaturan serah terima obat yang tidak terpakai antara perawat dan pasien
  - b. Pencatatan pemberian obat-obatan secara menyeluruh dan rutin
  - c. Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
  - d. Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan yang mirip.
  
12. Berikut merupakan bentuk Sembilan Solusi Penerapan Keselamatan Pasien yang menjadi kebijakan KKP-RS, KECUALI :
  - a. Memastikan identifikasi pasien
  - b. Komunikasi yang benar saat serah terima pasien
  - c. Melakukan upaya pencegahan pasien jatuh dalam pelayanan keperawatan
  - d. Meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial
  
13. Penggunaan alat injeksi sekali pakai merupakan suatu bentuk penerapan keselamatan pasien di rumah sakit yang didasarkan pada upaya pencegahan HIV, HBV, dan HCV. Rekomendasi yang perlu dikembangkan adalah:
  - a. Protokol atau kebijakan yang melarang penggunaan ulang jarum injeksi
  - b. Protokol atau kebijakan tentang tindakan cuci tangan sebelum dan sesudah pemberian injeksi
  - c. Protokol atau kebijakan untuk pencegahan HIV, HBV dan HCV
  - d. Protokol atau kebijakan tentang peningkatan kemampuan perawat dalam pengendalian infeksi
  
14. Rekomendasi bagi upaya meningkatkan kebersihan tangan untuk mencegah infeksi sebagai berikut:
  - a. Penyediaan sumber air mengalir dari kran pada area pelayanan
  - b. Penggunaan sarung tangan untuk setiap pelaksanaan prosedur keperawatan
  - c. Penggunaan alat-alat steril dalam prosedur keperawatan
  - d. Penggunaan alat dan bahan habis pakai yang terjamin kebersihan dan kesterilannya
  
15. Prosedur pembedahan yang salah dan pembedahan sisi yang salah dalam pelayanan kamar bedah disebabkan oleh faktor utama yaitu:
  - a. Kurang kompetennya tenaga yang bertugas dikamar bedah
  - b. Tidak adanya atau kurang optimalnya standarisasi pra bedah
  - c. Keterbatasan sarana dan prasarana ruang bedah
  - d. Meningkatnya jumlah pasien-pasien bedah

16. Keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan erat kaitannya dengan *safe staffing*. Hal ini berarti bahwa:
- Risiko yang dapat membahayakan pasien dalam pelayanan keperawatan dapat dihindari jika perawat bekerja pada lingkungan yang juga memberikan situasi penuh perlindungan bagi staf keperawatan
  - Perawat adalah sasaran dalam program keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit
  - Keselamatan pasien adalah bagian utama dari *safe staffing*
  - Perawat yang dapat menerapkan keselamatan pasien hanyalah perawat yang mengerti mengenai pengelolaan staf keperawatan secara baik.
17. Faktor sumber daya manusia keperawatan yang berhubungan dengan *safe staffing* (staf yang aman) adalah:
- Adanya kesesuaian antara jumlah perawat dengan jumlah pasien yang dilayani
  - Skill mix* dan peningkatan kompetensi dalam pelayanan keperawatan
  - Budaya kerja dan pola komunikasi diantara staf yang harmonis
  - Perlindungan hukum bagi tenaga keperawatan
18. ICN (2006) merumuskan rasio jumlah pasien dibandingkan jumlah perawat adalah:
- |        |        |
|--------|--------|
| a. 2:1 | c. 6:1 |
| b. 4:1 | d. 8:1 |
19. *Safe staffing* dalam keperawatan berarti bahwa:
- Keselamatan pasien sebagai bagian dari keselamatan staf keperawatan
  - Keamanan staf keperawatan dapat terpenuhi dengan melaksanakan aktivitas pelayanan keperawatan
  - Keamanan pasien dan perawat sebagai dampak dari kualitas pelayanan
  - Upaya mendukung keselamatan pasien melalui peningkatan keamanan perawat dalam beraktifitas menjalankan pelayanan.
20. Berikut merupakan faktor lingkungan kondusif yang dapat mendorong *safe staffing* bagi upaya keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan:
- Mengkomunikasikan situasi risiko tinggi dan kesalahan yang terjadi secara terbuka kepada atasan yang berwenang
  - Proses rekrutmen dan seleksi tenaga perawat yang adekuat
  - Penyediaan tenaga perawat yang kompeten dalam pelayanan keperawatan
  - Kondisi staf yang tidak adekuat

21. Pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, menilai dan menyusun prioritas risiko dengan tujuan untuk menghilangkan atau meminimalkan dampak risiko dalam pelayanan adalah pengertian dari:
- Analisis klinis
  - Manajemen risiko klinis
  - Kejadian yang tidak diinginkan
  - Identifikasi risiko
22. Pelayanan yang tidak sesuai SOP, pengobatan yang tidak sesuai, *informed consent*, dan diskriminasi dalam perawatan merupakan suatu bentuk risiko klinis yang berhubungan dengan risiko terhadap:
- Tenaga kesehatan
  - Perawatan pasien
  - Staf karyawan di rumah sakit
  - Pelayanan keperawatan di rumah sakit
23. Salah satu alasan pentingnya *Risk management* dalam pelayanan keperawatan adalah:
- Membangun kepedulian pasien atas haknya dalam keselamatan pasien dalam pelayanan
  - Mendorong dipenuhinya kewajiban pasien dalam pelayanan kesehatan/keperawatan
  - Mendorong pengambilan keputusan berdasarkan informasi yang tepat
  - Mendorong kerjasama perawat dan pasien dalam upaya peningkatan kualitas perawatan.
24. Area praktek keperawatan yang memerlukan penerapan *risk management* dalam pengembangan keselamatan pasien adalah, **KECUALI**:
- Safe Staffing*
  - Safe Handover*
  - Medication Incident*
  - Safe law in health care*
25. Langkah-langkah dalam *Clinical Risk Management* secara berurutan adalah:
- Evaluation – Establish Contex – Risk Identification – Risk Analysis- Risk Treatment*
  - Establish Contex – Risk Identification – Risk Analysis – Evaluation and Prioritasion – Risk Treatment*
  - Establish Contex – Risk Analysis – Risk Identification – Risk Treatment – Evaluation*
  - Evaluation – Risk Analysis – Risk Identification – Risk Treatment – Establish Contex*
26. Faktor petugas maupun pasien seperti penundaan jadwal dan panggilan yang tidak terdengar disebut faktor penyebab risiko insiden berupa:
- Proximate cause*
  - Underlying cause*
  - Root cause*
  - Basic cause*

27. Berikut merupakan identifikasi risiko atas keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan yang bersifat proaktif adalah:
- Identifikasi insiden
  - Laporan insiden
  - Telaah kasus dan asuhan keperawatan
  - Audit keperawatan
28. Laporan tertulis setiap keadaan yang tidak konsisten dengan kegiatan rutin terutama untuk pelayanan keperawatan terhadap pasien merupakan suatu bentuk identifikasi risiko yang disebut:
- Evaluasi penerapan standar prosedur
  - Pelaporan kejadian
  - Laporan harian
  - Dokumentasi proses keperawatan
29. Analisis risiko atau kejadian melalui analisis akar masalah (*root causa analysis*) ditekankan pada, **KECUALI:**
- Dampak kesalahan
  - Tipe kesalahan
  - Proses pengumpulan data
  - Penyebab, pencegahan dan mitigasi kesalahan
30. Analisis akar masalah (*root causa analysis*) dikembangkan untuk menggali penyebab pada akar masalah atas insiden yang terjadi, misalnya:
- Mengidentifikasi perawat dan unit yang melakukan kesalahan
  - Menentukan bahwa faktor pasien sebagai penyebab kejadian
  - Menganalisis insiden dari sudut organisasi atau manajemen
  - Menganalisis kebutuhan sarana prasarana sebagai faktor penyebab insiden
31. Kesalahan pengelolaan obat yang lazim terjadi oleh perawat merupakan bentuk kesalahan yang berkaitan dengan proses:
- Prescribing error*
  - Dispensing error*
  - Administration error*
  - Patient compliance error*
32. Pengelolaan obat-obatan oleh perawat merupakan aspek penting dalam mencegah *medication error*, hal ini disebabkan karena:
- Perawat terlibat dalam *administration medication* yang merupakan penyebab terbesar dalam *medication error*
  - Perawat terlibat secara langsung dengan kegiatan peresepan oleh tenaga medis
  - Perawat mengetahui secara pasti perkembangan pasien sehingga informasi akurat dan valid dapat diperoleh dengan lebih baik
  - Perawat terlibat dalam distribusi dan pengolahan obat bagi kepentingan pasien.

33. Berikut merupakan upaya yang dapat dilakukan oleh perawat dalam rangka mengurangi *medication error* yaitu:
- Pelimpahan tugas dan kewenangan dalam pengobatan kepada perawat
  - Peningkatan pengetahuan dan keterampilan mengenai pengelolaan pengobatan
  - Menyediakan obat-obatan yang lazim digunakan dalam pelayanan keperawatan
  - Mendorong keterlibatan perawat dalam pengobatan kepada pasien
34. Penerapan pengelolaan pengobatan yang aman dengan pendekatan FOODON yang salah satunya adalah komponen **NOTIFY** yang berarti:
- Mengobservasi bagaimana toleransi pasien terhadap pengobatan dan prosedur pengobatan misalnya observasi pemberian obat injeksi
  - Memberitahukan segera situasi yang berhubungan dengan risiko cidera dan kesalahan pemberian obat-obatan
  - Mengobservasi dan memastikan bahwa pasien telah meminum obatnya
  - Mendokumentasikan jenis obat, dosis, waktu, rute dan respon pasien
35. Penerapan prinsip benar dosis dalam pengelolaan pengobatan oleh perawat adalah dengan cara:
- Melakukan pengecekan kembali atas obat dan label obat
  - Melakukan pengecekan obat dan label obat serta jumlah obat yang diberikan
  - Membuat jadwal dan melaksanakan pengobatan sesuai dengan jadwal pengobatan
  - Melakukan pengecekan nama dan menanyakan nama pasien, tanggal dan bulan lahir secara langsung kepada pasien
36. Pengertian yang tepat tentang kejadian jatuh dalam pelayanan kesehatan adalah:
- Kejadian yang disengaja atau tidak disengaja yang menyebabkan seseorang mengalami jatuh ke lantai atau tempat yang lebih rendah saat istirahat dan terjaga
  - Kejadian tidak disengaja yang menyebabkan seseorang jatuh ke lantai atau tempat yang rendah yang disebabkan faktor mayor seperti serangan stroke atau epilepsi
  - Kejadian tidak disengaja yang menyebabkan seseorang jatuh ke lantai atau tempat yang lebih rendah saat terjaga atau istirahat tapi bukan karena faktor mayor seperti stroke atau epilepsi
  - Kejadian yang disengaja atau tak disengaja yang disebabkan karena faktor mayor seperti stroke atau epilepsi
37. Area atau lokasi jatuh yang utama sering terjadi dan dialami oleh pasien dalam pelayanan keperawatan rumah sakit adalah:
- Area tempat tidur
  - Area kamar mandi
  - Koridor ruang perawatan
  - Toilet ruang perawatan

38. Faktor ekstrinsik yang menyebabkan terjadinya peristiwa jatuh (*falls*) adalah:
- Usia lebih dari 65 tahun
  - Posisi ketinggian tempat tidur
  - Keterbatasan mobilitas karena problem kekuatan fisik
  - Pasien dengan kecemasan yang tinggi mengalami kondisi delirium
39. Upaya yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mencegah kejadian jatuh (*prevention falls*) antara lain:
- Self assessment* atas kejadian-kejadian jatuh yang dialami pasien dalam pelayanan keperawatan
  - Identifikasi faktor risiko jatuh pada setiap pasien
  - Meningkatkan kompetensi perawat dalam upaya penanganan jatuh
  - Menciptakan kesadaran setiap perawat atas berbagai upaya peningkatan keselamatan pasien di rumah sakit
40. Faktor penghambat penerapan pencegahan jatuh dalam pelayanan keperawatan adalah, **KECUALI:**
- Kurangnya orientasi staf keperawatan terhadap upaya pencegahan jatuh
  - Pasien tidak mau memanggil perawat untuk membantu pemenuhan kebutuhannya
  - Rendahnya kerjasama dan koordinasi tim kesehatan
  - Hambatan komunikasi antara perawat dan pasien.
41. Faktor utama yang menjadi penyebab gagalnya *handover* yang berdampak pada keselamatan pasien dalam pelayanan rumah sakit adalah:
- Blamming culture*
  - Komunikasi yang tidak adekuat
  - Keterbatasan sarana dan prasarana
  - Banyaknya profesi yang terlibat dalam pelayanan kesehatan rumah sakit
42. *Handover* dalam pelayanan keperawatan memiliki makna yaitu:
- Pelimpahan tugas dan tanggung jawab dari keperawatan kepada petugas kesehatan lainnya dalam institusi pelayanan
  - Koordinasi tugas dan tanggung jawab dalam pelayanan keperawatan untuk menjamin bahwa setiap profesi kesehatan melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya
  - Proses transfer informasi dalam rangkaian transisi keperawatan untuk menjamin keberlanjutan dan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan
  - Membagi kewenangan secara jelas dalam penanganan pasien di institusi pelayanan.



43. *Handover* dalam pelayanan keperawatan yang berhubungan dengan pergantian jadwal dinas jaga perawat dari dinas pagi ke dinas sore merupakan bentuk *handover* yang disebut:
- a. *Hospital transfer*
  - b. *Nursing shift*
  - c. *Other transision in care*
  - d. *Patient hand off-level of care*
44. Bentuk komunikasi untuk *hand over* yang efektif adalah:
- a. Komunikasi satu arah dengan penegasan yang kuat untuk hal yang penting
  - b. Kewajiban hadirnya seorang komunikator dan komunikan dalam suatu area secara langsung
  - c. Terjadi proses verifikasi informasi yang diterima dengan cara mengulang kembali (*repeat back*) dan membaca kembali (*read back*)
  - d. Tidak diperkenankannya komunikasi *handover* melalui telepon atau pesan lisan
45. Berdasarkan *Patient Safety Solution Preamble* (WHO, 2007) beberapa hal yang harus dikembangkan dalam *handover* adalah, **KECUALI**:
- a. Kebijakan *handover* dalam pelayanan
  - b. Keterlibatan pasien dalam pelayanan keperawatan
  - c. Standarisasi proses komunikasi
  - d. Penegasan hak dan kewajiban pasien

.....***Terima Kasih Atas Kerjasamanya.....***.....



**MODUL**

**PELATIHAN KESELAMATAN PASIEN  
DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN**

**OLEH:**  
**SRI YULIA**  
**0806446946**

*Editor:*  
**Rita Sekarsari, SKp., MHSM**  
**Harif Fadillah, SKp.**

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

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan karunia kesehatan dan kesempatan sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Modul Pelatihan Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Keperawatan. Modul ini disusun dengan tujuan untuk meningkatkan pemahaman perawat terkait aspek pengetahuan sehingga perawat dapat menyadari peran penting yang menjadi tanggung jawab professional dalam lingkup keselamatan pasien. Implikasi jangka panjang yang diharapkan dari penyusunan modul ini adalah peran optimal perawat dalam membangun budaya keselamatan dalam tatanan pelayanan di rumah sakit.

Proses penyelesaian modul ini tidak terlepas dari kontribusi berbagai pihak yang turut menyumbangkan pendapat dan saran serta dukungan moril kepada penulis, sehingga dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dewi Irawaty, MA., PhD. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Prof. Hj. Achir Yani S. Hamid DNSc. dan Mustikasari, S.Kp., MARS yang telah mendukung penulis untuk menyusun dan menerapkan modul ini
3. Rita Sekarsari, SKp., MHSM dan Harif Fadillah, SKp. selaku perwakilan dari PPNI yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan koreksi, masukan dan saran terhadap kesempurnaan isi modul ini
4. Berbagai pihak yang tidak dapat penulis ucapkan satu persatu

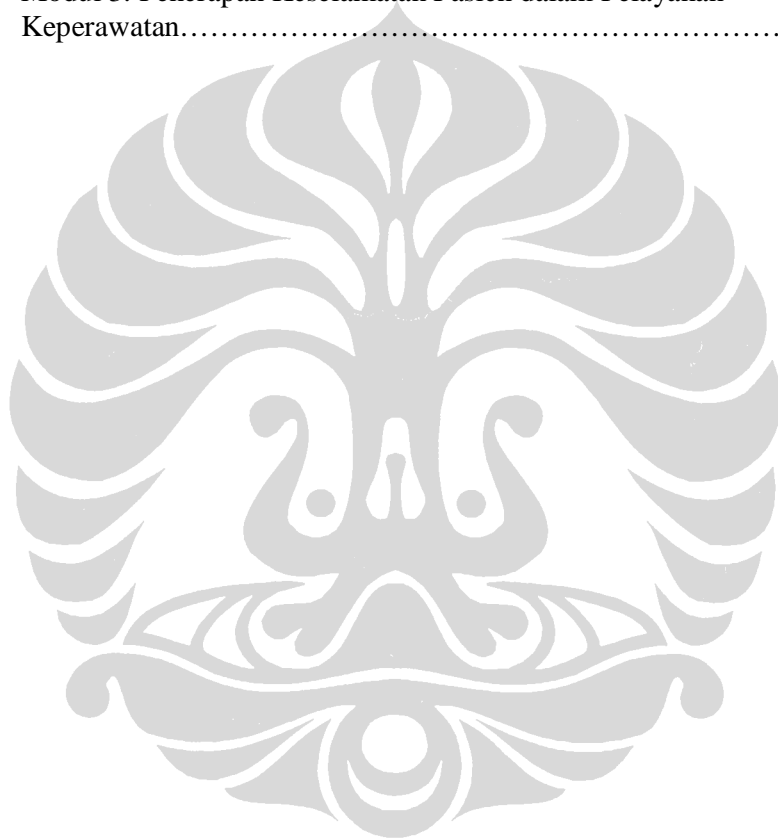
Semoga Allah SWT melimpahkan kebaikan dan keberkahan atas segala niat baik dan upaya serta bantuan yang telah diberikan terhadap penulis. Penulis menyadari dalam beberapa aspek modul ini masih jauh dari sempurna. Kritik dan saran untuk perbaikan modul di masa yang akan datang sangat penulis harapkan sehingga kemanfaatan atas penyempurnaan modul ini juga dapat berdampak positif pada kualitas pelayanan keperawatan yang aman.

Depok, April 2010

Sri Yulia

## DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Modul 1. Prinsip Keselamatan Pasien ( <i>Patient Safety</i> ) dalam Pelayanan Keperawatan .....	1
Modul 2. Manajemen Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Keperawatan.....	23
Modul 3. Penerapan Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Keperawatan.....	36



# MODUL I-1

## PELATIHAN KESELAMATAN PASIEN DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN



**Disampaikan pada Pelatihan Keselamatan Pasien  
bagi Perawat Pelaksana di RS Tugu Ibu Depok  
Depok, 21-23 April 2010**

## 1. Deskripsi

Prinsip keselamatan pasien merupakan hal mendasar yang diperlukan untuk membangun pemahaman awal tentang hal-hal prinsip yang harus diketahui perawat dalam lingkup keselamatan pasien.

## 2. Tujuan Pembelajaran

### a. Tujuan Umum :

Setelah 120 menit pembelajaran perawat mampu menjelaskan berbagai prinsip mendasar mengenai Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan di rumah sakit.

### b. Tujuan Khusus:

Setelah pembelajaran perawat mampu:

1. Menjelaskan konsep umum keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan yang yang penting diperhatikan dalam pelayanan keperawatan
2. Menjelaskan budaya keselamatan (*safety culture*) untuk meminimalisasi kesalahan (*minimizing liability*) dalam pelayanan keperawatan
3. Menjelaskan *safe staffing* (keamanan staf) dalam pelayanan keperawatan.

## 3. Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan

Modul mengenai prinsip Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit ini membahas tentang:

### a. Konsep umum keselamatan pasien yang terdiri dari:

- ✓ Pengertian
- ✓ Latar belakang
- ✓ Tujuan
- ✓ Istilah-istilah dalam keselamatan pasien
- ✓ Manfaat keselamatan pasien

- ✓ Peran perawat dalam keselamatan pasien dan aspek yang harus diperhatikan dalam menerapkan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan.
- b. Budaya keselamatan untuk meminimalisasi kesalahan (*minimizing liability*) dalam pelayanan keperawatan yang terdiri dari:
- ✓ Budaya keselamatan dalam pelayanan keperawatan
  - ✓ Pengertian budaya keselamatan
  - ✓ Faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan
  - ✓ Upaya untuk meminimalisasi kesalahan.
- c. *Safe staffing* (keamanan staf) dalam pelayanan keperawatan yang terdiri dari:
- ✓ Pengertian *safe staffing*
  - ✓ Faktor yang mempengaruhi *safe staffing*
  - ✓ Upaya membangun *safe staffing* dalam pelayanan keperawatan.

#### 4. Langkah-langkah Kegiatan Pembelajaran

No	Materi Pembelajaran	Kegiatan Peserta	Alokasi Waktu	Metode
1	<b>Konsep umum keselamatan pasien:</b>	Mendengarkan dan berdiskusi	50 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab
	1. Pengertian		5'	
	2. Latar belakang		10'	
	3. Tujuan		5'	
	4. Istilah-istilah dalam keselamatan pasien		10'	
	5. Manfaat keselamatan pasien		10'	
	6. Peran perawat dalam keselamatan pasien dan aspek yang harus diperhatikan dalam menerapkan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan.		10'	

2	<b>Budaya keselamatan untuk meminimalisasi kesalahan (<i>minimizing liability</i>) dalam pelayanan keperawatan:</b>	Mendengarkan dan berdiskusi	35 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab
	1. Budaya keselamatan dalam pelayanan keperawatan		10'	
	2. Pengertian budaya keselamatan		5'	
	3. Faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan		10'	
	4. Upaya untuk meminimalisasi kesalahan.		10'	
3	<b>Safe staffing (keamanan staf) dalam pelayanan keperawatan:</b>	Mendengarkan dan berdiskusi	35 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab
	1. Pengertian <i>safe staffing</i>		10'	
	2. Faktor yang mempengaruhi <i>safe staffing</i>		15'	
	3. Upaya membangun <i>safe staffing</i> dalam pelayanan keperawatan.		10'	

## 5. Uraian Materi

Uraian materi yang terangkum dalam modul mengenai prinsip keselamatan pasien ini adalah sebagai berikut:

### A. KONSEP UMUM KESELAMATAN PASIEN

#### 1. Pengertian

Menurut *The Institute of Medicine* (IOM), keselamatan didefinisikan sebagai *freedom from accidental injury*. Keselamatan dinyatakan sebagai domain pertama dari mutu dan definisi mengenai keselamatan ini merupakan pernyataan dari perspektif pasien (Kohn, Corrigan dan Donaldson, 2000, hal.18). Pengertian lainnya menurut CNA (2009) menyatakan bahwa keselamatan pasien adalah mengurangi dan meringankan tindakan-tindakan yang tidak aman dalam sistem



pelayanan kesehatan dengan sebaik mungkin melalui penggunaan penampilan praktek yang baik untuk mengoptimalkan *outcome* pasien. Senada dengan hal ini Hughes (2008) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan pencegahan cedera terhadap pasien. Pencegahan cedera didefinisikan sebagai bebas dari bahaya yang terjadi dengan tidak sengaja atau dapat dicegah sebagai hasil perawatan medis. Sedangkan praktek keselamatan pasien diartikan sebagai menurunkan resiko kejadian yang tidak diinginkan yang berhubungan dengan paparan terhadap lingkup diagnosis atau kondisi perawatan medis.

Menurut KKP-RS (2008), keselamatan/*safety* adalah bebas dari bahaya atau resiko (*hazard*). Keselamatan pasien/*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, cacat, kematian dll), terkait pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem ini meliputi: assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan menindaklanjuti insiden serta implementasi solusi untuk mengurangi dan meminimalkan timbulnya resiko (Depkes, 2008; Undang-undang No. 44 tahun 2009).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa keselamatan pasien merupakan suatu bagian penting dalam mutu pelayanan yang menekankan pada suatu kondisi yang tidak merugikan pasien, mengurangi dan meminimalkan resiko melalui berbagai upaya sistemik yang berorientasi pada optimalisasi hasil pelayanan yang diterima pasien.

## **2. Latar Belakang**

Kenyataan yang ada menunjukkan bahwa mutu pelayanan saja tidak cukup tanpa Keselamatan Pasien. Proses hukum di rumah sakit sangat meningkat, dan rumah sakit serta anggota profesi cenderung untuk menjadi sasaran serangan tuduhan jika terjadi kesalahan atau ketidakpuasan dalam pelayanan yang diterima

konsumen. Oleh sebab itu adanya keselamatan pasien mengubah “Blaming Culture” menjadi “Safety Culture” dan mengurangi litigasi di RS (Hillary Rodham Clinton and Barack Obama *Making Patient Safety the Centerpiece of Medical Liability Reform*. New England, Journal of Medicine, 354 : 21, [www.nejm.org](http://www.nejm.org) 25 Mei 2006, KKP-RS, 2008)

Setelah World Health Organization (WHO) memulai program keselamatan pasien melalui *World Alliance for Patient Safety* pada tahun 2004, keselamatan pasien menjadi isu terkini dalam pelayanan kesehatan terutama dalam pelayanan kesehatan rumah sakit. Hal ini didasarkan atas semakin meningkatnya kejadian yang tidak diinginkan (*adverse event*) melalui laporan yang dipublikasikan oleh IOM pada tahun 2000. Program ini juga menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan prinsip fundamental pelayanan pasien dan merupakan sebuah komponen kritis dalam manajemen mutu (WHO, 2004). Kebijakan mengenai *Nine Life Saving Patient Safety Solution* dan tujuh langkah keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang dibuat untuk mencegah/mengurangi cedera pasien dan meningkatkan keselamatan pasien secara lebih nyata (WHO, 2007).

Kebijakan global mengenai keselamatan pasien telah melibatkan peran organisasi kesehatan dan peran pemberi pelayanan kesehatan termasuk perawat. Perhatian terhadap lingkungan kerja yang positif dan berorientasi pada keselamatan pasien khususnya yang berhubungan dengan profesi perawat telah menjadi hal yang sangat penting. Kebijakan mengenai *Safe Staffing and Saves Lives* (ICN, 2006) dan *Islamabad Declaration on Strengthening Nursing and Midwifery* (WHO dan ICN, 2007) telah disepakati secara global untuk mendukung keselamatan pasien dan sumber daya manusia keperawatan. Peningkatan lingkungan kerja bagi perawat sebagai salah satu aspek yang harus dikembangkan dalam pencapaian *Safe Staffing and Saves Lives*. Selain itu, kebijakan mengenai *Positive Practice Environments* (ICN, 2007) menyatakan bahwa salah satu karakteristik lingkungan kerja yang positif adalah adanya lingkungan kerja yang aman. Menciptakan lingkungan kerja yang positif perlu didukung oleh kerangka kebijakan yang dapat menjamin kondisi kerja yang aman untuk memberikan

jaminan terhadap keselamatan pasien dan pekerja kesehatan selaku komponen utama dalam perspektif penjaminan mutu.

ICN (2002) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan hal mendasar dalam mutu pelayanan dan keperawatan. ICN menyebutkan bahwa peningkatan keselamatan pasien mencakup area yang luas dari kegiatan dalam rekrutmen, pelatihan dan retensi tenaga profesional, pengembangan kinerja, keselamatan lingkungan dan manajemen resiko yang meliputi pengendalian infeksi, keamanan dalam penggunaan obat-obatan, peralatan yang aman, praktek klinik yang aman, lingkungan perawatan yang aman dan mengakumulasi dalam sebuah batang tubuh pengetahuan ilmiah yang berfokus pada keselamatan pasien dan infrastruktur yang mendukung pengembangannya. Keperawatan yang mengarah pada keselamatan pasien berada pada seluruh aspek yang ada dalam pelayanan keperawatan. Hal ini mencakup informasi terhadap pasien dan hal lain yang terkait dengan resiko dan pengurangan resiko dan advokasi terhadap keselamatan pasien dan pelaporan KTD.

Keberadaan Undang-undang No. 44 tahun 2009 mengenai Rumah Sakit yang disahkan pada tanggal 28 Oktober 2009 menjadikan isu keselamatan pasien di Indonesia semakin penting untuk diperhatikan. Undang-undang ini dengan tegas menyebutkan bahwa keselamatan pasien menjadi salah satu asas dalam penyelenggaraan rumah sakit (pasal 2) dan sekaligus juga menjadi salah satu hak pasien selama dalam perawatan di rumah sakit (pasal 32). Pengaturan penyelenggaraan rumah sakit salah satunya adalah bertujuan untuk memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien (pasal 3) dan rumah sakit wajib memenuhi standar keselamatan pasien (pasal 43). Dinyatakan pula bahwa setiap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja salah satunya dengan mengutamakan keselamatan pasien (pasal 13). Selain itu, Undang-undang No. 36 tentang Kesehatan pasal 24 secara jelas menyebutkan bahwa tenaga kesehatan harus memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional. Hal ini berarti bahwa kewajiban tenaga kesehatan untuk menerapkan keselamatan pasien

didukung oleh kebijakan akan pentingnya menerapkan standar yang ada, hak pasien dan kode etik agar pasien berada dalam kerangka pelayanan yang aman.

### **3. Tujuan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)**

Menurut KKP-RS (2008) tujuan keselamatan pasien yang harus dicapai oleh tim KKP-RS di tiap rumah sakit agar program keselamatan pasien dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan dalam mencegah dan menekan angka KTD adalah sebagai berikut:

- a. Memperbaiki identifikasi pasien
- b. Meningkatkan komunikasi efektif
- c. Mengurangi kesalahan pemberian obat
- d. Meniadakan kesalahan dalam melakukan operasi, pasien dan prosedur
- e. Pencegahan infeksi nasokomial
- f. Pencegahan pasien jatuh dari tempat tidur

### **4. Istilah dalam Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)**

Istilah yang dikembangkan terkait dengan keselamatan pasien terdiri dari:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event*  
Suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*omission*), ketimbang karena *underlying disease* atau kondisi pasien (KKP-RS, 2008)
- b. KTD yang tidak dapat dicegah (*Unpreventable Adverse Event*)  
Suatu KTD akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah dengan pengetahuan yang mutakhir (KKP-RS, 2008)
- c. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau *Near Miss*  
Suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena “keberuntungan” (misal pasien menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), karena ”pencegahan” (suatu obat dengan over dosis *lethal* akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan

membatalkannya sebelum obat diberikan), atau ”peringanan” (suatu obat dengan over dosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan anti dotenya). (KKP-RS, 2008)

d. Kesalahan Medis atau *Medical Errors*

Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Kesalahan termasuk gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya. Dapat juga akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) (KKP-RS, 2008)

e. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius; biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “*sentinel*” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misal amputasi pada kaki yang salah, dan sebagainya) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku (KKP-RS, 2008)

## 5. Manfaat Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan dan Keperawatan

Manfaat Penerapan Sistem Keselamatan Pasien terhadap pelayanan kesehatan dan keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Budaya keselamatan menjadi meningkat dan berkembang (*Blame-Free Culture, Reporting Culture, Learning Culture*)
- b. Komunikasi dengan pasien berkembang
- c. KTD menurun, peta KTD selalu ada dan terkini
- d. Risiko klinis menurun serta keluhan dan litigasi berkurang
- e. Mutu Pelayanan meningkat serta citra RS dan kepercayaan masyarakat meningkat, diikuti dengan kepercayaan diri yang meningkat.

## **6. Peran Perawat dalam Penerapan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)**

Menurut Mitchell dalam Hughes (2008), perawat merupakan kunci dalam pengembangan mutu melalui keselamatan pasien. Dinyatakan pula bahwa sejak masa yang lalu tanggungjawab perawat terhadap aspek keselamatan pasien telah ada walaupun masih terbatas pada pencegahan pemberian pengobatan dan pencegahan pasien jatuh. Considine (2005) berpendapat bahwa salah satu hal yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mencegah KTD beserta dampaknya adalah dengan peningkatan kemampuan perawat untuk melakukan pencegahan dini, deteksi resiko dan koreksi terhadap abnormalitas yang terjadi pada pasien. Peningkatan angka kematian yang merupakan bagian dari dampak keselamatan pasien membutuhkan peran perawat secara adekuat dalam kondisi emergensi untuk mencegah terjadinya KTD.

Sebagian besar kebutuhan perawatan pasien berfokus pada pekerjaan yang dilakukan perawat (Mitchell, dalam Hughes, 2008). Senada dengan hal ini Cahyono (2008) menyatakan bahwa dengan peran dan kontak selama 24 jam terus menerus membuat perawat lebih mengetahui perubahan klinis dan emosi klien serta lebih mengetahui kebutuhan fisik maupun emosional pasien dibandingkan dokter.

Tanggungjawab perawat terhadap keselamatan pasien menurut ICN (2002) meliputi:

- 1) Menginformasikan potensial resiko terhadap pasien dan keluarga.
- 2) Melaporkan KTD secara tepat dan tepat kepada pengambil kebijakan.
- 3) Mengambil peran serta yang aktif dalam mengkaji keselamatan dan mutu perawatan.
- 4) Mengembangkan komunikasi dengan pasien dan tenaga profesional kesehatan yang lain.
- 5) Melakukan negosiasi untuk pemenuhan level staf yang adekuat.
- 6) Mendukung langkah-langkah pengembangan keselamatan pasien.
- 7) Meningkatkan program pengendalian infeksi yang tepat.

- 8) Melakukan negosiasi terhadap standarisasi kebijakan dan protokol pengobatan untuk meminimalisir kesalahan.
- 9) Mempertanggungjawabkan profesionalitas dengan melibatkan tenaga farmasi, dokter dan lainnya untuk mengembangkan pengemasan dan penamaan obat-obatan.
- 10) Berkolaborasi dengan sistem pelaporan nasional untuk mencatat, menganalisis dan belajar dari KTD.
- 11) Mengembangkan suatu mekanisme, misalnya melalui akreditasi, untuk menilai karakteristik penyedia layanan kesehatan sebagai standar yang digunakan untuk mengukur kesempurnaan dalam keselamatan pasien.

Peran perawat profesional dalam pelayanan yang terintegrasi meliputi pencegahan terhadap kesalahan dan kejadian nyaris cedera melalui identifikasi *hazard* dan penurunan kondisi pasien sebelum terjadi kesalahan dan kejadian yang tidak diinginkan (Considine, 2005). Sesuai dengan hal ini PPNI (2010) juga telah mencantumkan kompetensi yang relevan dengan penerapan keselamatan pasien bagi perawat di Indonesia. Kompetensi tersebut meliputi: 1) Menggunakan alat pengkajian yang tepat untuk mengidentifikasi resiko aktual dan potensial terhadap keselamatan dan melaporkan kepada pihak yang berwenang, 2) Mengambil tindakan segera dengan menggunakan strategi manajemen resiko peningkatan kualitas untuk menciptakan dan menjaga lingkungan asuhan yang aman dan memenuhi peraturan nasional, persyaratan keselamatan dan kesehatan tempat kerja serta kebijakan dan prosedur, 3) Menjamin keamanan dan ketepatan penyimpanan, pemberian dan pencatatan bahan-bahan pengobatan, 4) Memberikan obat termasuk dosis yang tepat, cara, frekuensi, berdasarkan pengetahuan yang akurat tentang efek farmakologis, karakteristik klien dan terapi yang disetujui sesuai dengan resep yang ditetapkan, 5) Memenuhi prosedur pencegahan infeksi dan mencegah terjadinya pelanggaran dalam praktek yang dilakukan para praktisi lain, 6) Mengidentifikasi dan

merencanakan langkah-langkah khusus yang diperlukan untuk menangani klien di area praktek khusus dalam kondisi bencana.

## **7. Aspek yang harus diperhatikan dalam menerapkan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) dalam Pelayanan Keperawatan**

Untuk menerapkan keselamatan pasien dalam tatanan pelayanan keperawatan, serta mencegah dan menekan KTD, perawat perlu mengikuti paradigma baru yang berkembang dalam keselamatan pasien. Paradigma baru tersebut meliputi:

- a. Perlunya keterbukaan berdasarkan pola dan kebijakan yang semakin mendukung pada penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat
- b. Pelaporan insiden yang harus semakin baik
- c. Analisis dan belajar dari KTD yang pernah ada akan menimbulkan kemampuan pencegahan yang lebih baik
- d. Mengembangkan dan menerapkan solusi dalam menerapkan program keselamatan pasien dalam memberikan asuhan keperawatan
- e. Mengembangkan komunikasi efektif dengan pasien.

## **B. BUDAYA KESELAMATAN UNTUK MEMINIMALISASI KESALAHAN (*MINIMIZING LIABILITY*) DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN**

### **1. Budaya Keselamatan (*Safety Culture*) dalam pelayanan keperawatan**

Langkah awal untuk memperbaiki pelayanan yang berkualitas adalah keselamatan, sedangkan kunci dari pelayanan yang bermutu dan aman adalah membangun budaya keselamatan pasien (Hughes, 2008). Pelayanan keperawatan merupakan pelayanan terbesar dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tenaga perawat merupakan tenaga profesional kesehatan terbesar dalam sistem pelayanan kesehatan (Huber, 2006; Gillies, 1994) sedangkan di USA sebanyak 54% tenaga kesehatan adalah perawat. sehingga perawat harus mengedepankan budaya keselamatan (*safety culture*) dalam pelayanan keperawatan.



Menurut Mitchell dalam Hughes (2008), perawat merupakan kunci dalam pengembangan mutu melalui keselamatan pasien. *The Institute of Medicine* (IOM) pada tahun 2000 mengemukakan dua peran perawat dalam keselamatan pasien yaitu memelihara keselamatan melalui transformasi lingkungan keperawatan dan peran perawat dalam keselamatan pasien melalui penerapan standar keperawatan yang terkini. Kualitas pelayanan keperawatan sangat ditentukan oleh perawat karena mayoritas kebutuhan pasien sangat tergantung pada praktek yang dilakukan perawat dan sekaligus juga hal ini berhubungan dengan peran perawat dalam memberikan advokasi bagi pasien. Memonitor kondisi pasien, memberikan terapi fisiologis yang berhubungan dengan kompetensinya sebagai perawat, membantu pasien untuk beradaptasi terhadap kehilangan fungsi yang dialami, memberikan dukungan emosional, memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga dalam upaya membantu proses pengambilan keputusan berdasarkan informasi yang diberikan merupakan beberapa peran kritis yang dilakukan perawat terkait dengan tanggung jawab profesionalnya (Clancy, dalam Sampurna, n.d).

Tantangan terbesar dalam sistem pelayanan kesehatan adalah membangun sistem pelayanan kesehatan/ keperawatan yang mengedepankan keselamatan yaitu pelayanan yang mampu merubah *blaming culture* kearah pelayanan yang mengedepankan *safety culture*. Mengubah nilai-nilai atau keyakinan dan perilaku tidaklah mudah, pengembangan budaya keselamatan memerlukan kepemimpinan, perencanaan dan pemantauan yang kuat. Perubahan untuk menuju budaya keselamatan penting bagi staf, organisasi, pasien dan keluarganya.

## **2. Pengertian Budaya Keselamatan (*Safety Culture*)**

Budaya Keselamatan (*Safety Culture*) adalah dimana staf memiliki kesadaran yang konstan dan aktif tentang hal yang potensial menimbulkan kesalahan, Staf maupun organisasi mampu membicarakan kesalahan, belajar dari kesalahan dan mau memperbaiki kesalahan. Bersikap jujur dan adil yang

berarti membagi informasi secara terbuka dan bebas, serta penanganan adil bagi staf bila insiden terjadi.

Hal yang mendasari pernyataan diatas adalah bahwa terjadinya insiden atau kesalahan dalam pelayanan keperawatan/ kesehatan yang menimbulkan dampak pada keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan dipandang sebagai kegagalan suatu sistem, artinya bahwa penyebab insiden suatu *adverse event* tidak hanya pada staf yang terlibat tetapi melibatkan sistem dimana staf tersebut bekerja.

### **3. Faktor yang Mempengaruhi Budaya Keselamatan (*Safety Culture*)**

Terbentuknya budaya keselamatan (*safety culture*) sangat ditentukan oleh berbagai faktor yang berkontribusi. Sejumlah faktor yang diketahui sebagai penghambat dari terlaksananya budaya keselamatan (*budaya safety*) seperti:

a. *Blaming Culture*

*Blaming culture* merupakan karakteristik budaya kerja yang ditandai dengan proses analisis yang berakhir pada human faktor tanpa mengembangkan pendekatan sistem atas *adverse event* yang terjadi; tindakan menyalahkan dan menghukum, penghargaan dan sikap yang mengedepankan untuk menyembunyikan kesalahan.

b. Kompetisi yang tidak mengindahkan keselamatan

Kompetisi merupakan situasi atau kondisi yang tidak terhindarkan dari perkembangan sebuah organisasi pelayanan kesehatan, Hal ini mendorong upaya-upaya yang mengedepankan produk jasa dengan biaya murah yang sering mengabaikan keselamatan sebagai bagian penting dalam sistem pelayanan.

c. Kurang sumber daya seperti kurang tenaga-beban kerja tinggi

Keberadaan sumber daya khususnya sumber daya manusia keperawatan merupakan komponen utama pada penyelenggaraan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Kurangnya jumlah maupun kualitas tenaga perawatan berdampak pada tingginya

beban kerja perawat yang merupakan faktor kontribusi terbesar sebagai penyebab *human error* dalam pelayanan keperawatan.

d. *Cost bagi patient safety*

Terciptanya budaya keselamatan harus didukung oleh tersedianya sumber daya perawat yang kompeten, sumber daya berupa sarana dan prasarana yang optimal serta sumber daya lainnya tentu membutuhkan biaya yang besar.

e. Resistensi atas perubahan

Salah satu faktor lainnya yang menghambat terbentuknya budaya keselamatan (*safety culture*) adalah resistennya individu atau organisasi terhadap proses perubahan. Hal ini dapat dicirikan oleh ketidakmauan untuk menerima hal-hal baru dan cenderung untuk selalu mengedepankan cara-cara lama yang dipertahankan, walaupun cara baru merupakan cara yang lebih efektif.

f. Lemahnya komitmen para penentu kebijakan

Komitmen adalah modal dasar dari upaya perubahan, terbentuknya komitmen untuk membangun budaya keselamatan (*safety culture*) harus dimiliki oleh individu-individu dalam organisasi yang mendorong oleh kuatnya komitmen organisasi untuk membangun budaya keselamatan (*safety culture*)

g. Budaya yang cenderung untuk menutupi kesalahan “Cover Up”

Insiden kesalahan (*adverse event*) merupakan sesuatu yang harus dapat dicegah dan dihindari, namun demikian kesalahan yang terjadi dalam pemberian pelayanan keperawatan sewaktu-waktu dapat terjadi, dan kecenderungan untuk menyembunyikan atau menutupi kesalahan merupakan aktivitas yang lazim digunakan. Dalam budaya keselamatan (*safety culture*) tentu kondisi demikian tidak benar, karena menutupi kesalahan berarti individu, atau organisasi tidak menjadikan kesalahan sebagai pembelajaran. Menutupi kesalahan atau *cover up* berarti memberikan peluang kesalahan-kesalahan berikutnya untuk terjadi.

Berikut merupakan komponen budaya keselamatan dalam pelayanan kesehatan yang dapat diplikasikan dalam keperawatan seperti:

1. Komitmen individu dan organisasi terhadap budaya keselamatan (*safety culture*)

Komitmen kepada keselamatan diartikulasikan pada tingkat tertinggi organisasi dan diaplikasikan ke dalam nilai, keyakinan, dan norma-norma perilaku pada semua tingkatan baik individu, kelompok maupun tingkat organisasi

2. Tersedianya sumber daya yang diperlukan

Terbangunnya budaya keselamatan didukung oleh tersedianya sumber daya keperawatan seperti sumber daya manusia yang kompeten, tersedianya fasilitas sarana prasarana yang mendukung, serta tersedianya sumber finansial untuk mendukung pengembangan budaya keselamatan dengan melibatkan perawat.

3. Insentif dan penghargaan

Tersedianya insentif dan penghargaan oleh organisasi atas terbangunnya budaya keselamatan (*safety culture*) merupakan bentuk dukungan yang akan mempengaruhi keinginan untuk mempertahankan dan meningkatkan budaya keselamatan dalam organisasi.

4. Kebijakan organisasi sebagai prioritas utama bagi keselamatan pasien

5. Komunikasi antar karyawan dan antar tingkatan organisasi harus “sering” terjadi dan dilakukan secara tulus untuk menemukan solusi dalam mengatasi kendala membangun budaya keselamatan

6. Terdapat keterbukaan tentang kesalahan dan masalah serta dilaporkan bila terjadi.

7. Keselamatan dijadikan sebagai suatu prioritas utama, bahkan dengan mengorbankan “produksi” atau “efisiensi”
8. Personil rumah sakit diberi penghargaan atas pelaporan kesalahan di bidang keselamatan pasien, bahkan meskipun kemudian dinyatakan salah

#### **4. *Minimizing Liability* (meminimaliasi kesalahan)**

Dalam kerangka membangun upaya meminimalisasi kesalahan dalam pelayanan keperawatan perlu diperhatikan beberapa isu penting dalam pelayanan keperawatan yaitu kerahasiaan; komunikasi (hak dan kewajiban pasien, *inform consent*, peran perawat); rekam medik (kepemilikan, akses); Dokumentasi Asuhan Keperawatan dan pelaporan kasus.

Kerahasiaan merupakan aspek penting dalam pelayanan keperawatan. Kerahasiaan atas informasi yang berhubungan dengan pasien perlu diperhatikan sebagai bentuk perlindungan terhadap pasien. Informasi hanya dapat diberikan atas otoritas pasien/ keinginan pasien, perintah undang-undang (diminta pengadilan); pembelajaran diri; kepentingan konsultasi profesional dan kepentingan pendidikan atau penelitian.

Komunikasi harus adekuat dibangun dalam pelayanan keperawatan yang mengedepankan budaya keselamatan pasien (*safety culture*) agar dapat terbangun upaya untuk meminimalkan kesalahan seperti hak pasien dalam pelayanan kesehatan. Hak pasien menurut UU No 23 tahun 1992 adalah hak atas informasi, *second opinion*, hak atas kerahasiaan, hak atas persetujuan tindakan medis, hak atas masalah spiritual dan hak atas ganti rugi. Disamping itu perlu juga dibangun penyadaran atas kewajiban pasien dalam pelayanan kesehatan yang meliputi member informasi yang jujur dan lengkap, kewajiban untuk mematuhi nasehat dan petunjuk dalam pelayanan kesehatan, kewajiban memenuhi ketentuan sarana kesehatan.

Faktor penting lain dalam komunikasi yang erat kaitannya dengan *minimizing liability* adalah *inform consent* (persetujuan pasien atas tindakan atau pelayanan yang diberikan). Rekam medis dan dokumentasi asuhan keperawatan merupakan catatan tertulis tentang aktivitas pelayanan kesehatan atau keperawatan dan merupakan catatan yang dapat dijadikan sebagai alat bukti atas tindakan atau pelayanan keperawatan yang diberikan. Berbagai bentuk kesalahan dapat diminimalisasi dengan melakukan pencatatan secara adekuat atas aktivitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Pencatatan yang dilakukan juga dapat mengacu pada 9 solusi keselamatan pasien yang menjadi pedoman dalam menerapkan keselamatan pasien. Selain itu pemenuhan atas hak pasien dengan mengacu pada penerapan standar profesi dan kode etik keperawatan seharusnya dijadikan dasar pemahaman yang tepat bagi perawat agar perawat dapat menyadari peran pentingnya dalam mendukung peningkatan budaya keselamatan pasien.

### **C. SAFE STAFFING (KEAMANAN STAF) DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN**

Aspek keselamatan dalam pelayanan keperawatan ditujukan kepada pasien sebagai penerima jasa pelayanan keperawatan dan juga staf keperawatan sebagai customer internal dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit. Keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan tentu sangat ditentukan oleh keamanan perawat selaku pemberi pelayanan. Tahun 2006 ICN merumuskan tema *International Nurse Day "Safe Staffing and Save Lives"* yang pada dasarnya menyatakan bahwa peran perawat dalam membantu pasien mencapai perbaikan atau penyembuhan sangatlah penting, namun perawat sebagai tenaga professional harus mendapatkan keamanan dalam memberikan pelayanan keperawatan. Keselamatan pasien serta angka morbiditas dan mortalitas telah diyakini dipengaruhi oleh faktor keamanan dan keselamatan perawat dalam bekerja.

Rumah sakit dengan staf keperawatan yang tidak memadai sangat berisiko untuk terjadinya kejadian yang tidak diinginkan. Walaupun menambah jumlah perawat bukan merupakan yang mudah akan tetapi perlu disadari bahwa tuntutan dan harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang meningkat membawa konsekuensi akan pentingnya akutabilitas dan profesionalitas dalam pengelolaan SDM Keperawatan secara tepat. Berbagai fenomena lain yang berhubungan keterbatasan kondisi SDM Keperawatan di berbagai RS antara lain keterbatasan tenaga perawat ahli serta keterbatasan posisi jabatan di Rumah Sakit, opini publik terhadap pelayanan keperawatan, jenjang karir keperawatan yang belum jelas merupakan hal penting yang menunjukkan bahwa masih diperlukan banyak hal untuk membangun kapasitas SDM Keperawatan dalam mendukung pelayanan keperawatan yang professional, berkualitas dan aman.

### **1. Pengertian *Safe Staffing***

Belum ditemukan suatu rumusan yang tepat mengenai *Safe Staffing* dalam keperawatan secara khusus berdasarkan literature. ICN (2006) merumuskan bahwa *Safe Staffing* merupakan suatu hal yang berhubungan dengan situasi pelayanan keperawatan dan elemen-elemen yang tergantung pada jumlah tenaga keperawatan yang sesuai dengan rentang kompleksitas kebutuhan pasien.

### **2. Faktor yang Mempengaruhi *Safe Staffing***

*Safe staffing* erat kaitannya dengan ketersediaan sumber daya yang optimal yang dimiliki oleh organisasi pelayanan kesehatan. Beberapa faktor yang berhubungan dengan *safe staffing* adalah:

#### **1. Ketersediaan sumber daya keperawatan**

Sumber daya keperawatan secara kuantitas dan kualitas optimal merupakan salah satu aspek penting dalam *safe staffing*. Keberadaan tenaga perawat yang kompeten membutuhkan manajemen SDM yang baik. Analisis kebutuhan tenaga keperawatan baik melalui metode ratio atau perhitungan dengan formula tertentu dibutuhkan untuk memperoleh

kesesuaian antara jumlah tenaga dengan pasien yang dilayani. Proses rekrutment, seleksi dan penempatan yang memberikan jaminan kualitas perawat disamping upaya-upaya pengembangan melalui pendidikan dan pelatihan yang terprogram, sistem jenjang karier, *reward sistem* merupakan sejumlah faktor yang mendukung ketersediaan perawat yang kompeten dan mampu memberikan perawatan yang professional yang pada akhirnya mampu memberikan perawatan yang dapat menjamin keamanan dan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan.

## 2. Lingkungan kerja perawat yang kondusif

Ketersediaan lingkungan kerja yang kondusif dapat mempengaruhi, mendorong dan memberikan motivasi bagi seseorang untuk bekerja secara optimal sesuai dengan profesinya dan tercapai kepuasan kerja. Hasil kajian pada beberapa negara termasuk Indonesia, *World Health Organization* (WHO) mencatat bahwa sebagian besar negara membutuhkan perbaikan lingkungan kerja perawat (WHO, 2003). Berdasarkan hasil kajian, WHO merekomendasikan kepada setiap negara untuk mengembangkan kebijakan dan strategi untuk memperbaiki kondisi kerja dengan penekanan pada pendapatan perawat, *flexible roster sistem* untuk kesesuaian rasio perawat-pasien, *skill mix*, manajemen dan lingkungan organisasi yang baik, budaya kerja dan pola hubungan kerja, fleksibel dalam pola kerja, keamanan dalam bekerja bebas dari kekerasan verbal dan fisik, ketersediaan alat yang adekuat, perlindungan hukum (WHO, 2003). Sedangkan menurut Kristensen (1999, dalam CHSRF, 2001) beberapa isu kehidupan kerja perawat berhubungan dengan tekanan pekerjaan; keamanan kerja, keselamatan, kekerasan ditempat kerja; dukungan dari manajemen dan sejawat, pedoman dan pengembangan perawatan yang belum optimal; kontrol terhadap praktik, kepemimpinan, remunerasi, pengakuan dan penghargaan yang rendah.



Berdasarkan beberapa isu lingkungan kerja perawat (*Canadian Nursing Association*) CNA mengembangkan upaya peningkatan kualitas lingkungan kerja melalui model kualitas lingkungan praktik profesional yang terdiri dari kendali terhadap beban kerja; kepemimpinan keperawatan; dukungan dan pengakuan; pengembangan profesional; inovasi dan kreatifitas (Lowe, 2002). Selanjutnya berdasarkan hasil *Workshop Quality Professional Practice Environment* dirumuskan lima dimensi lingkungan kerja yaitu kepemimpinan dan budaya; kendali beban kerja; kendali terhadap praktik; sumber daya yang memadai dan hasil organisasi dan individu. Untuk aplikasi kajian terhadap lingkungan kerja perawat di Indonesia PPNI (2005) mengembangkan kerangka kerja penelitian dengan memodifikasi dimensi lingkungan kerja tersebut menjadi 4 dimensi yaitu kepemimpinan, manajemen dan budaya; kendali terhadap beban kerja; kendali terhadap praktik dan sumber yang memadai.

Ketersediaan lingkungan kerja yang baik merupakan support sistem yang memberikan kontribusi pada keamanan staf dalam melaksanakan aktivitas keperawatan. Beban kerja yang tinggi akan meningkatkan risiko ketidaksihelamatan menjadi lebih tinggi. Hasil penelitian menunjukkan terjadi peningkatan 14% risiko kematian pada pasien yang dirawat jika terjadi peningkatan setiap satu pasien per perawat. Selanjutnya ketersediaan fasilitas peralatan yang dibutuhkan bagi upaya pelayanan keperawatan terutama fasilitas peralatan yang berhubungan dengan perlindungan dari infeksi terhadap pasien bahkan terhadap perawat merupakan salah satu contoh dari lingkungan kerja yang memberikan rasa aman dan keselamatan dalam pelayanan keperawatan.

### 3. Sistem yang ada dalam organisasi

IOM menyatakan bahwa mayoritas kesalahan berhubungan dengan keadaan sistem yang ada dalam pelayanan. Tekanan waktu, beban kerja, tidak terampil, perencanaan dan penjadwalan yang tidak adekuat, komunikasi yang tidak adekuat, hambatan hirarki, kekerasan di tempat

kerja, supervisi tidak adekuat, tidak adanya sistem pendidikan dan pelatihan yang berorientasi pada upaya untuk membangun kapasitas perawat selaku profesional dlm penerapan keselamatan pasien, merupakan kondisi yang berhubungan dengan konteks sistem pada tatanan pelayanan yang berpotensi menimbulkan cedera bagi pasien.

### **3. Upaya membangun *Safe Staffing* dalam Pelayanan Keperawatan**

Terbentuknya keamanan staf keperawatan yang pada akhirnya dapat menciptakan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan perlu dilakukan melalui upaya:

#### **1. Kebijakan**

Diperlukan kebijakan yang mendukung terwujudnya keamanan bagi staf keperawatan sehingga keselamatan pasien dapat dicapai. Kebijakan yang mengatur rasio antara pasien dan perawat berdasarkan pertimbangan atas fakta dan kajian yang tepat perlu dipertimbangkan walaupun banyak faktor yang berhubungan dengan perspektif pengambil kebijakan yang mempengaruhinya seperti rumah sakit, sistem kesehatan dan kondisi sosial yang berkembang. Beberapa studi menunjukkan bahwa rasio perawat pasien yang cukup efektif adalah berkisar antara 4 : 1 sampai dengan 8 : 1 (Rothberg, Abraham, Lindenauer & Rose, 2005 dalam ICN, 2006). ICN (2006) menyatakan bahwa rasio yang lebih besar dari standar ini berhubungan dengan angka kematian dan rasio 4 : 1 merupakan rasio yang dapat diterima berhubungan dengan penurunan angka kematian dan peluang untuk menerapkan intervensi keperawatan yang berorientasi pada keselamatan pasien secara lebih baik.

#### **2. Manajemen Sumber Daya Keperawatan yang baik**

Terjadinya insiden atau *adverse event* sebagai bentuk kegagalan dalam mempertahankan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan berhubungan dengan inadeguat *staffing* untuk itu perlu dikembangkan upaya peningkatan kompetensi staf.

### 3. Menciptakan lingkungan kerja yang kondusif

Lingkungan kerja yang kondusif merupakan support yang baik bagi upaya maksimal staf keperawatan dalam melaksanakan aktivitas pelayanan keperawatan yang berorientasi pada keselamatan pasien. Staf keperawatan perlu menyadari untuk tidak bekerja sendiri pada situasi yang memiliki resiko untuk terjadi kesalahan yang berakibat KTD. Bekerja secara tim, melakukan cek dengan rekan sejawat, membangun sistem komunikasi yang mencerminkan nilai profesionalitas yang sejalan dengan keselamatan pasien, membangun sistem pemecahan masalah yang tepat untuk mendukung budaya keselamatan, mengkomunikasikan situasi resiko tinggi dan kesalahan yang terjadi secara terbuka kepada atasan yang berwenang merupakan beberapa hal yang dapat dilakukan untuk membangun lingkungan kerja yang berorientasi pada keselamatan pasien. Organisasi profesi dan segenap komponen yang ada dalam organisasi dapat mendukung upaya yang ada dengan mengacu pada kebijakan global tentang pentingnya perhatian terhadap *safe staffing* dalam keperawatan.

### 6. Evaluasi

Evaluasi terhadap hasil pembelajaran dilakukan dengan memberikan pertanyaan tes terhadap 3 pokok bahasan dengan jumlah pertanyaan sebanyak 15 buah sebagaimana yang terlampir pada soal *pre test* dan *post test*.

# MODUL II-1

## PELATIHAN KESELAMATAN PASIEN DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN



### MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN

**Disampaikan pada Pelatihan Keselamatan Pasien  
bagi Perawat Pelaksana di RS Tugu Ibu Depok  
Depok, 21-23 April 2010**

## 1. Deskripsi

Manajemen keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan merupakan serangkaian konsep yang akan memberikan pemahaman kepada perawat mengenai hal-hal yang perlu diketahui agar dapat berperan dalam melakukan manajemen keselamatan pasien secara lebih baik.

## 2. Tujuan Pembelajaran

### a. Tujuan Umum :

Setelah 120 menit pembelajaran perawat mampu menjelaskan manajemen keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

### b. Tujuan Khusus:

Setelah pembelajaran perawat mampu:

4. Menjelaskan konsep Sembilan Solusi Penerapan Keselamatan Pasien dalam pelayanan keperawatan
5. Menjelaskan Manajemen Risiko Klinis (*Clinical Risk Management*) pelayanan keperawatan
6. Menjelaskan Identifikasi dan Analisis Risiko Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Keperawatan

## 3. Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan

Modul mengenai manajemen Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit ini membahas tentang:

### a. Sembilan solusi penerapan keselamatan pasien:

- i. Pentingnya Sembilan Solusi Penerapan Keselamatan Pasien
- ii. Pengertian
- iii. Aspek-aspek dalam Sembilan Solusi Penerapan Keselamatan Pasien dan penerapannya dalam pelayanan keperawatan

### b. *Clinical Risk Management* (CRM) dalam pelayanan keperawatan

- ✓ Pengertian CRM
- ✓ Alasan pentingnya CRM

- ✓ Pelaksanaan CRM
- c. Identifikasi dan analisis resiko keselamatan pasien
  - ✓ Konsep insiden dan analisis resiko
  - ✓ Pelaksanaan insiden dan analisis resiko

#### 4. Langkah-langkah Kegiatan Pembelajaran

No	Materi Pembelajaran	Kegiatan Peserta	Alokasi Waktu	Metode
1	Sembilan solusi penerapan keselamatan pasien:	Mendengarkan dan berdiskusi	40 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab
	1. Pentingnya Sembilan Solusi Penerapan Keselamatan Pasien		15'	
	2. Pengertian		10'	
	3. Aspek-aspek dalam Sembilan Solusi Penerapan Keselamatan Pasien dan penerapannya dalam pelayanan keperawatan		15'	
2	<i>Clinical Risk Management (CRM)</i> dalam pelayanan keperawatan	Mendengarkan dan berdiskusi	40 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab
	1. Pengertian CRM		10'	
	2. Alasan pentingnya CRM		15'	
	3. Pelaksanaan CRM		15'	
3	Identifikasi dan analisis resiko keselamatan pasien	Mendengarkan dan berdiskusi	40 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab
	Konsep insiden dan analisis resiko		20'	
	Pelaksanaan insiden dan analisis resiko		20'	

## 5. Uraian Materi

Uraian materi yang terangkum dalam modul mengenai prinsip keselamatan pasien ini adalah sebagai berikut:

### A. SEMBILAN SOLUSI PENERAPAN KESELAMATAN PASIEN

#### 1. Pentingnya Sembilan Solusi Penerapan Keselamatan Pasien

Perkembangan yang ada telah sampai pada adanya kebijakan mengenai *Nine Life Saving Patient Safety Solution* yang merupakan suatu sistem untuk mencegah/mengurangi cedera pasien dan meningkatkan keselamatan pasien secara lebih nyata (WHO, 2007). Solusi ini diharapkan dapat dijadikan panduan bagi tenaga kesehatan termasuk perawat dalam menerapkan keselamatan pasien dengan pendekatan yang lebih aplikatif sebagaimana yang juga dirumuskan oleh Tim KPP-RS. Sembilan solusi *Life-Saving* keselamatan pasien rumah sakit ini diharapkan dapat dijadikan sebagai panduan bermanfaat untuk membantu rumah sakit dalam memperbaiki proses asuhan pasien, redesain prosedur/system dan menghindari terjadinya KTD serta menjadi pedoman kinerja dalam meningkatkan penerapan keselamatan pasien (Depkes, 2008).

#### 2. Pengertian Sembilan Solusi Penerapan Keselamatan Pasien

Sembilan solusi keselamatan pasien merupakan suatu panduan untuk membantu rumah sakit agar dapat memperbaiki proses asuhan yang diberikan terhadap pasien serta meningkatkan profesionalitas tenaga kesehatan dalam menerapkan keselamatan pasien. Hal ini bertujuan agar pemberian pelayanan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan guna menghindari cedera maupun kematian yang dapat dicegah serta untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada konsumen.

#### 3. Aspek-aspek dalam Sembilan Solusi Penerapan Keselamatan Pasien dan Penerapannya dalam Pelayanan Keperawatan

WHO Collaborating Center for Patient Safety menerbitkan *Nine Life Saving Patient Safety Solution* atau yang dikenal dengan Sembilan Solusi Penerapan

Keselamatan Pasien pada tanggal 02 Mei 2007 berdasarkan rumusan dan identifikasi pakar mengenai keselamatan pasien dari lebih 100 negara yang terlibat. Sembilan Solusi Penerapan Keselamatan Pasien yang menjadi kebijakan secara global ini telah menjadi kebijakan nasional oleh KKP-RS yang meliputi 9 aspek yaitu:

- 1) Perhatian nama obat, rupa dan ucapan mirip (*Look alike sound alike medication names*)

Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM) yang membingungkan staf pelaksana adalah salah satu sebab yang paling sering menimbulkan kesalahan obat (*medication error*). Dengan puluhan ribu obat yang saat ini diproduksi, potensi terjadinya kesalahan akibat bingung terhadap nama, merek atau kemasan. Solusi NORUM ditekankan pada penggunaan protocol untuk pengurangan resiko dan memastikan terbacanya resep, label, atau penggunaan perintah yang dicetak terlebih dulu maupun pembuatan resep secara elektronik.

- 2) Memastikan identifikasi pasien

Kegagalan yang luas dan terus menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah pada kesalahan pengobatan, transfusi maupun pemeriksaan, pelaksanaan prosedur yang keliru orang, penyerahan bayi kepada yang bukan keluarganya dan sebagainya. 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 system pelayanan kesehatan, dan partisipasi pasien dalam dalam konfirmasi ini serta penggunaan protocol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

- 3) Komunikasi secara benar saat serah terima pasien

Kesenjangan yang terjadi saat serah terima/pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, dan di dalam serta antar tim pelayanan bisa menimbulkan



terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien. Rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protokol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis, memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima dan melibatkan para pasien dan keluarga dalam proses serah terima.

4) Kepastian tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar

Penyimpangan pada hal seharusnya sepenuhnya dapat dicegah. Kasus-kasus dengan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedaan sisi tubuh yang salah sebagian besar adalah akibat miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar. Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan-kesalahan seperti ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra bedah yang terstandarisasi. 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.

5) Pengendalian cairan elektrolit pekat

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

- 6) Akurasi ketepatan pemberian obat pada pengalihan pelayanan  
Kesalahan medikasi terjadi paling sering pada saat transisi/pengalihan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medication error*) pada titik-titik transisi pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai *home medication list* sebagai perbandingan dengan daftar saat admisi, penyerahan obat pada saat pemulangan serta menuliskan perintah medikasi dan mengkomunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikutnya dimana pasien akan dipindah atau dilepaskan.
- 7) Pencegahan salah kateter dan salah sambung slang  
Slang, kateter dan spuit (*syringe*) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya 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).
- 8) Penggunaan alat injeksi sekali pakai  
Salah satu keprihatinan global terbesar adalah penyebaran HIV, HBV dan HCV yang disebabkan oleh pemakaian ulang (*reuse*) dari jarum suntik. Rekomendasinya adalah perlunya melarang pemakaian ulang jarum di fasilitas pelayanan kesehatan, pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga layanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah dan penggunaan jarum sekali pakai yang aman.

- 9) Meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nasokomial
- Penelitian menunjukkan bahwa pada setiap saat lebih dari 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita infeksi yang diperoleh di berbagai rumah sakit. Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindari masalah ini. Jurnal Kedokteran Inggris pada November 2007, membuktikan bahwa cuci tangan dengan sabun dapat mengurangi angka penderita diare hingga 50%. Penelitian lain yang dipublikasikan oleh Cochrane Library Journal edisi Oktober 2007 menemukan bahwa mencuci tangan dengan air dan sabun adalah cara sederhana dan efektif untuk menahan infeksi saluran pernafasan atas dari virus flu sehari-hari atau virus pandemic yang mematikan (Fuad, 2007 dalam Maryam, 2009). Rekomendasinya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan *alcohol-based hand-rubs* pada titik-titik pelayanan, tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar, mengingatkan penggunaan tangan bersih di tempat kerja dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan/observasi dan teknik-teknik yang lain.

#### **B. CLINICAL RISK MANAGEMENT (CRM) DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN**

Pelayanan keperawatan merupakan salah satu bentuk pelayanan dalam pelayanan kesehatan RS selain pelayanan medis dan penunjang medis. Keperawatan merupakan pelayanan professional yang berada hampir pada semua area pelayanan dan pelayanan yang diberikan berlangsung 24 jam, yang menjadikan keperawatan sebagai profesi yang memiliki peran kritis dalam mempertahankan keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan antara lain memberikan perlindungan keselamatan terhadap pasien; mengidentifikasi area yang berisiko, serta membangun situasi yang dibutuhkan bagi pengembangan pelayanan.

Keperawatan memiliki peran kritis dalam keselamatan pasien sementara disisi lainnya keperawatan dihadapkan pada tantangan issue lingkungan praktek keperawatan dan *workforce*, membangun komunikasi dan tim kerja, perspektif atau pola pandang dalam keselamatan pasien; penguasaan teknologi dan tantangan *blaming culture*. Dengan demikian perlu dikembangkan suatu sistem *risk management* yang dapat membangun kualitas pelayanan keperawatan.

### **1. Pengertian *Clinical Risk Management* (CRM)**

Menurut JCHO manajemen risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, menilai dan menyusun prioritas risiko dengan tujuan untuk menghilangkan atau meminimalkan dampaknya. Risiko klinis adalah semua isu yang dapat berdampak terhadap pencapaian pelayanan pasien yang bermutu tinggi, aman dan efektif. Kategori risiko di Rumah Sakit meliputi risiko yang berhubungan dengan perawatan pasien, risiko yang berhubungan dengan tenaga kesehatan, risiko yang berhubungan dengan karyawan. Risiko yang berhubungan dengan pasien seperti pelayanan yang tidak sesuai SOP, pengobatan yang tidak sesuai, *inform consent*, dan diskriminasi dalam perawatan.

*Clinical Risk Management* adalah sebuah pendekatan untuk mengembangkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aman melalui penempatan perhatian khusus untuk mengidentifikasi situasi yang memungkinkan pasien berada dalam risiko untuk mengalami cedera dan tindakan untuk mencegah atau mengontrol risiko

### **2. Alasan *Clinical Risk Management* (CRM)**

Pengembangan *Clinical Risk Management* (CRM) dalam pelayanan keperawatan dibutuhkan sebagai upaya pengembangan kualitas pelayanan keperawatan. CRM dikembangkan karena dalam pelayanan kesehatan atau keperawatan pelanggaran terhadap kewajiban untuk memberikan perawatan memiliki konsekuensi yang luas dan serius. Perawatan kesehatan merupakan

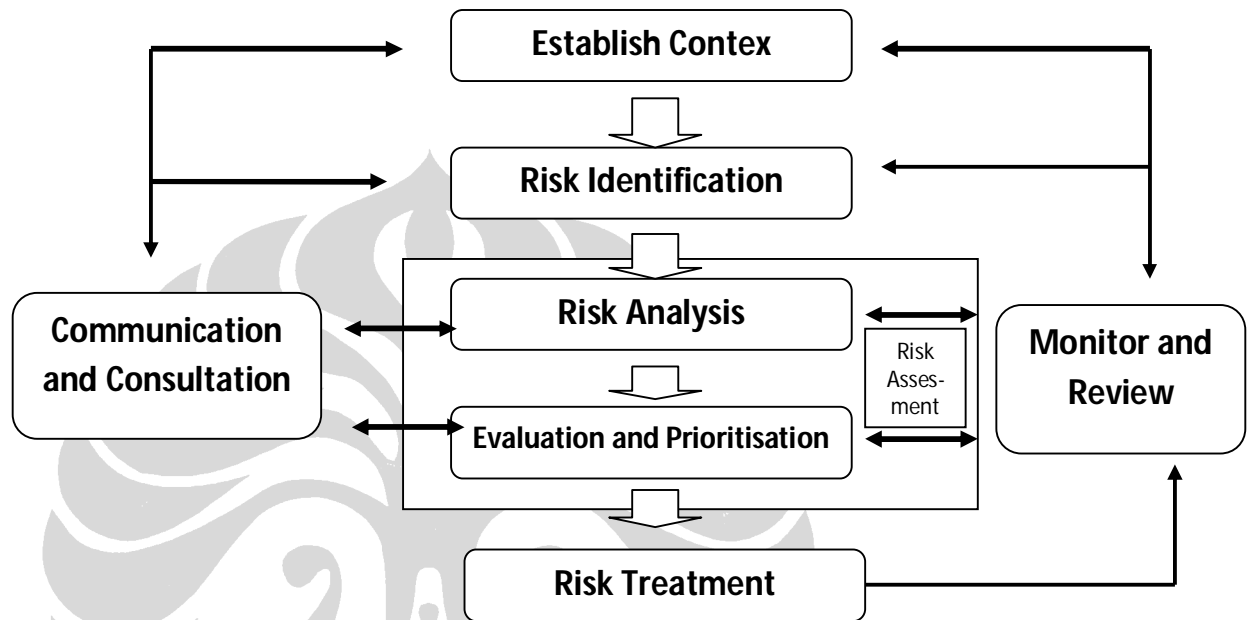
adalah bisnis jasa yang berisiko tinggi baik berkaitan dengan risiko terhadap keuangan atau finansial maupun risiko bagi staf yang memberikan pelayanan kesehatan/ keperawatan. Risiko yang terjadi dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan berhubungan dengan banyaknya orang yang terlibat dalam pelayanan seperti pasien, keluarga, petugas kesehatan bahkan organisasi-organisasi diluar sistem kesehatan. Selanjutnya risiko juga berhubungan dengan tingginya otonomi profesional kesehatan, harapan konsumen yang tinggi dan ketergantungan tinggi konsumen terhadap pemberi pelayanan, hubungan yang kontradiktif antara kebutuhan pelayanan dengan risiko yang harus ditanggung, sementara pada aspek pelayanan belum terjadinya regulasi yang adekuat untuk membangun kualitas pelayanan yang baik

*Risk Management* diperlukan untuk mengembangkan pemahaman yang lebih baik tentang risiko dari keselamatan pasien; memberikan dukungan sistematis, melalui pengambilan keputusan berdasarkan informasi yang tepat; menunjukkan gambaran kualitas melalui pengembangan yang terencana dan berkelanjutan; mengarahkan untuk meningkatkan prediksi terhadap hasil pelayanan

Area praktek keperawatan yang harus dikaji dan dikembangkan melalui Risk Management yaitu: *Safe Staffing, Safe Handover, Medication Incident, Needle Stick Injury*, pencegahan jatuh, pencegahan luka dekubitus (cedera akibat tekanan), *nosocomial infection*, budaya keselamatan, penanganan keluhan, pelaporan insiden, dan analisis akar masalah (*Root Cause Analysis*)

### 3. Pelaksanaan *Clinical Risk Management (CRM)*

Gambar 2.1  
Langkah-langkah CRM



*Clinical Risk Management* merupakan suatu sistem manajemen risiko yang dimulai dengan langkah berupa penyusunan konteks yang merupakan bentuk peningkatan kualitas pelayanan keperawatan misalnya konteks keselamatan pasien dalam pelayanan. Langkah berikutnya adalah melakukan identifikasi risiko (*risk identification*) yang bersumber dari catatan kejadian, pelaporan kasus, catatan keluhan, data tentang klaim atau tuntutan, *review* data klinis, audit data klinik, *screening medical*, *review* atau *self survey*, atau *self assessment*. Bentuk aplikatif identifikasi risiko berupa audit keperawatan merupakan proses identifikasi risiko secara proaktif yang seharusnya selalu diaplikasikan.

Langkah berikutnya setelah melakukan identifikasi risiko adalah melakukan analisis risiko yang dapat dikembangkan melalui Matriks Assesment (*Risk Grading*); RCA (*Root Cause Analysis*) atau FMEA

(*Failure Mode Effect Analysis*) yang untuk selanjutnya menentukan evaluasi dan penentuan prioritas. Selanjutnya adalah melaksanakan *treatment* terhadap risiko (*risk treatment*) melalui *Risk Control* (kontrol terhadap risiko) artinya tidak melakukan aktivitas yang berisiko atau *risk reduction* atau mengurangi berulangnya dampak kejadian. *Treatment* lainnya adalah dengan *Risk Financing* (pembiayaan risiko) melalui *risk transfer* (membagi risiko atau beban) ke asuransi, kontrak kerjasama; dan *Risk Acceptance* yaitu beberapa risiko mungkin minimal dan dapat diterima. Kegiatan merumuskan isi, *identification risk, analysis risk dan risk treatment* yang membutuhkan monitoring dan *review* yang konsisten dan terus menerus disamping kegiatan tersebut perlu dibangun dalam kerangka komunikasi yang efektif dan konsultatif.

### **C. IDENTIFIKASI DAN ANALISIS RESIKO KESELAMATAN PASIEN**

Komitmen mengenai program keselamatan pasien saat ini menjadi wacana global di bidang kesehatan. Taksonomi mengenai berbagai kondisi yang berhubungan dengan keselamatan pasien telah dikembangkan dan membawa konsekuensi mengenai pentingnya menumbuhkan budaya keselamatan. Sampai saat ini pencegahan terjadinya KTD belum sepenuhnya menjadi fokus dalam pelayanan kesehatan dan sebagian besar tidak ada didesain untuk mencegah terjadinya kesalahan melalui budaya belajar terhadap kesalahan yang ada. Untuk itu diperlukan suatu upaya untuk membangun budaya belajar terhadap KTD ataupun risiko yang mungkin menimbulkan dampak selanjutnya melalui identifikasi dan analisis risiko.

#### **1. Konsep mengenai Insiden dan Identifikasi Risiko**

Standar yang ada dalam JCHO mengemukakan bahwa terkait dengan risiko yang banyak ditemukan di tatanan pelayanan kesehatan seharusnya perlu dilakukan identifikasi dan prioritas terhadap proses yang berisiko tinggi, potensi kejadian kegagalan dalam pelayanan, dampak kegagalan dan analisis akar masalah. Selain itu diperlukan pula redesain proses, uji coba dan implementasi redesain proses, mengidentifikasi dan menilai efektifitas

implementasi serta mengimplementasikan strategi untuk efektifitas keberlangsungan program keselamatan pasien. Semua hal ini merupakan standar pencegahan cedera dengan metode analisis risiko.

Terjadinya insiden merupakan proses kompleks yang melibatkan berbagai unsur dalam tatanan pelayanan. Identifikasi risiko menjadi suatu hal yang penting karena hal ini menjadi langkah untuk memulai proses pembelajaran dalam rangka mencegah agar kejadian yang sama terulang kembali. Secara umum hal yang dapat dilakukan adalah seluruh staf dalam tatanan pelayanan harus memahami apa yang dimaksud dengan KTD, KNC, alur dan cara melaporkan suatu kejadian.

Berdasarkan penyebabnya risiko dapat terjadi akibat:

1) ***Immediate Cause/Proximate Cause (PenyebabLangsung)***

Kejadian yang berisiko meliputi semua kondisi yang menimbulkan dampak/*outcome* yang tidak menguntungkan yang secara langsung merupakan hasil dari upaya mencegah hasil yang tidak diharapkan dan memungkinkan untuk dicegah apabila dilakukan tindakan preventif. Misalnya: penundaan jadwal, peralatan yang pecah, produk yang rusak, panggilan yang tidak terdengar, kecelakaan dan lain sebagainya. Selain itu faktor pasien, faktor individu yang terlibat (petugas/perawat), faktor tugas dan faktor lingkungan kerja merupakan gambaran contoh penyebab langsung dalam suatu risiko atau insiden.

2) ***Underlying Cause - Root Cause (AkarMasalah)***

Salah satu dari beberapa faktor seperti kejadian, kondisi dan faktor organisasi, yang berkontribusi atau menimbulkan outcome yang tidak diharapkan yang jika di modifikasi atau dihilangkan akan dapat mencegah outcome yang tidak diharapkan. Faktor manajemen dan faktor institusi/organisasi merupakan contoh nyata penyebab insiden kategori ini.



## 2. Identifikasi dan Analisis Risiko

### a. Identifikasi Risiko

Identifikasi risiko adalah usaha mengidentifikasi situasi yang dapat menyebabkan cedera, tuntutan atau kerugian secara finansial. Identifikasi yang dilakukan akan membantu manajemen mengambil langkah-langkah antisipatif terhadap risiko tersebut. Secara umum identifikasi risiko dapat dilakukan dengan mengajukan 3 pertanyaan dasar yaitu apa/bagaimana proses risiko, dimana letak titik risiko (*risk points*)/penyebab risiko dan apa yang dapat dimitigasi pada titik risiko dan dampaknya.

Proses identifikasi risiko sebagai langkah awal bagi penyelenggaraan keselamatan pasien di rumah sakit dapat dikembangkan melalui 2 cara yaitu:

#### 1. Identifikasi yang bersifat reaktif

Merupakan proses identifikasi sebagai hasil respon terhadap adanya insiden/risiko yang telah terjadi dalam konteks keperawatan. Contoh identifikasi reaktif adalah identifikasi melalui telaah terhadap catatan insiden, complain, laporan kasus, klaim data, review terhadap kasus/asuhan keperawatan.

#### 2. Identifikasi yang bersifat pro aktif

Merupakan proses identifikasi sebagai bentuk antisipasi yang bersifat proaktif seperti audit keperawatan, evaluasi terhadap dokumentasi asuhan keperawatan, supervise dan survey atau *self assessment* mengenai indikator yang berhubungan dengan mutu asuhan keperawatan.

Sebagai salah satu bentuk nyata penerapan identifikasi risiko dirumuskan suatu bentuk system pelaporan kejadian atau *Incident Report*. Pelaporan kejadian merupakan laporan tertulis setiap keadaan yang tidak konsisten dengan kegiatan rutin terutama untuk pelayanan kepada pasien. Tujuan pelaporan insiden adalah untuk mengingatkan

kepada manajemen bahwa ada risiko/keadaan yang mengancam terjadinya klaim atau komplain.

Laporan kejadian menjadi tanggung jawab dari seluruh staf yang berada dalam tatanan pelayanan. Staf RS yang pertama menemukan kejadian atau supervisornya serta staf RS yang terlibat dengan kejadian atau supervisornya bertanggung jawab untuk melaporkan kejadian yang ditemukan sesuai dengan kebijakan, alur dan pedoman yang disepakati mengenai system pelaporan suatu kejadian.

Walaupun pelaporan insiden menjadi tanggung jawab yang melibatkan keberadaan staf secara menyeluruh, masih ditemukan beberapa kendala dalam penerapan pelaporan kejadian. Masalah yang dihadapi dalam *Incident Report* yang berhubungan dengan staf keperawatan antara lain adalah laporan yang dipersepsikan sebagai “pekerjaan perawat”, laporan yang sering *underreport* karena takut disalahkan, laporan terlambat dan laporan yang disampaikan tidak didukung dengan data yang tepat.

Untuk antisipasi terhadap kondisi ini perawat perlu memperhatikan berbagai hal penting dalam pelaporan berupa jangan melaporkan insiden lebih dari 48 jam, jangan menunda laporan kejadian dengan alasan di *follow up* atau ditanda tangani, jangan menambah catatan medis pasien bila telah tercatat dalam laporan insiden, jangan meletakkan pelaporan insiden sebagai bagian dari rekam medik pasien, jangan membuat salinan laporan insiden untuk alasan apapun dan catatlah jika ada keadaan yang tidak diantisipasi. KKP-RS telah menetapkan format baku yang dapat dipergunakan dalam melakukan pelaporan insiden yang terdiri dari isian jati diri, jenis kejadian, tanggal dan waktu kejadian, akibat kejadian terhadap pasien, orang pertama yang melaporkan dan kronologi kejadian serta siapa yang melakukan tindakan dan kemungkinan tindakan pencegahan. Perawat seharusnya memahami format ini agar diperoleh bentuk penerapan

yang tepat untuk terlibat dan berperan dalam program keselamatan pasien.

**b. Analisis Risiko/Kejadian**

Metode yang dapat dilakukan salah satunya adalah dengan menggunakan analisis akar masalah (*root causa analysis*). Metode ini menekankan pada 5 klasifikasi primer yaitu dampak, tipe kesaahan/kegagalan, domain, penyebab dan pencegahan serta mitigasi. Langkah-langkah dalam AAM (Analisis Akar Masalah) terdiri dari 7 langkah yaitu mengidentifikasi insiden yang akan diinvestigasi, menentukan tim investigator, mengumpulkan data dan informasi, memetakan kronologi kejadian, mengidentifikasi CMP (*care management problem*), analisis informasi dan rekomendasi serta rencana kerja untuk pengembangan.

**6. Evaluasi**

✓ **Sumatif**

**Studi Kasus dan Latihan**

Terdiri atas kasus untuk identifikasi sederhana dan kasus untuk analisis akar masalah, format pelaporan kejadian dan format analisis akar masalah yang mengacu pada 7 langkah AAM sebagaimana terlampir dalam modul ini.

✓ **Formatif**

Evaluasi terhadap hasil pembelajaran dilakukan dengan memberikan pertanyaan tes terhadap 3 pokok bahasan dengan jumlah pertanyaan sebanyak 15 buah sebagaimana yang terlampir pada soal *pre test* dan *post test*.

# MODUL III-1

## PELATIHAN KESELAMATAN PASIEN DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN



**Disampaikan pada Pelatihan Keselamatan Pasien  
bagi Perawat Pelaksana di RS Tugu Ibu Depok  
Depok, 21-23 April 2010**

## 1. Deskripsi

Bahasan ini memberikan gambaran mengenai penerapan keselamatan pasien yang dibahas dalam modul ini diperlukan untuk membangun pemahaman awal tentang hal-hal yang harus diketahui perawat dalam lingkup penerapan keselamatan pasien yang secara langsung dapat diaplikasikan dalam tatanan pelayanan keperawatan.

## 2. Tujuan Pembelajaran

### a. Tujuan Umum :

Setelah 120 menit pembelajaran perawat mampu menjelaskan pencegahan insiden dalam pengelolaan obat-obatan (*medication administration*), pencegahan jatuh (*prevention falls*) dan standarisasi *handover*.

### b. Tujuan Khusus:

Setelah pembelajaran perawat mampu:

1. Menjelaskan pentingnya pencegahan insiden melalui pengelolaan obat-obatan (*medication administration*) dalam pelayanan keperawatan
2. Menjelaskan upaya pencegahan jatuh (*prevention falls*) dalam tatanan pelayanan keperawatan
3. Menjelaskan standarisasi *handover* dalam pelayanan keperawatan.

## 3. Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan

Di dalam modul mengenai Penerapan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit ini membahas tentang:

- a. Pengelolaan obat-obatan (*medication administration*) dalam pelayanan keperawatan
  - ✓ Pencegahan insiden melalui pengelolaan obat-obatan merupakan aspek keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan
  - ✓ Pengertian *medication error*

- ✓ Penyebab kesalahan *medication administration error* oleh perawat
- ✓ Tindakan untuk mencegah *medication administration error* dalam pelayanan keperawatan
- ✓ Pengelolaan obat-obatan yang aman

b. Upaya pencegahan jatuh (*prevention falls*) dalam tatanan pelayanan keperawatan

- ✓ Pencegahan jatuh merupakan aspek keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan
- ✓ Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kejadian jatuf (*falls*) dalam pelayanan keperawatan
- ✓ Dampak jatuh (*falls*)
- ✓ Implementasi pencegahan jatuh (*falls*) dalam pelayanan keperawatan

c. Standarisasi *handover* dalam pelayanan keperawatan.

- ✓ Pentingnya *handover* dalam pelayanan keperawatan
- ✓ Pengertian *handover*
- ✓ Tujuan *handover*
- ✓ Tipe *handover*
- ✓ Dampak kegagalan *handover*
- ✓ Implementasi standarisasi *handover* dalam pelayanan keperawatan

#### 4. Langkah-langkah Kegiatan Pembelajaran

No	Materi Pembelajaran	Kegiatan Peserta	Alokasi Waktu	Metode
1	Pengelolaan obat-obatan ( <i>medication administration</i> ) dalam pelayanan keperawatan		40 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab
	1. Pencegahan insiden melalui pengelolaan obat-obatan merupakan aspek keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan		5'	
	2. Pengertian <i>medication error</i>		5'	
	3. Penyebab kesalahan <i>medication administration error</i> oleh perawat		10'	
	4. Tindakan untuk mencegah <i>medication administration error</i> dalam pelayanan keperawatan		10'	
	5. Pengelolaan obat-obatan yang aman		10'	
2	Upaya pencegahan jatuh ( <i>prevention falls</i> ) dalam tatanan pelayanan keperawatan	Mendengarkan dan berdiskusi	40 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab
	1. Pencegahan jatuh merupakan aspek keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan		10'	
	2. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kejadian jatuf ( <i>falls</i> ) dalam pelayanan keperawatan		10'	
	3. Dampak jatuh ( <i>falls</i> )		10'	
	4. Implementasi pencegahan jatuh ( <i>falls</i> ) dalam pelayanan keperawatan		10'	

3	Standarisasi <i>handover</i> dalam pelayanan keperawatan	Mendengarkan dan berdiskusi	40 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pentingnya <i>handover</i> dalam pelayanan keperawatan</li> <li>2. Pengertian <i>handover</i></li> <li>3. Tujuan <i>handover</i></li> <li>4. Tipe <i>handover</i></li> <li>5. Dampak kegagalan <i>handover</i></li> <li>6. Implementasi standarisasi <i>handover</i> dalam pelayanan keperawatan</li> </ol>		<p>10'</p> <p>5'</p> <p>10</p> <p>15'</p>	

### 5. Uraian Materi

Uraian materi yang terangkum dalam modul mengenai prinsip keselamatan pasien ini adalah sebagai berikut:

#### A. PENGELOLAAN OBAT-OBATAN (*MEDICATION ADMINISTRATION*) DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN

##### a. Pencegahan Insiden melalui Pengelolaan Obat-Obatan merupakan Aspek Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Keperawatan

Berdasarkan laporan IOM tahun 1999, bahwa kejadian yang tidak diinginkan (KTD) berhubungan dengan penggunaan obat-obatan ditemukan bahwa sekitar 7 ribu orang di Amerika meninggal karena *medication error* (Hond, 2003). KTD dalam penggunaan obat bukan hanya disebabkan karena sifat farmakologi obat melainkan melibatkan semua proses dalam penggunaan obat, termasuk dalam hal ini adalah pengelolaan obat-obatan oleh perawat yang terjadi lebih kurang sebanyak 38%. Hal ini mendorong perlunya dilakukan upaya untuk mengurangi insiden melalui pengelolaan obat yang aman oleh perawat mengingat 40% kegiatan perawat digunakan untuk mengelola obat-obatan (Hughes, 2008).



**b. Pengertian *Medication Error***

*Medication error* adalah setiap kejadian yang sebenarnya dapat dicegah yang dapat menyebabkan atau membawa kepada penggunaan obat yang tidak layak atau membahayakan pasien, ketika obat berada dalam kontrol petugas kesehatan, pasien, atau konsumen. *Medication Safety* adalah bebas dari luka, atau kerugian yang tidak disengaja selama masa penggunaan obat, aktivitas untuk menghindari atau mencegah dan mengoreksi *adverse drug event*.

Berdasarkan tahap kejadiannya *medication error* dapat dibagi menjadi, *prescribing error* (kesalahan peresepan); *dispensing error* (kesalahan penyebaran/ distribusi); *administration error* (kesalahan pemberian obat); dan *patient compliance error* (kesalahan kepatuhan penggunaan obat oleh pasien).

Bentuk kesalahan pengelolaan obat oleh perawat dapat meliputi kesalahan obat, kesalahan dosis, kesalahan frekuensi dan kesalahan rute pemberian, dan kesalahan pasien. Bentuk lain dari kesalahan yang dapat dilakukan oleh perawat adalah berupa penggunaan stok yang kadaluarsa, tidak mencatat peringatan obat, interaksi obat, monitoring tidak adekuat, persiapan yang salah, kesalahan membaca catatan pengobatan, memberikan obat tanpa petunjuk, kesalahan penyimpanan obat, penamaan yang salah, tidak memberikan tanda pada obat yang sudah diberikan atau memberi tanda pada obat yang tidak diberikan.

**c. Penyebab *Medication Administration Error* oleh Perawat**

Beberapa penyebab terjadinya *medication administration error* meliputi faktor individu, komunikasi, lingkungan, pasien, pelatihan, tugas dan supervisi. Faktor individu yang terlibat antara lain kurangnya pengetahuan dalam menggunakan teknologi untuk penyiapan dan pemberian obat misalnya kurang kemampuan berhitung, kelelahan dan tidak ada dukungan. Faktor lingkungan yang terlibat meliputi lingkungan yang bising, beban kerja berlebih dan kurangnya kebijakan dan prosedur. Faktor komunikasi melibatkan komunikasi antar perawat, perawat dengan farmasi dan perawat

dengan dokter. Faktor kurangnya pelatihan bagi perawat dan pasien yang tidak kooperatif juga berkontribusi dalam *medication administration error*. Faktor tugas yang terlibat adalah tidak tersedianya prosedur penanganan beberapa obat khusus atau berbeda dengan yang lainnya. Faktor supervisi antara lain kurangnya pengawasan yang ketat sehingga pelanggaran prosedur yang terus menerus menjadi praktek yang biasa.

**d. Tindakan untuk Mengurangi *Medication Administration Error* dalam Pelayanan Keperawatan**

Untuk mengurangi *medication administration error* diperlukan upaya berupa:

1. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan mengenai pengobatan karena perawat yang selalu meningkatkan pengetahuannya akan lebih sedikit atau dapat mencegah kejadian *medication administration error*
2. Mengembangkan kebijakan dan prosedur untuk pengelolaan obat yang aman.
3. Mengefektifkan komunikasi lisan dan tertulis
4. Waspada dengan obat dengan ucapan dan nama yang mirip
5. Melaporkan *medication administration error*.

Berikut merupakan strategi berupa 10 langkah untuk mengurangi *medication incident* yaitu dengan menggunakan 5 Right and FOODON yaitu:

- ***Right Medication***  
Melakukan cek kembali order dan label obat
- ***Right Dose***  
Melakukan cek terhadap order dan label obat untuk meyakinkan bahwa dosis yang diberikan telah tepat.
- ***Right Time***  
Memberikan obat pada waktu yang tepat.
- ***Right Route***  
Memastikan bahwa obat diberikan sesuai dengan rute pemberian.

- ***Right Patient***  
Memastikan bahwa identitas pasien benar dengan menanyakan nama pasien, tanggal dan bulan lahir secara langsung kepada pasien.
- ***Follow***  
Mengikuti petunjuk pengobatan
- ***Observe***  
Mengobservasi dan pastikan bahwa pasien telah meminum obatnya
- ***Observe***  
Mengobservasi bagaimana toleransi pasien terhadap pengobatan dan prosedur pengobatan misalnya observasi pemberian obat injeksi
- ***Document***  
Mendokumentasikan jenis obat, dosis, waktu, rute dan respons
- ***Notify***  
Memberitahukan segera situasi yang berhubungan dengan risiko cedera dan kesalahan pemberian obat-obatan.

#### **e. Pengelolaan Obat-obatan yang Aman**

Berikut merupakan langkah pengelolaan obat-obatan yang aman dalam pelayanan keperawatan:

1. Pastikan informasi penting mengenai pasien meliputi alergi obat, usia, berat badan, diagnosis, hasil laboratorium yang relevan dan pengobatan lain jika ada.
2. Siapapun yang mengelola obat-obatan harus mengetahui tentang penggunaan obat, pencegahan, kontraindikasi, potensial reaksi yang merugikan, interaksi dan mengembangkan metode pengelolaan obat.
3. Lakukan klarifikasi jika ada order yang tidak lengkap atau tidak sah
4. Verifikasi pengobatan dengan orang yang membuat resep dan *Medication Administration Record (MAR)* untuk menyakinkan bahwa obat-obatan telah dikelola dengan baik.
5. Kembangkan lingkungan untuk mengelola obat-obatan yang meminimalisasi distraksi dan interupsi seperti pencahayaan yang baik dan situasi yang tidak bising.

6. Jika pengelolaan obat-obatan menggunakan kalkulasi matematik maka sebaiknya lakukan verifikasi dengan rekan sejawat.
7. Monitor penerimaan/reaksi pasien terhadap obat seperti obat-obatan jantung dan pernafasan.
8. Buat protokol dan petunjuk untuk penggunaan obat-obat tertentu untuk meminimalisir KTD yang mungkin terjadi
9. Pastikan bahwa staf keperawatan menerima pendidikan yang adekuat tentang pengoperasian dan penggunaan sarana untuk pengelolaan obat misalnya *Syringe Pump* atau *Infus Pump*.
10. Libatkan rekan sejawat perawat yang lain untuk melakukan *check setting infuse pump* saat digunakan dalam situasi krisis dan risiko tinggi
11. Dokumentasikan seluruh pengobatan setelah pengelolaan obat selesai
12. Hindari meminjam obat dari pengobatan pasien yang lain
13. Buat prosedur *double checking* yang meliputi verifikasi terhadap perintah awal, kalkulasi, informasi pasien dan pengobatan yang sedang disiapkan.

## **B. PENCEGAHAN JATUH (PREVENTION FALLS)**

### **a. Pencegahan Jatuh (*falls*) sebagai Aspek Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Keperawatan**

Keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan berarti terhindarnya pasien dari berbagai kondisi yang dapat merugikan atau membahayakan pasien dalam pelayanan. Berbagai kondisi baik yang bersumber dari faktor internal (pasien) maupun faktor eksternal dapat menjadi faktor risiko yang menimbulkan kondisi *falls* (jatuhnya) pasien dalam pelayanan keperawatan. Tentu saja kejadian jatuh (*falls*) dapat menimbulkan dampak yang ringan sampai pada dampak serius seperti fraktur femur, kontusio atau perdarahan serebral. Menurut Evans dkk (2001) hampir 38% terjadi *falls* dalam pelayanan kesehatan di Rumah Sakit di Australia tahun 1998, dan berdasarkan angka kejadian *falls* ditemukan bahwa sebanyak 14,8% dialami oleh pasien-pasien dalam pelayanan akut. Upaya pelayanan keperawatan berupa pencegahan jatuh merupakan unsur aplikatif keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan.

## **b. Pengertian *Falls* (jatuh)**

*Falls* (jatuh) merupakan kejadian yang tak disengaja yang dialami seseorang sehingga mengalami jatuh ke lantai atau tempat lainnya yang lebih rendah pada saat istirahat maupun terjaga, tetapi bukan disebabkan karena faktor mayor berupa serangan stroke atau epilepsi (Kellog International Workgroup 1987, Depkes, 2008). Pendapat lainnya memberikan pengertian *falls* sebagai kejadian yang tidak disengaja yang dialami seseorang sehingga ia mengalami jatuh ke lantai atau ke tanah atau ke objek lain dibawah lutut (Lach dkk, 1991)

Jatuh (*falls*) yang dialami oleh pasien dalam pelayanan keperawatan dapat terjadi pada berbagai area dalam lokasi pelayanan. Mayoritas kejadian jatuh (lebih dari 50%) disebabkan karena terjatuh dari tempat tidur. Area lainnya meliputi kamar mandi, koridor dan WC.

## **c. Faktor yang dapat Menimbulkan Kejadian Jatuh (*Falls*) dalam Pelayanan Keperawatan**

Jatuhnya pasien dalam pelayanan keperawatan sering berhubungan dengan faktor intrinsik dan ekstrinsik sebagai faktor risiko jatuh. Pasien yang berisiko jatuh adalah pasien yang memiliki satu atau lebih faktor risiko jatuh pada saat pengkajian keperawatan dilakukan. Faktor risiko jatuh (*falls*) yang seharusnya dapat diidentifikasi oleh perawat adalah:

1. Faktor Risiko Intrinsik
  - a. Karakteristik pasien dan fungsi fisik umum: meliputi usia lebih dari 65 tahun, jenis kelamin, osteoporosis, *disability/ immobility*, ketidakseimbangan kemampuan gaya berjalan, gangguan motorik, ketidakmampuan aktivitas fisik, penggunaan alat bantu (kursi roda, walker); riwayat jatuh 3 bulan terakhir karena kondisi fisik, gangguan sensori, hambatan komunikasi, inkontinensia alvi dan urin, *slow reaction time*.
  - b. Diagnosis/perubahan fisik meliputi defisit mental, penyakit akut, kondisi neuromuscular dan muskuloskeletal, ketidaknormalan gaya

berjalan (*fatigue*, parkinson, arthritis, osteoporosis), keterbatasan mobilitas karena problem kaki, TIA (vertigo, dizziness, fainting); seizure, penyakit serebral, dan hipotensi orthostatik.

- c. Medikasi dan interaksi obat meliputi polifarmasi (lebih dari empat medikasi); diuretik dan laksatif, sedative dan transquilizer, psychotherapeutic, antidepressan, obat yang dapat meningkatkan injuri seperti antikoagulan atau antiaritmia.
- d. Kondisi mental/penggunaan alkohol yang menimbulkan gangguan memori, mental konfusi, impulsive, kecemasan tinggi, dan delirium.

## 2. Faktor Risiko Ekstrinsik

Merupakan faktor yang berhubungan dengan karakteristik lingkungan seperti tingkat pencahayaan yang dapat menyebabkan gangguan penglihatan, permukaan lantai yang dapat menimbulkan terpeleset, *furniture*, posisi ketinggian tempat tidur, lama rawat, penggunaan/ tipe *side rails*, ketidaktersediaaan *handrails* dan *call bell*.

### d. Dampak dari *Falls* (Jatuh)

Dampak yang muncul sebagai konsekuensi dari jatuhnya pasien dalam pelayanan keperawatan beragam dari kondisi ringan sampai pada keadaan yang lebih berat dan membutuhkan penanganan yang serius. Beberapa dampak yang dapat muncul antara lain trauma yang menimbulkan fraktur, dislokasi, atau tertariknya otot; penurunan kemandirian dalam mobilitas; perasaan takut, immobilitas yang menimbulkan dampak isolasi sosial, yang pada akhirnya akan meningkatkan *financial cost*/pembiayaan pelayanan kesehatan.

### e. Implementasi Pencegahan *Falls* (Jatuh) dalam Pelayanan Keperawatan

Untuk mencegah terjadinya *falls* (jatuh) pasien dalam pelayanan keperawatan perlu dikembangkan upaya penatalaksanaan yang diawali dengan aktivitas identifikasi faktor risiko. Rumah sakit harus mengembangkan sistem screening atau identifikasi faktor risiko jatuh pada setiap pasien dalam sistem pelayanan yang meliputi identifikasi faktor intrinsik dan ekstrinsik. Risiko jatuh harus dikaji sejak pasien masuk rumah sakit, saat berpindah dari satu unit keunit

perawatan lainnya, pada saat kejadian jatuh, atau pengkajian risiko secara regular setiap bulan, dua mingguan atau bahkan setiap hari. Pengkajian Risiko Jatuh dapat menggunakan MORSE FALL RISK ASSESMENT atau HENDREICH FALL RISK ASSESMENT sebagaimana yang tercantum dalam Lampiran 1.

Implementasi dari upaya pencegahan jatuh (*falls*) harus didukung dengan adanya kebijakan mengenai penerapan screening bagi pasien. Seluruh staf keperawatan diorientasikan terhadap proses dan kebijakan screening tersebut. Dikembangkan pula kebijakan-kebijakan perlindungan agar pasien tidak mengalami jatuh. Kebijakan pencegahan jatuh seharusnya mencakup pendekatan intrinsik dan ekstrinsik dimana staf keperawatan diorientasikan dan dilatih untuk melakukan intervensi pencegahan jatuh.

Intervensi berhubungan dengan aktivitas pencegahan jatuh berupa aktivitas intrinsik dan aktivitas ekstrinsik. Aktivitas intrinsik misalnya dengan mengevaluasi kamar mandi dan toilet secara rutin mengingat kejadian jatuh dapat dipicu oleh penggunaan diuretik dan laksatif, sedangkan intervensi ekstrinsik misalnya mempertahankan tempat tidur dalam posisi yang rendah, menempatkan *call bell* agar mudah digunakan, serta memelihara lantai tetap bersih dan kering. Aktivitas pencegahan jatuh tidak hanya meliputi peningkatan kemampuan perawat untuk mengkaji risiko jatuh tetapi juga menuntut adanya peran perawat dalam dokumentasi faktor risiko secara efektif agar aktivitas pencegahan memiliki akuntabilitas dalam pelayanan kesehatan/keperawatan.

Kendala yang mungkin menghambat pencegahan jatuh terhadap pasien berhubungan dengan:

1. Kurangnya orientasi staf baru terhadap aktivitas pencegahan jatuh
2. Staf yang tidak adekuat
3. Mengurangi penggunaan restrain tanpa alasan

4. Pasien tidak mampu/tidak mau memanggil perawat untuk membantu memenuhi kebutuhannya
5. Pasien bingung atau lupa
6. Hambatan komunikasi dengan pasien yang berhubungan dengan budaya

### C. STANDARISASI HANDOVER

#### a. Pentingnya *Handover* dalam Pelayanan Keperawatan

Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan suatu bentuk pelayanan jasa yang memiliki cirri berupa keterlibatan sejumlah tenaga profesional yang saling berinteraksi untuk memberikan pelayanan kepada pasien berdasarkan pada bidang keahlian masing-masing. Interaksi yang terjadi membutuhkan suatu mekanisme koordinasi dan kerjasama yang efektif yang artinya bahwa kegiatan pelayanan harus mampu mencapai tujuan yaitu pelayanan kesehatan yang mampu memberikan perbaikan dan penyembuhan kepada setiap konsumen yang menerima pelayanan kesehatan.

Pelayanan keperawatan yang merupakan profesi yang menjadi tulang punggung pelayanan kesehatan di rumah sakit. Hal ini dikarenakan keberadaannya secara terus menerus mendampingi pasien dalam pelayanan kesehatan dan juga peran sentral profesi keperawatan sebagai koordinator pelayanan kepada setiap pasien. Sebagai koordinator dalam pelayanan maka sejumlah informasi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan/keperawatan yang ditujukan bagi pasien baik dari profesi keperawatan maupun profesi lainnya harus mampu dikelola sebagai bagian dari tanggung jawab pelayanan keperawatan.

Mekanisme koordinasi dan kerjasama dalam pelayanan kesehatan membutuhkan komunikasi sebagai sarana efektif dalam pelayanan kesehatan. Kegagalan komunikasi merupakan penyebab utama kegagalan dalam *handover*. Berdasarkan data dari *The Joint Health Commission* tahun 1995-2005 menunjukkan bahwa kejadian *sentinel event* (kejadian yang tidak diinginkan



yang berdampak pada kematian dan cedera serius) sebanyak 60-70% diakibatkan oleh kegagalan komunikasi/ *handover*.

#### **b. Pengertian *Handover***

*Handover* merupakan proses transfer informasi (berhubungan dengan kewenangan dan tanggung jawab) dalam rangkaian transisi keperawatan dengan tujuan untuk memastikan keberlanjutan dan keselamatan pasien selama dalam perawatan. Menurut Cahyono (2008) menyatakan *handover* adalah serah terima tanggung jawab dan pemberian informasi atas keadaan pasien antar petugas atau transisi dalam perawatan pasien. Proses alih tugas dan tanggung jawab yang terjadi dalam proses *handover* dilakukan melalui komunikasi verbal dan nonverbal.

#### **c. Tujuan *Handover***

*Handover* yang terjadi dalam tatanan pelayanan kesehatan dan keperawatan bertujuan untuk memberikan informasi yang akurat mengenai perawatan pengobatan, pelayanan, kondisi terkini pasien, perubahan yang sedang terjadi dan perubahan yang dapat diantisipasi.

#### **d. Tipe *Handover***

Pelayanan kesehatan merupakan pelayanan yang kompleks sehingga aktivitas *handover* dalam pelayanan memiliki berbagai bentuk atau tipe yang sering berhubungan dengan tujuan pelayanan keperawatan itu sendiri. Beberapa bentuk atau tipe *handover* antara lain: (1) *On call responsibility* yang merupakan suatu bentuk *handover* yang berbentuk pertanggungjawaban atas informasi melalui telepon atau informasi lisan; (2) *Critical report* yaitu bentuk pencatatan atas informasi seperti catatan laboratorium; (3) *Hospital transfer* yaitu bentuk *handover* dari fasilitas pelayanan rumah sakit ke fasilitas perawatan rumah atau fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat; (4) *Patient hand offs-level of care* merupakan suatu bentuk *handover* yang ditujukan pada perpindahan pasien dari suatu level perawatan ke level perawatan lainnya seperti dari perawatan kritikal keperawatan medical; (5) *Nursing shift*

merupakan bentuk *handover* yang berhubungan dengan pergantian *shift* dalam pelayanan keperawatan seperti pergantian dari dinas pagi ke dinas sore; dan (6) *Other Transition in Care* yang merupakan perpindahan dalam kegiatan pelayanan yang bersifat sementara seperti ke pemeriksaan radiologi, fisioterapi, atau ruang operasi.

#### **e. Dampak Kegagalan Handover**

Kegagalan *handover* dalam pelayanan keperawatan dapat menimbulkan berbagai dampak antara lain kesalahan dalam pengobatan, tertundanya diagnosis; KTD yang berat atau bahkan kematian, keluhan pasien atas kegagalan pelayanan yang secara langsung juga menimbulkan meningkatnya biaya dan lama hari rawat.

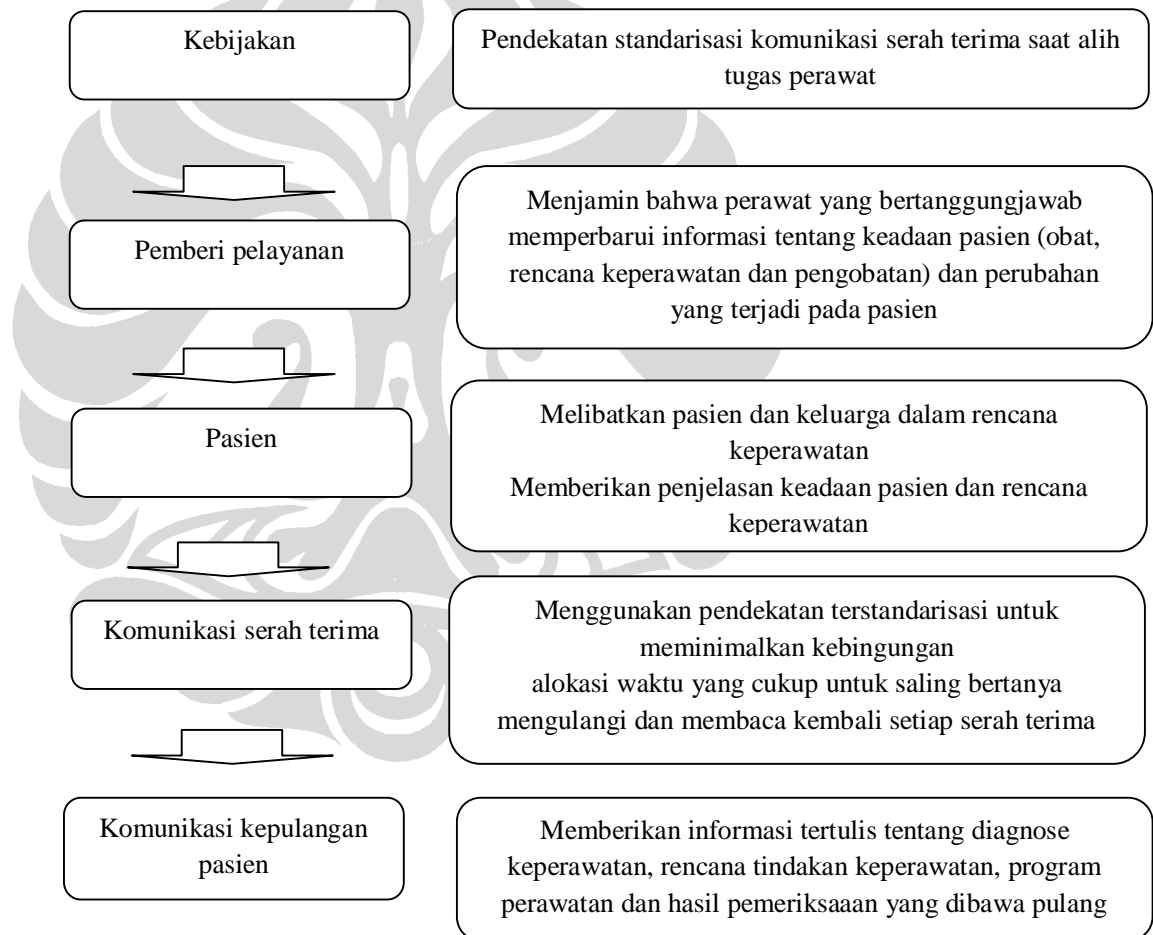
#### **f. Implementasi Standarisasi *Handover* dalam Pelayanan Keperawatan**

*The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCHO, *National patient Safety Goal*) menetapkan komunikasi efektif dalam *handover* sebagai salah satu strategi untuk mengurangi KTD. Prinsip komunikasi untuk *handover* yang efektif meliputi:

1. Komunikasi interaktif yang memungkinkan pemberi informasi dan penerima informasi memperoleh kesempatan untuk saling bertanya.
2. Pesan yang disampaikan bersifat terkini (*update*) yang berisi tentang perawatan pasien, pengobatan, pelayanan, kondisi, serta perubahan-perubahan yang baru saja dialami dan perlu diantisipasi.
3. Terjadi proses verifikasi informasi yang diterima dengan cara mengulang kembali (*repeat back*) dan membaca kembali (*read back*) setepat mungkin
4. Ada kesempatan bagi penerima informasi untuk melakukan peninjauan kembali data historis pasien yang meliputi data perawatan dan terapi sebelumnya.
5. Interupsi harus diminimalkan agar pesan dapat dilakukan seoptimal mungkin tanpa menimbulkan kesalahan.

Beberapa hal yang harus dipertimbangkan dalam mengembangkan komunikasi handover berdasarkan *Patient Safety Solution Preamble* (WHO, 2007) meliputi kebijakan, pemberi pelayanan, keterlibatan pasien, dan standarisasi komunikasi *handover*. Berikut merupakan bentuk skematis dari komunikasi *handover* yang harus dikembangkan dalam tatanan keperawatan.

**Gambar 1**  
**Gambaran Skematis Komunikasi dalam Handover**  
**dalam pelayanan Keperawatan**



Untuk membangun suatu mekanisme *handover* yang terstandarisasi perlu dikembangkan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Lakukan kajian atas aktivitas pelayanan keperawatan dimana proses *handover* lazim dilakukan
2. Monitor proses *handover* yang terjadi dalam tatanan pelayanan keperawatan
3. Lakukan analisis atas proses *handover* yang terjadi
4. Identifikasi proses penting dalam kegiatan *handover* dan konsistensi atas aktivitas yang dilakukan
5. Rumuskan kebijakan dan prosedur mengenai *handover* dalam keperawatan
6. Latih staf keperawatan untuk melakukan *handover* yang terstandar
7. Implementasikan kebijakan dan prosedur mengenai *handover*
8. Monitor dan laporkan temuan yang berhubungan dengan *handover*

Strategi komunikasi yang dikembangkan dalam standarisasi *handover* misalnya dengan menggunakan I-SBAR yaitu:

*I* : *Introduction*

*S* : *Situation*

*B* : *Background*

*A* : *Assessment*

*R* : *Recommendation*

Adapun penjelasan terkait I-SBAR adalah sebagai berikut:

#### *Introduction*

Merupakan pengantar sebelum memulai proses *handover*. Caranya meliputi perawat menyebut nama dan unit perawatan serta nama pasien yang akan dikomunikasikan.

*Situation* artinya menampilkan pokok masalah atau apa saja yang terjadi pada diri pasien, keluhan, atau tanda klinis yang mendorong untuk dilaporkan atau

dikomunikasikan, misalnya sesak nafas, nyeri dada, disritmia, dan hipotensi. Secara spesifik perawat harus menyebutkan usia pasien, jenis kelamin, diagnosis pre operasi, prosedur, status mental sebelum prosedur, kondisi pasien apakah stabil atau tidak dan lain sebagainya.

*Background* adalah latar belakang apa yang menyebabkan keluhan tersebut misalnya data terapi yang telah diberikan, diagnosis pasien, data klinik yang mendukung problem pasien misalnya pasien dengan PPOM maka latar belakang klinik yang dilaporkan adalah yang berhubungan dengan masalah sistem pernafasan misalnya frekuensi nafas, saturasi, dan analisa gas darah. Selain itu riwayat pengobatan khusus, alergi, gangguan sensori, keberadaan keluarga, suku/agama, obat dan darah yang telah diberikan, integritas kulit, keterbatasan muskuloskeletal, adanya selang, kateter, tabung, balutan, gips, dan prosedur laboratorium yang tertunda merupakan banyak hal yang berhubungan dengan kondisi yang mungkin berhubungan dengan latar belakang kondisi pasien yang dilaporkan.

*Assesment* merupakan hasil pemikiran yang timbul dari temuan serta difokuskan pada problem yang terjadi pada pasien yang apabila tidak diantisipasi akan menyebabkan kondisi yang lebih buruk, misal pada PPOM kegawatan yang terjadi adalah gagal nafas. Selain itu tanda-tanda vital, kebutuhan isolasi, kondisi kulit, dan faktor resiko merupakan bagian dari tahap ini.

*Recommendation* hal-hal yang dibutuhkan untuk ditindaklanjuti oleh sejawat atau profesi lain. Perawat seharusnya melakukan komunikasi dengan keluarga terhadap hal penting dan mendesak, penggunaan kontrol nyeri dan IV *Pump*.

## **6. Evaluasi**

Evaluasi terhadap hasil pembelajaran dilakukan dengan memberikan pertanyaan tes terhadap 3 pokok bahasan dengan jumlah pertanyaan sebanyak 15 buah sebagaimana yang terlampir pada soal *pre test* dan *post test*.

## Lampiran 1 Modul

### MORSE FALL RISK ASSESMENT

<b>RISK FACTOR</b>	<b>SCALE</b>	<b>SCORE</b>
History of Falls	Yes	25
	No	0
Second Diagnosis	Yes	15
	No	0
Ambulatory Aids	Furniture	30
	Crutches/Cane/Walker	15
	None/Bedrest/Wheel Chair/Nurse	0
IV/Heparin Lock	Yes	20
	No	0
Gait/Transferring	Impaired	20
	Weak	10
	Normal/Bedrest/Immobile	0
Mental Status	Forgets Limitations	15
	Oriented to Own Ability	0

<b>MORSE FALLS SCORE</b>	
High Risk	45 and higher
Moderate Risk	25 – 44
Low Risk	0 – 24

## Lampiran 2 Modul

### HENDREICH FALL RISK ASSESMENT

<b>HENDREICH FALL RISK ASSESMENT</b>		
<b>Risk Factor</b>	<b>Scale</b>	<b>Score</b>
Recent History Falls	Yes	7
	No	0
Altered Elimination (incontinence, nocturia, frequency)	Yes	3
	No	0
Confusion/Disorientation	Yes	3
	No	0
Depression	Yes	4
	No	0
Dizziness/Vertigo	Yes	3
	No	0
Poor Mobility/Generalized Weakness	Yes	2
	No	0
Poor Judgement (If Not Confused)	Yes	3
	No	0



UNIVERSITAS INDONESIA | Lampiran 4  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 942/H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010 18 Maret 2010  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan ijin uji instrument penelitian

Yth. Direktur  
RS. Muhammadiyah - Palembang  
palembang


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

Sri Yulia  
0806446946

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien Terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana di RS. Tugu Ibu Depok".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrument penelitian di RS. Muhammadiyah Palembang.

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

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

Tembusan Yth.:

1. Ka. Diklat RS. Muhammadiyah - Palembang
2. Ka. Bid. Keperawatan RS. Muhammadiyah - Palembang
3. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Pertinggal Pengaruh pelatihan..., Sri Mulia, FIK UI, 2010





## RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG (RSMP)

Jln. Jend. A. Yani 13 Ulu Telp. (0711).511446 Fax. (0711) 519958  
e-mail : rsmuh\_plg@yahoo.co.id Palembang 30263

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

### SURAT KETERANGAN

No: 525 /KET/L-1/RSMP/IV/2010

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Sri Yulia  
NIM : 0806446946  
Perguruan Tinggi : Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan

Telah mengadakan Penelitian di Ruang Keperawatan RS. Muhammadiyah Palembang pada tanggal 03 April 2010

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya

Palembang, 22 R. Akhir 1431 H  
7 April 2010 M

Direktur,

Dr. Yudi Fadilah, SpPD



UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Lampiran 6

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 keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Tugu Ibu Depok.

Nama peneliti utama : Sri Yulia

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 1 April 2010

Dekan,

Ketua,



Devina, MA, PhD

NIP. 195520601197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Lampiran 7

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

Nomor : 4025/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 29 Maret 2010  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Direktur  
RS. Tugu Ibu  
Depok  
Jawa Barat


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

**Sri Yulia**  
0806446946

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "Pengaruh Keselamatan Pasien Terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana Mengenai Penerapan Keselamatan Pasien Di RS. Tugu Ibu - Depok".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Tugu Ibu - Depok.

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

Dekan,  
  
Dewi Trawaty, MA., Ph.D.  
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Diklat. RS. Tugu Ibu - Depok
2. Ka. Bid. Keperawatan RS. Tugu Ibu - Depok
3. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
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 : 1232/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

6 April 2010

Yth. Direktur  
RS. Bhakti Yudha  
Depok

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


**Sri Yulia**  
0806446946

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien Terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana Mengenai Penerapan Keselamatan Pasien"**

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa *meninjau* untuk mengadakan penelitian di RS. Bhakti Yudha - Depok sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

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

Dekan,



Wakil Dekan FIK-UI  
Dewi Irawaty, MA., Ph.D.  
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Diklat. RS. Bhakti Yudha – Depok
2. Ka. Bid. Keperawatan RS Bhakti Yudha - Depok
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"  
Pengaruh pelatihan..., Sri Mulia, FIK UI, 2010
8. Peringgal



Rumah Sakit  
**TUGU IBU**

Lampiran 8

Jl. Raya Bogor Km. 29 Cimanggis - Depok 16952 Telp. 021 - 8710870 (Hunting) Fax. 8708266

Nomor : 257 / AA .01 / PKL / IV / 2010  
Lampiran : -----  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth :  
Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Indonesia  
Di  
Depok

Dengan hormat,

Merujuk surat saudara No 1025/ H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis /2010 tertanggal 29 Maret 2010 perihal permohonan Riset / Penelitian , pada dasarnya kami tidak berkeberatan namun tentunya disesuaikan dengan keadaan pada RS. Tugu Ibu.

Perlu kami beritahukan bahwa mahasiswa yang melaksanakan kegiatan Riset / PKL di RS.Tugu Ibu diharapkan mentaati peraturan dan petunjuk yang diberikan oleh Pimpinan RS. Tugu Ibu.

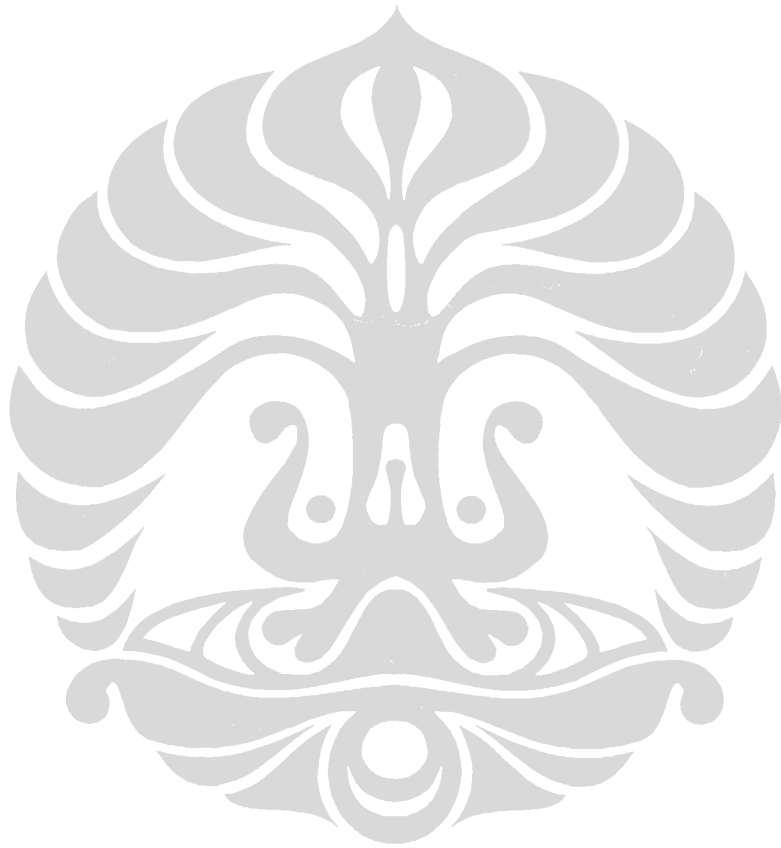
Adapun pelaksanaan kegiatan tersebut dapat dimulai dengan jadwal yang disepakati atas nama Sri Yulia dengan NIM 0806446946, dengan konsentrasi Bidang Keperawatan .

Demikian kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Cimanggis , 9 April 2010  
Rumah Sakit TUGU IBU



Dr. Peppy R Firaidie, MM  
Direktur







Rumah Sakit

# TUGU IBU

Jl. Raya Bogor Km. 29 Cimanggis - Depok 16952 Telp. 021 - 8710870 (Hunting) Fax. 6708266

## SURAT KETERANGAN

No. 318 /AA.01/L- Skrt/ V /2010

Yang bertandatangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Tugu Ibu menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : Sriyulia  
NIM : 0806446946  
Jurusan : Program Magister Ilmu Keperawatan  
Asal Kampus : Fakultas Ilmu Keperawatan UI

Adalah benar telah melakukan kegiatan tesis mahasiswa (penelitian) di RS Tugu Ibu pada tanggal 22 - 23 April 2010 dengan judul :

Pengaruh Keselamatan Pasien Terhadap Pemahaman Perawat Peiaksana Mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Tugu Ibu - Depok

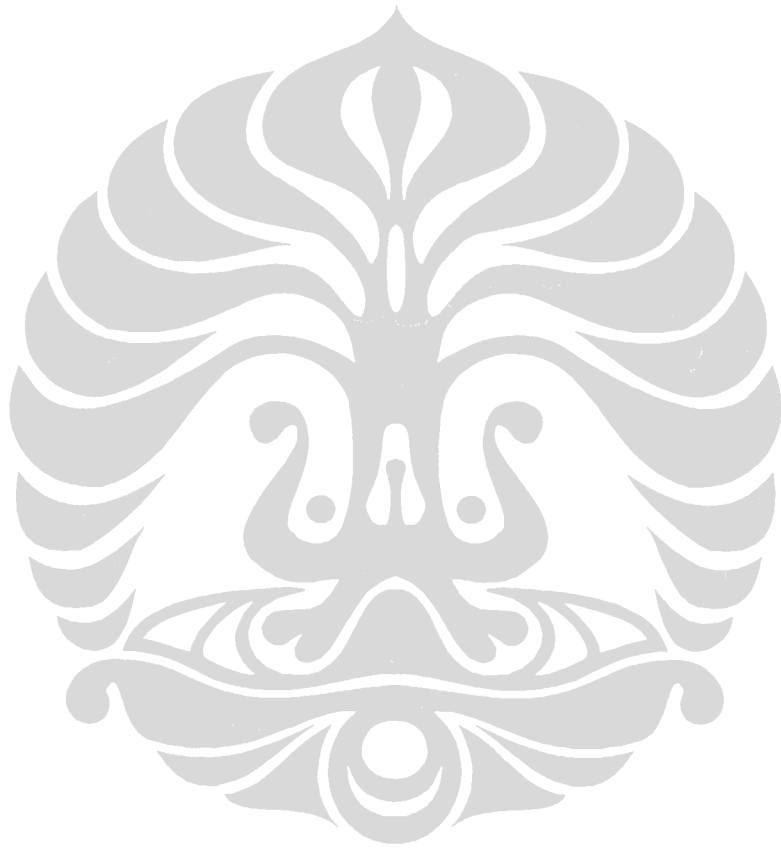
Demikian surat keterangan ini dibuat agar dipergunakan sebagaimana mestinya.



Depok, 04 Mei 2010

Rumah Sakit TUGU IBU

Dr. Peppy R. Firaidie, MM  
Direktur







# RSU BHAKTI YUDHA

Jl. Raya Sawangan No. 2A Depok 16436  
Telp: (021) 7520082, Fax: (021) 7775062 - 7520510

Nomor : 488 /00-1/RSBY/IV/2010  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth,  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan ✓  
Universitas Indonesia  
Kampus UI Depok  
D E P O K.

Dengan hormat,

Membalas surat Saudara nomor : 1232/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 tertanggal 06 April 2010 perihal sebagaimana disebut dalam pokok surat diatas untuk :

Nama : SRI YULIA  
N I M : 0806446946  
Judul Penelitian : “ Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien Terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana Mengenai Penerapan Keselamatan Pasien “

Bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak berkeberatan, dengan catatan yang bersangkutan wajib membayar biaya administrasi maupun biaya penggantian jasa dan sarana sebesar Rp. 700.000,- dan pelaksanaannya akan dimulai tanggal 19 April 2010 selama ± 1 bulan dengan perincian :

Untuk RS : Rp. 200.000,-  
Untuk Pembimbing : Rp. 500.000,- (Dr. Hannibal Pardede, Mars)

Demikian hal ini kami sampaikan untuk menjadi maklum.

Depok, 15 April 2010  
  
(Drg. SJAHRUL AMRI, MIA)  
Direktur Utama

Tembusan :

1. Manajer Umum / Cq. Supervisor SDM
2. Manajer Keuangan / Cq. Supervisor Anggaran
3. Pembimbing Lapangan
4. Arsip. Pengaruh pelatihan..., Sri Mulia, FIK UI, 2010



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Lampiran 9

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

Nomor : 1235/H2.F12.D1/PDP.04.02/2010  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin pakar PPNI

7 April 2010

Yth. Ketua PP.PPNI  
Jl. Jaya Mandala No. 15  
Patra Kuningan – Jakarta

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

**Sdr. Sri Yulia**  
**0806446946**

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien Terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana Mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS. Tugu Ibu Depok"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan Sdr. Rita Sekarsari, SKp, MHSM dan Sdr. Harif Fadilah, SKp dalam membantu mahasiswa tersebut untuk memberikan masukan dan koreksi atas modul pelatihan keselamatan pasien. Modul tersebut akan digunakan dalam penelitian tesis.

Atas ijin yang diberikan dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,  
  
Dewi Irawaty, MA, PhD  
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

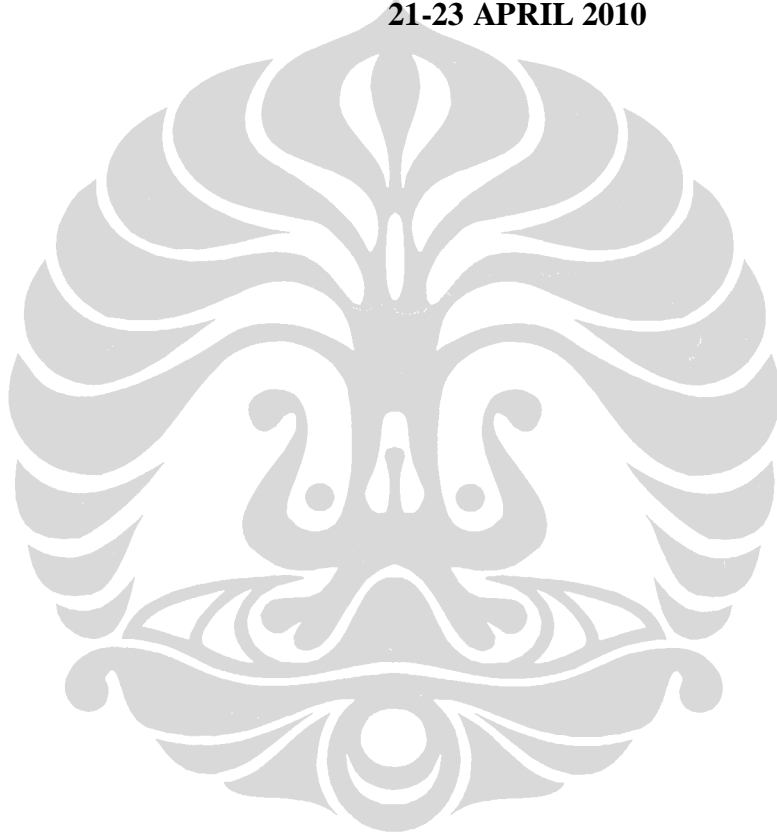
1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Sdr. Rita Sekarsari, SKp, MHSM
6. Sdr. Harif Fadilah, SKp Pengaruh pelatihan..., Sri Mulia, FIK UI, 2010
7. Pertinggal



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

---

**KERANGKA ACUAN  
PELATIHAN KESELAMATAN PASIEN DI RS TUGU IBU DEPOK  
21-23 APRIL 2010**





### A. Latar Belakang

Keselamatan pasien menjadi isu terkini dalam pelayanan kesehatan terutama dalam pelayanan kesehatan rumah sakit sejak tahun 2000 yang didasarkan atas semakin meningkatnya kejadian yang tidak diinginkan (*adverse event*). Program keselamatan pasien telah menjadi isu global dan menjadi bagian dari program kesehatan dunia sejak tahun 2004 setelah World Health Organization (WHO) memulai program tersebut melalui *World Alliance for Patient Safety*. Dalam program ini juga dinyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan prinsip fundamental pelayanan pasien dan merupakan sebuah komponen kritis dalam manajemen mutu (WHO, 2004).

Langkah awal untuk memperbaiki pelayanan yang berkualitas adalah keselamatan, sedangkan kunci dari pelayanan yang bermutu dan aman adalah membangun budaya keselamatan pasien (Hughes, 2008). Menurut Yates (2006) salah satu pilar utama dalam system keselamatan pasien adalah SDM. Pengetahuan SDM kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien. Peran rumah sakit yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman terhadap pasien dengan memperhatikan aspek SDM yang ada didalamnya mengharuskan rumah sakit harus selalu berusaha mengurangi *medical error* melalui berbagai upaya untuk membangun budaya keselamatan. Untuk itu, pelatihan ini menjadi sangat penting dan merupakan suatu langkah strategik rumah sakit dalam menempatkan keselamatan pasien sebagai tolok ukur peningkatan pelayanan keperawatan yang berkualitas di rumah sakit.

## **B. Tujuan**

### **Tujuan Umum**

Peserta pelatihan menunjukkan pemahaman mengenai penerapan program keselamatan pasien dalam lingkup praktek keperawatan.

### **Tujuan Khusus**

1. Peserta pelatihan memahami prinsip penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan.
2. Peserta pelatihan dapat memahami manajemen keselamatan pasien dalam tatanan pelayanan keperawatan
3. Peserta pelatihan mampu meningkatkan pengetahuan mengenai pencegahan kejadian jatuh (*prevention falls*)
4. Peserta pelatihan memahami mengenai standarisasi *handover* dalam pelayanan keperawatan
5. Peserta pelatihan mampu menjelaskan dan memahami pencegahan insiden melalui pengelolaan obat-obatan (*medication administration*) oleh perawat

## **C. Sasaran**

Sasaran dalam pelatihan mengenai keselamatan pasien ini adalah perawat pelaksana di RS Tugu Ibu dengan latar belakang pendidikan DIII Keperawatan yang memenuhi kriteria untuk menjadi responden dalam penelitian mengenai pengaruh pelatihan keselamatan pasien.

## **D. Manfaat**

Pelatihan ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut;

1. Perawat mampu menyadari dan meningkatkan perannya dalam menerapkan program keselamatan pasien
2. Perawat mampu melakukan transfer pengetahuan mengenai keselamatan pasien dalam konteks kerjasama profesional dengan tenaga kesehatan lain dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman terhadap pasien.



3. Peserta mampu menjadikan pemahaman tentang penerapan keselamatan pasien sebagai dasar dalam mengembangkan sikap profesional untuk memberikan asuhan keperawatan yang aman terhadap pasien.
4. Peserta mempunyai motivasi yang kuat untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan melalui penerapan keselamatan pasien.

#### **E. Materi**

Materi yang akan diberikan dalam pelatihan ini meliputi;

1. Prinsip penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan yang berisi: konsep keselamatan pasien (*patient safety*) dalam pelayanan keperawatan, budaya safety (*safety culture*) dan meminimalisasi kesalahan (*minimizing liability*) dalam pelayanan keperawatan serta *Safe staffing* (keamanan staf keperawatan) dalam pelayanan keperawatan
2. Manajemen keselamatan pasien dalam tatanan pelayanan keperawatan yang meliputi: sembilan solusi dalam penerapan keselamatan pasien (*nine live safing patient safety solution*), dan manajemen risiko klinis (*clinical risk management*) dalam pelayanan keperawatan serta identifikasi dan analisis risiko keselamatan pasien (*patient safety*) dalam pelayanan keperawatan
3. Pencegahan jatuh (*prevention falls*)
4. Standarisasi *handover* dalam pelayanan keperawatan
5. Pencegahan insiden melalui pengelolaan obat-obatan (*medication administration*) oleh perawat

Keseluruhan materi yang akan disampaikan telah disusun dalam suatu uraian materi yang terangkum dalam 5 modul pelatihan dasar mengenai penerapan keselamatan pasien dalam tatanan pelayanan keperawatan.

#### **F. Metode**

1. Ceramah
2. Diskusi

### **G. Fasilitator**

Fasilitator yang memberikan materi pelatihan adalah pelatih yang memiliki minat, kompetensi ataupun penguasaan mengenai keselamatan pasien dalam keperawatan dengan latar belakang pendidikan minimal S1 Keperawatan serta memiliki pengalaman dalam riset maupun praktis dalam lingkup keselamatan pasien.

### **H. Waktu dan Tempat**

Pelatihan ini direncanakan dilakukan di RS Tugu Ibu Depok pada tanggal 21-23 April 2010 yang terbagi atas 4 kelompok pelatihan dengan waktu pelaksanaan yang diatur secara bergantian sepanjang pagi dan sore hari (jadwal dan nama kelompok terlampir). Pengaturan kelompok peserta pelatihan disusun dengan mempertimbangkan jadwal shift kerja perawat masing-masing yang bersangkutan selama periode pelatihan dilaksanakan.

### **I. Evaluasi**

Indikator keberhasilan pencapaian tujuan pelatihan keselamatan pasien ini diukur dengan melakukan perbandingan antara hasil *pre test* dan *post test* peserta pelatihan yang disertai dengan analisis terhadap pengaruh faktor-faktor individu perawat terhadap hasil skor yang diperoleh peserta pada saat *post test*.

### **J. Kepanitiaan**

Kegiatan pelatihan dilaksanakan dengan dukungan kepanitiaan dari RS Tugu Ibu bekerja sama dengan Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan yang melakukan penelitian terkait dengan pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap perawat pelaksana.

### **K. Sumber Pembiayaan**

Penyediaan kebutuhan pendukung dalam kegiatan pelatihan yang meliputi pengadaan pelatihan kit dan konsumsi peserta diperoleh dengan menggunakan dana yang bersumber dari swadana mahasiswa sebagai peneliti.

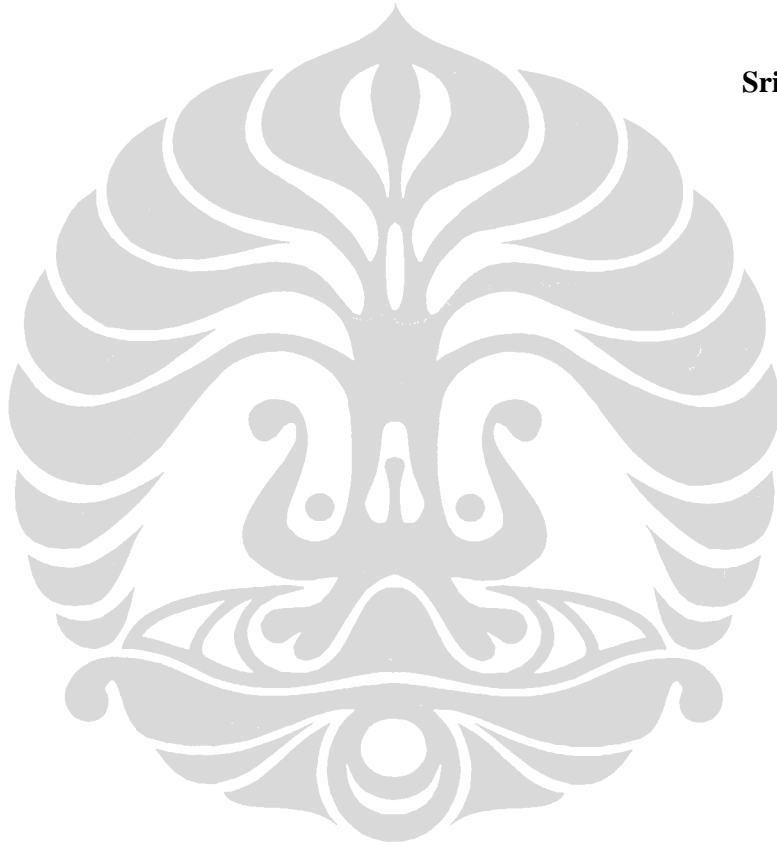
## **L. Penutup**

Demikianlah kerangka acuan ini dibuat dengan harapan dapat ditindaklanjuti dan memperoleh dukungan dalam pelaksanaannya demi membawa kontribusi positif terhadap peningkatan mutu dalam tatanan pelayanan keperawatan khususnya di RS Tugu Ibu. Amin.

Depok, April 2010

Peneliti,

**Sri Yulia**





# AL PELATIHAN KESELAMATAN PASIEN BAGI PERAWAT PELAKSANA DIRS TUGU IBU DEPOK

21-23 APRIL 2010

Tanggal	Waktu	Materi	Fasilitator	Keterangan	Tempat
21 April 010	08.00-10.00 wib	<i>Pre Test</i>	<i>Panitia</i>	Kelompok 1P dan Kelompok	Aula
	15.00-17.00 wib	<i>Pre Test</i>	<i>Panitia</i>	Kelompok 1S dan Kelompok	
22 April 010	08.00-09.00 wib	Prinsip keselamatan pasien dalam keperawatan	Muliyadi (Kelompok 1P)	Kelompok 1P dan Kelompok	Kelompok 1: Aula
	09.00-10.00 wib		Supiyono (Kelompok 2P)	2P	Kelompok 2: Ruang Kelas
	10.00-11.00 wib	Manajemen Penerapan Keselamatan Pasien			
	11.00-12.00 wib				
	13.00-14.00 wib	Prinsip keselamatan pasien dalam keperawatan	Muliyadi (Kelompok 1S)	Kelompok 1S dan Kelompok	Kelompok 1: Aula
	14.00-15.00 wib		Supiyono (Kelompok 2S)	2S	Kelompok 2: Ruang Kelas
23 April 010	08.00-09.00 wib	Pengelolaan Medikasi untuk Mencegah Insiden	Muliyadi (Kelompok 1P)	Kelompok 1P dan Kelompok	Kelompok 1: Aula
	09.00-10.00 wib	Pencegahan Jatuh	Th. Ratna Indraswati (Kelompok 2P)	2P	Kelompok 2: Ruang Kelas
	10.00-11.00 wib	Standarisasi <i>Handover</i>			
	11.00-13.00 wib	<i>Post Test</i>	<i>Panitia</i>		
	13.00-14.00 wib	Pengelolaan Medikasi untuk Mencegah Insiden	Muliyadi (Kelompok 1S)	Kelompok 1S dan Kelompok	Kelompok 1: Aula
	14.00-15.00 wib	Pencegahan Jatuh	Th. Ratna Indraswati (Kelompok 2S)	2S	Kelompok 2: Ruang Kelas
15.00-16.00 wib	Standarisasi <i>Handover</i>				
16.00-18.00 wib	<i>Post Test</i>	<i>Panitia</i>			

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Sri Yulia  
Tempat/Tanggal Lahir : Palembang, 13 Mei 1975  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Dosen Tetap Stikes Muhammadiyah Palembang  
Alamat Rumah : Jl. Letnan Kasnariansyah No. 71 RT 15 RW 05  
Iilir Timur I Palembang 30128  
Alamat Institusi : Jl. A. Yani. 13 Ulu Plaju Palembang  
Telp. / Hp. : (0711) 411471 / 081377807557  
Email : mylia\_sriplg@yahoo.com  
Riwayat Pendidikan :  
1. PSIK-FK Universitas Padjadjaran lulus tahun 1999  
2. Akper Depkes RI Palembang lulus tahun 1996  
3. SMA Negeri 2 Lahat lulus tahun 1993  
4. SMP Santo Yosef Lahat lulus tahun 1990  
5. SD Santo Yosef Lahat lulus tahun 1987  
Riwayat Pekerjaan :  
1. Dosen Tetap Stikes Muhammadiyah Palembang  
(2007 s.d sekarang)  
2. Perawat Pelaksana RSUD Baturaja (2005 s.d 2007)  
3. Dosen Tetap Akper Al-Ma'arif Baturaja (1996 s.d 2007)