



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN FUNGSI MANAJEMEN KEPALA RUANG DAN
KARAKTERISTIK PERAWAT DENGAN PENERAPAN
KESELAMATAN PASIEN DAN PERAWAT
DI IRNA I RSUP DR. SARDJITO
YOGYAKARTA**

TESIS

**SARI CANDRA DEWI
0906594734**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN FUNGSI MANAJEMEN KEPALA RUANG DAN
KARAKTERISTIK PERAWAT DENGAN PENERAPAN
KESELAMATAN PASIEN DAN PERAWAT
DI IRNA I RSUP DR. SARDJITO
YOGYAKARTA**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan

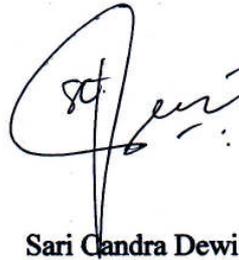
SARI CANDRA DEWI
0906594734

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

11 Juli 2011



Sari Candra Dewi

0906594734

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan di Universitas Indonesia.

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

Depok, 11 Juli 2011



Sari Candra Dewi



LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Sari Candra Dewi

NPM : 0906594734

Program Studi : Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Judul Tesis : Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien dan Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Hanny Handiyani, SKp., M.Kep

()

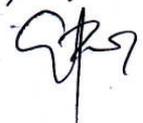
Pembimbing II : Efy Afifah, SKp., M.Kes

()

Penguji : Ns Tety Mulyati Arofi, SKep., M.Kep

()

Penguji : Eva Trisna, SKM., M.Kep

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 11 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas limpahan Anugerah, Rahmat dan Hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “*Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien dan Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*”. Tesis ini disusun sebagai syarat untuk mendapatkan gelar Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan penyusunan tesis ini tidak lepas dari bimbingan, bantuan, dan dukungan berbagai pihak. Untuk itu penulis menghaturkan banyak terima kasih kepada:

1. Dewi Irawaty, MA., Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, MN selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc selaku koordinator mata ajar tesis.
4. Hanny Handiyani, SKp., M.Kep selaku pembimbing I yang telah membimbing dengan penuh tanggung jawab, memberi banyak masukan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
5. Efy Afifah, S.Kp, M.Kes selaku pembimbing II yang telah membimbing dengan penuh tanggung jawab, memberi banyak masukan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
6. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta dan Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta, yang telah memberikan dukungan dan kesempatan untuk mengikuti pendidikan di Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
7. Direktur RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang telah memberikan izin untuk penelitian.
8. Kepala Bidang Keperawatan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta beserta seluruh jajarannya yang telah memberikan bantuan dalam penelitian.

9. Kepala Instalasi Rawat Inap I yang telah memberi kesempatan untuk penelitian di ruang rawat inap IRNA I.
10. Suamiku tercinta Teguh Supriyanto serta buah hatiku Fauzan Najib H dan Faiz Zaki H, yang senantiasa memberikan dukungan, do'a, semangat dan harapan hingga studi ini berjalan dengan lancar.
11. Kedua orangtua dan mertuaku yang senantiasa memberikan do'a dan restu.
12. Rekan-rekan perawat di IRNA I yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.
13. Teman-teman program Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan angkatan 2009 yang saling memberikan semangat dan dukungan.
14. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dan bantuan moral selama penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari tesis ini masih memerlukan masukan untuk bahan penyempurnaan. Untuk itu saran dan kritik yang membangun dari semua pihak sangat penulis harapkan.

Depok, 11 Juli 2011

Penulis

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

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

Nama : Sari Candra Dewi
NPM : 0906594734
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan Indonesia
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien dan Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, 11 Juli 2011

Yang menyatakan



Sari Candra Dewi

ABSTRAK

Sari Candra Dewi

Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien dan Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

Fungsi manajemen penting untuk mewujudkan pelayanan keperawatan yang bermutu. Penelitian *cross sectional* pada 77 perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito ini bertujuan mengidentifikasi hubungan fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien dan perawat. Hasil membuktikan lima fungsi manajemen kepala ruang berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,000-0,032$; $\alpha 0,05$), dengan faktor paling berpengaruh adalah fungsi pengendalian. Fungsi perencanaan, pengaturan staf, pengarahan, dan pengendalian berhubungan dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,005-0,032$; $\alpha 0,05$), dengan faktor paling berpengaruh adalah fungsi pengarahan. Pelatihan berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,048$; $\alpha 0,05$). Kepala ruang perlu selalu meningkatkan fungsi pengendalian dan pengarahan.

Kata kunci: fungsi manajemen kepala ruang, keselamatan pasien, keselamatan perawat.

Daftar pustaka 60 (1985 – 2011).

ABSTRACT

Sari Candra Dewi

Post Graduate Program Faculty of Nursing Universitas Indonesia

The Relation of Head Nurse Management Function and Nurse's Characteristics with The Implementation of Patients Safety and Nurses Safety in IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

Management functions required to ensure nursing care quality. Cross-sectional study among 77 nurses in IRNA I RSUP Dr. Sardjito aims to identify the relationship of the head nurse management functions and nurse's characteristics with the implementation of patient safety and nurse safety. Result showed that management function of the head nurse related to the implementation of patient safety ($p=0,000-0,032$; $\alpha 0,05$), the most influential factor was controlling. Planning, staffing, directing, and controlling related to the implementation of nurse safety ($p=0,005-0,032$; $\alpha 0,05$), the most influential factor was directing. Training related to the implementation of patient safety. Improvement the function of controlling and directing was needed

Keywords: head nurse management function, patient safety, nurse safety

References: 60 (1985 – 2011).

DAFTAR ISI

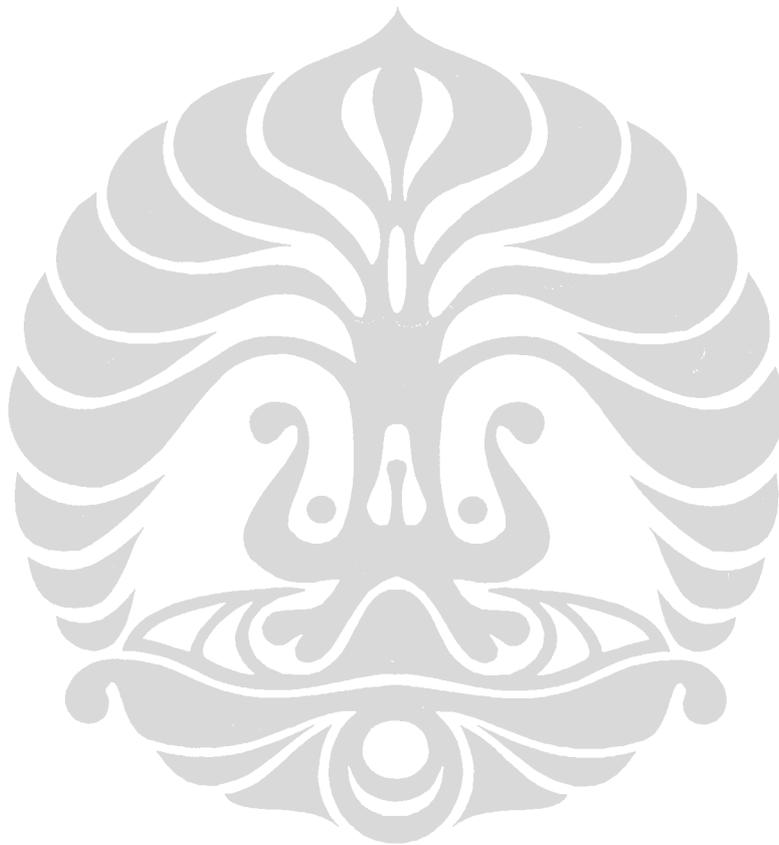
	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR DIAGRAM	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	12
1.3. Tujuan Penelitian	15
1.4. Manfaat Penelitian	16
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Keselamatan	18
2.1.1. Konsep keselamatan	18
2.1.2. Peran perawat dalam keselamatan	19
2.1.3. Faktor yang mempengaruhi keselamatan	20
2.2. Keselamatan Pasien	23
2.2.1. Pengertian keselamatan pasien	23
2.2.2. Tujuan keselamatan pasien	24
2.2.3. Standar keselamatan pasien	25
2.2.4. Langkah menuju keselamatan pasien	26
2.2.5. Sembilan solusi keselamatan pasien	29
2.2.6. Pendekatan dalam keselamatan	34
2.2.7. Pendekatan sistem dalam keselamatan pasien	36
2.2.8. Faktor yang berpengaruh dalam keselamatan	39
2.3. Keselamatan Pasien Dalam Keperawatan	49
2.4. Keselamatan Perawat	50
2.4.1. Faktor risiko dalam keselamatan perawat	51
2.4.2. Kaitan manajemen dalam keselamatan perawat	51
2.5. Manajemen Keperawatan	53
2.6. Kerangka Teori	57

	Hal
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1. Kerangka Konsep	58
3.2. Hipotesis	59
3.3. Definisi Operasional	60
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1. Desain Penelitian	64
4.2. Populasi dan Sampel	64
4.3. Tempat Penelitian	67
4.4. Waktu Penelitian	67
4.5. Etika Penelitian	67
4.6. Alat Pengumpulan Data	68
4.7. Pengujian Instrumen	71
4.8. Prosedur Pengumpulan Data	73
4.9. Pengolahan dan Analisis Data	74
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1. Analisis Univariat	77
5.2. Analisis Bivariat	80
5.3. Analisis Multivariat	91
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1. Interpretasi Dan Diskusi Hasil Penelitian	96
6.2. Keterbatasan Penelitian	120
6.3. Implikasi Hasil Penelitian	120
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1. Kesimpulan	121
7.2. Saran	123
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

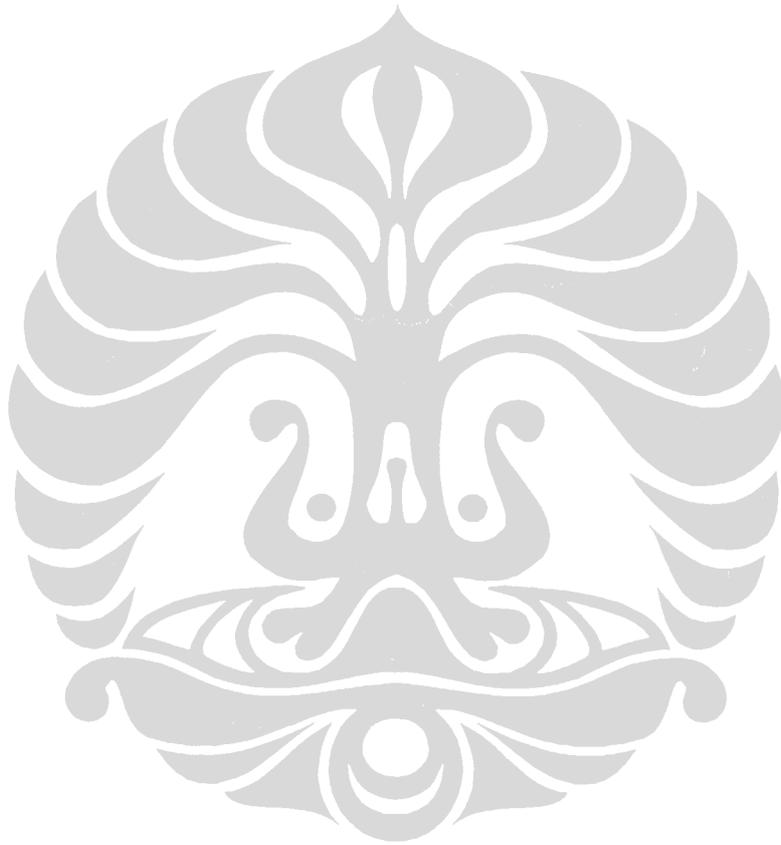
	Hal
Tabel 3.3. Definisi Operasional	60
Tabel 4.1. Distribusi Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Juni 2011	66
Tabel 4.6.2. Kisi-kisi Kuesioner Fungsi Manajemen Kepala Ruang	69
Tabel 4.6.3 Kisi-kisi Kuesioner Penerapan Keselamatan Pasien	70
Tabel 4.6.4. Kisi-kisi Kuesioner Penerapan Keselamatan Perawat	71
Tabel 5.1. Distribusi Reponden menurut Fungsi Manajemen Kepala Ruang di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)	78
Tabel 5.2. Distribusi Reponden menurut Karakteristik di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)	79
Tabel 5.3. Analisis Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)	81
Tabel 5.4. Analisis Hubungan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)	83
Tabel 5.5. Analisis Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)	86
Tabel 5.6. Analisis Hubungan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)	90
Tabel 5.7. Hasil Seleksi Bivariat untuk Kandidat Model pada Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)	91
Tabel 5.8. Pemodelan Akhir Hasil Analisis Regresi Logistik pada Variabel Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito, Juni 2011 (n=77)	93

	Hal
Tabel 5.9. Hasil Seleksi Bivariat untuk Kandidat Model pada Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)	94
Tabel 5.10. Pemodelan Akhir Hasil Analisis Regresi Logistik pada Variabel Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito, Juni 2011(n=77)	95



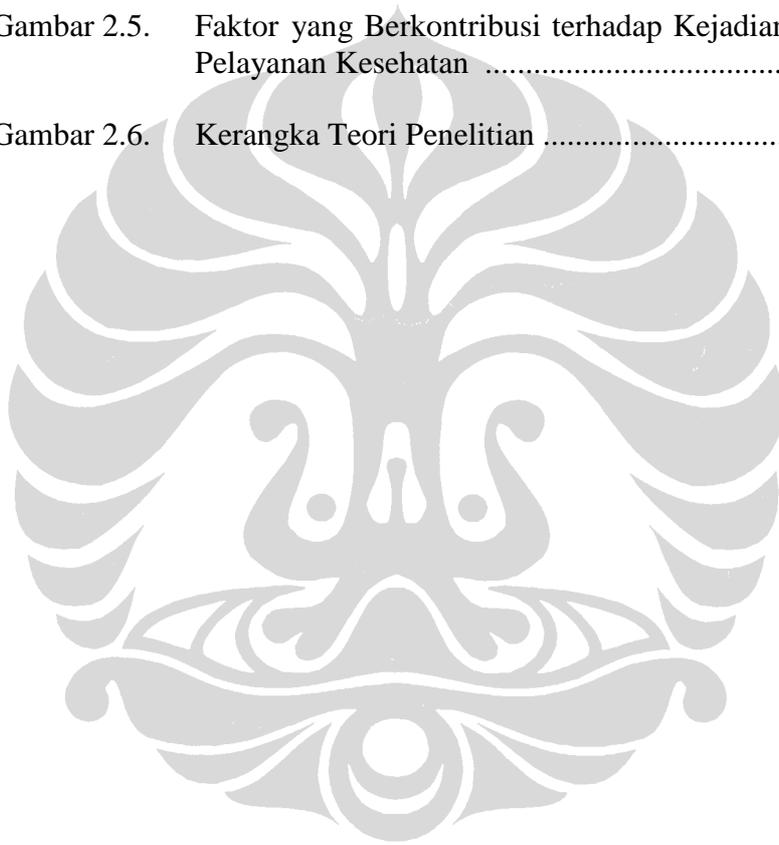
DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian	59



DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1. Teori Wood: <i>Blunt End and Sharp End Model</i>	38
Gambar 2.2. Pendekatan Sistem dalam Kejadian Tidak Diharapkan	38
Gambar 2.3. The “Swiss Cheese” Model of Accident Causation	40
Gambar 2.4. Faktor dalam Sistem yang Mempengaruhi Insiden Kesalahan ...	41
Gambar 2.5. Faktor yang Berkontribusi terhadap Kejadian Kesalahan dalam Pelayanan Kesehatan	44
Gambar 2.6. Kerangka Teori Penelitian	57



DAFTAR DIAGRAM

	Hal
Diagram 5.1. Distribusi Responden menurut Penerapan Keselamatan Pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)	79
Diagram 5.1. Distribusi Responden menurut Penerapan Keselamatan Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)	80



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 4 Kuesioner A: Karakteristik Responden
- Lampiran 5 Kuesioner B: Fungsi Manajemen Kepala Ruang
- Lampiran 6 Kuesioner C: Penerapan Keselamatan Pasien
- Lampiran 7 Lampiran D: Penerapan Keselamatan Perawat
- Lampiran 8 Surat Ijin Uji Kuesioner
- Lampiran 9 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 10 Surat Lolos Uji Etik
- Lampiran 11 Konfirmasi Ijin Penelitian
- Lampiran 12 Daftar Hadir Presentasi
- Lampiran 13 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

Bab 1 merupakan pendahuluan yang digunakan sebagai dasar melakukan penelitian. Bab ini terdiri atas latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian.

1.1. Latar Belakang

Keselamatan (*safety*) merupakan hal utama dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang bermutu tidak cukup dinilai dari kelengkapan teknologi, sarana prasarana yang canggih, dan petugas kesehatan yang profesional, melainkan perlu dilihat proses pelayanan dan hasil pelayanan yang diberikan. Proses dan hasil pelayanan tersebut harus mampu memberikan jaminan bagi pelanggan sehingga terbebas dari risiko (Cahyono, 2008). Hal ini berlaku bagi seluruh institusi penyelenggara pelayanan kesehatan.

Rumah sakit sebagai salah satu institusi penyelenggara pelayanan kesehatan dituntut untuk memperhatikan masalah keselamatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia menetapkan lima isu penting terkait dengan keselamatan di rumah sakit, yaitu: keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang dapat berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*), dan keselamatan bisnis rumah sakit (Depkes, 2008a).

Keselamatan pasien menjadi prioritas pertama dalam pemberian layanan kesehatan dan layanan keperawatan di rumah sakit. Ballard (2003) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan komponen penting dan vital dalam asuhan keperawatan yang berkualitas. Keselamatan pasien juga merupakan langkah kritis pertama untuk memperbaiki kualitas pelayanan (Cahyono, 2008), serta berkaitan dengan mutu dan citra rumah sakit (Depkes, 2008a).

Perkembangan masyarakat yang semakin kritis seiring dengan meningkatnya kesadaran tentang kesehatan dan hukum, mendorong adanya tuntutan tersedianya pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan yang bermutu dan menjamin keselamatan pasien. Upaya keselamatan pasien dapat mengurangi kejadian tidak diharapkan (KTD). Terjadinya KTD dapat menimbulkan dampak bagi rumah sakit, antara lain: peningkatan biaya pelayanan, menimbulkan konflik antara dokter/petugas kesehatan dan pasien, serta tuntutan dan proses hukum yang dapat menimbulkan citra negatif bagi rumah sakit (Depkes, 2008a). Adanya jaminan terhadap keselamatan pasien dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit.

Keselamatan pasien merupakan komponen dari mutu pelayanan kesehatan. *Institute of Medicine* (IOM) menetapkan enam dimensi dalam mutu pelayanan kesehatan, yaitu: keselamatan pasien, efisiensi, efektif, tepat waktu, berorientasi pada pasien, dan keadilan (Cahyono 2008). Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan (Dirbinyankep) menetapkan keselamatan pasien sebagai salah satu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan (Depkes, 2008b).

Mutu pelayanan sebagai hasil dari sebuah sistem dalam organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, dipengaruhi oleh komponen struktur dan proses yang terjadi dalam organisasi tersebut. Komponen struktur meliputi organisasi (struktur dan budaya), manajemen, sumber daya manusia, teknologi dan peralatan serta finansial. Komponen proses meliputi proses pelayanan, prosedur tindakan, sistem informasi, sistem administrasi, sistem pengendalian, dan pedoman. Keselamatan pasien merupakan hasil dari interaksi komponen struktur dan proses (Donabedian, 1988 dalam Cahyono, 2008).

Layanan kesehatan yang diterima oleh pasien di rumah sakit merupakan layanan yang kompleks. Tenaga kesehatan dari berbagai disiplin ilmu, berbagai tes dan prosedur pengobatan, alat dan teknologi terlibat dalam pemberian layanan kesehatan bagi pasien. Kondisi ini berpotensi menyebabkan kejadian tidak diharapkan (KTD) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati (Depkes, 2008a).

KTD pada pasien dapat terjadi di rumah sakit manapun, bahkan rumah sakit dengan peralatan yang serba canggih. Laporan penelitian IOM pada tahun 2000 membuktikan hal tersebut. Penelitian yang dilakukan di rumah sakit Utah, Colorado dan New York didapatkan hasil: KTD rumah sakit di Utah dan Colorado sebesar 2,9% dengan 6,6% diantaranya meninggal, sementara di New York sebesar 3,7% dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta pada tahun 1997, di Colorado dan Utah berkisar 44.000 sementara di New York sekitar 98.000 per tahun (IOM, 2000). Penelitian yang dilakukan *The Quality in Australia Health Care Study* di 26 rumah sakit Australia, tercatat insiden KTD sebesar 16,6% dengan angka kematian 4,9% (Cahyono, 2008). WHO mempublikasikan angka penelitian rumah sakit di berbagai negara: Amerika, Inggris, Denmark dan Australia pada tahun 2004, dengan hasil ditemukan KTD dengan rentang 3,2–16,6% (Depkes, 2008a).

Laporan insiden keselamatan pasien berdasarkan propinsi di Indonesia pada tahun 2007 didapatkan hasil Provinsi DIY menempati urutan ketiga dengan insiden sebesar 13,8%. Insiden keselamatan berdasarkan bidang spesialisasi unit kerja ditemukan paling banyak di unit penyakit dalam, bedah dan anak yaitu sebesar 56,7% dibandingkan unit kerja yang lain. Kejadian nyaris cidera lebih banyak dilaporkan yaitu sebesar 47,6% dibandingkan kejadian tidak diharapkan sebesar 46,2% (KKP-RS, 2008).

Kesalahan dalam pemberian layanan kesehatan dapat disebabkan oleh berbagai hal. Kesalahan dalam proses pelayanan sebagian besar (85%) disebabkan petugas dan 15% karena masalah peralatan (Cahyono, 2008). Kesalahan pengobatan, kesenjangan komunikasi dan pengaruh faktor manusia juga menyebabkan terjadinya kesalahan dalam pemberian layanan kesehatan pada pasien (Foley, 2004).

Kesalahan yang disebabkan oleh faktor petugas berkaitan dengan keterbatasan petugas kesehatan sebagai manusia dalam hal kemampuan fisik dan mental. Kesalahan faktor manusia dapat terjadi karena masalah komunikasi, tekanan pekerjaan, tuntutan kecepatan dalam pelayanan, kesibukan, kelelahan, dan lingkungan kerja yang sering tidak menentu dan sering berubah. Sementara itu antara 51-58% KTD sebenarnya dapat dicegah (Cahyono, 2008).

Keselamatan pasien merupakan tanggung jawab semua pihak yang berkaitan dengan pemberian layanan kesehatan. Seluruh *stakeholder* memiliki tanggungjawab untuk memastikan tidak ada tindakan yang membahayakan bagi pasien. Masyarakat, pasien, dokter, tenaga perawat, tenaga kesehatan, peneliti, kalangan profesional, lembaga akreditasi rumah sakit dan pemerintah memiliki tanggung jawab bersama dalam upaya keselamatan pasien (Ballard, 2003).

Keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, berperan penting dalam meningkatkan mutu pelayanan yang memberikan jaminan terhadap upaya keselamatan pasien. Perawat memiliki peran yang besar dalam upaya menjamin keselamatan pasien (IOM, 2001). Komoditas utama dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah pelayanan keperawatan. Hal ini bukan berarti mengesampingkan pelayanan medis, namun mayoritas perawatan yang diperlukan oleh pasien adalah asuhan keperawatan (Ballard, 2002 dalam Ballard, 2003). Sehingga upaya keselamatan pasien tidak dapat lepas dari peran perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas.

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang memberikan asuhan keperawatan selama 24 jam kepada pasien, dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dan profesional. Mutu pelayanan keperawatan dipertahankan melalui berbagai standar yang ditetapkan dan dijalankan dalam setiap tindakan perawat. Jaminan terhadap mutu pelayanan keperawatan merupakan standar pertama kinerja profesional perawat. Perawat secara sistematis mengevaluasi kualitas dan efektivitas praktik keperawatan sehingga memberikan jaminan terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan (ANA, 2004; PPNI, 2010).

Perawat dalam bekerja memberikan asuhan perawatan pada pasien, selain harus memperhatikan keselamatan pasien juga harus memperhatikan keselamatan bagi dirinya sendiri. Foley (2004) menyatakan bahwa perawat merupakan petugas kesehatan yang paling banyak berinteraksi dengan pasien, dan memiliki risiko lebih tinggi terhadap bahaya keselamatan dibandingkan petugas kesehatan yang lainnya. Perawat bekerja dalam lingkungan pelayanan kesehatan yang kompleks (Elbright, 2004 dalam Myers et al, 2010), pelayanan cepat dan menggunakan teknologi yang tinggi (Sedlak, 2004).

Lingkungan pekerjaan perawat dapat menimbulkan risiko bagi kesehatan maupun kemungkinan terjadinya cedera (*injury*) pada perawat. Risiko tersebut dapat berasal dari paparan agen infeksius biologi, bahan kimia, lingkungan fisik maupun mekanik dan psikososial. Paparan agen infeksius dapat berasal dari penyakit pasien yang menular seperti *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) dan tuberkulosis (TBC), infeksi melalui darah seperti Hepatitis B, Hepatitis C dan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), serta risiko infeksi dari jarum suntik (*needlestick injury*). Paparan bahan kimia dapat berasal dari bahan sterilisasi, desinfektan maupun agen kemoterapi. Risiko mekanik dapat terjadi dalam proses mengangkat maupun memindahkan pasien karena prosedur yang tidak benar. Lingkungan fisik yang dapat menyebabkan trauma seperti panas maupun dingin, kebisingan dan paparan radiasi (Foley, 2004).

Keselamatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi dalam sistem kesehatan. Penelitian Henriksen, Kaye, dan Morisseau (1993 dalam Henriksen, Dayton, Keyes, Carayon, Hughes, 2008) menyatakan faktor yang berpengaruh meliputi faktor karakteristik individu petugas kesehatan, sifat dasar pekerjaan, lingkungan fisik, faktor penyatuan sistem dengan manusia (*human-system interfaces*), faktor organisasi atau lingkungan sosial, dan faktor manajemen. Faktor karakteristik individu petugas kesehatan meliputi keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman kerja. Faktor manajemen meliputi ketenagaan, struktur organisasi, penjadwalan, ketersediaan sumber daya, dan komitmen terhadap kualitas. Robbins (2003) menyatakan karakteristik individu

meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan, masa kerja, dan kemampuan intelektual. Penelitian Anugrahini (2010) didapatkan hasil terdapat hubungan yang bermakna antara faktor karakteristik individu yaitu usia, masa kerja, dan tingkat pendidikan terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien di RSAB Harapan Kita. Sementara status perkawinan tidak berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien di RSAB Harapan Kita.

Keselamatan sebagai bagian dari mutu pelayanan kesehatan juga dapat dilihat sebagai sebuah sistem yang terdiri dari struktur, proses dan hasil. Struktur meliputi infrastruktur fisik, organisasi (struktur dan budaya), manajemen, sumber daya manusia, penjadwalan dan ketersediaan peralatan. Komponen proses meliputi kepatuhan pada protokol, proses pelayanan, prosedur tindakan, pengendalian serta pedoman. Keselamatan pasien dan perawat merupakan hasil dari komponen struktur dan proses (Cahyono, 2008; Donabedian, 1980 dalam Runciman et al, 2010).

Organisasi yang meliputi struktur dan budaya akan menentukan keberhasilan upaya keselamatan baik bagi pasien maupun perawat. Kebijakan terhadap upaya keselamatan di rumah sakit perlu didukung dengan pembentukan struktur organisasi yang jelas sehingga dapat dilaksanakan secara optimal (Depkes, 2008a; Cahyono, 2008). Penelitian Anugrahini (2010) didapatkan hasil terdapat hubungan yang bermakna antara faktor organisasi (kepemimpinan dan struktur organisasi) terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien di RSAB Harapan Kita. Keselamatan adalah masalah kultur, kerja sama tim, kompetensi, keterbukaan dan kejujuran, komunikasi, ketaatan terhadap standar dan teknologi (Cahyono, 2008).

Budaya keselamatan dalam organisasi merupakan faktor yang penting. Powell (2004) menyatakan bahwa budaya keselamatan merupakan faktor yang dominan dalam keberhasilan upaya keselamatan. Budaya keselamatan merupakan kunci bagi terwujudnya pelayanan yang bermutu dan aman. Nilai dasar seperti

kedisiplinan, ketaatan terhadap standar, ketaatan terhadap prosedur dan protokol, bekerja dalam tim, kejujuran, keterbukaan, dan saling menghargai akan dijunjung tinggi (Cahyono, 2008). Kejadian kesalahan tidak akan disikapi dengan menyalahkan orang yang melakukan, akan tetapi menjadikannya sebagai pembelajaran untuk memperbaiki sehingga tidak terulang kesalahan yang sama.

Manajemen diperlukan dalam setiap organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Manajer baik tingkat atas (*top manager*) hingga tingkat bawah (*lower manager*) dituntut untuk memiliki kemampuan kepemimpinan (*leadership*) dan kemampuan menjalankan fungsi manajerial. Kepemimpinan suatu organisasi akan mempengaruhi setiap individu yang berada diorganisasi tersebut dalam mencapai tujuan. Pemimpin mempunyai tugas untuk membangun visi dan misi, mengkomunikasikan ide perubahan, menyusun strategi sehingga setiap komponen dalam organisasi akan bekerja dengan memperhatikan keselamatan (Cahyono, 2008). Kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil akan dapat membangun kesadaran akan nilai keselamatan (Depkes, 2008a).

Kepala ruang merupakan manajer keperawatan yang langsung berhubungan dengan kegiatan pelayanan kesehatan pada pasien. Kepala ruang sebagai *lower manager* dalam keperawatan harus mampu menjalankan fungsi manajemen sehingga tujuan organisasi dapat tercapai. Manajemen keperawatan merupakan rangkaian fungsi dan aktivitas yang secara simultan saling berhubungan dalam menyelesaikan pekerjaan melalui anggota staf keperawatan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan keperawatan yang berkualitas (Gillies, 1996; Marquis dan Huston, 2003). Kualitas pelayanan keperawatan dapat dilihat melalui pemberian asuhan keperawatan yang aman baik bagi pasien maupun perawat. Tujuan pelayanan keperawatan yang berkualitas dapat tercapai apabila manajer keperawatan mampu melaksanakan fungsi manajemen dengan baik.

Fungsi manajemen merupakan suatu siklus untuk mencapai tujuan yang ditetapkan oleh organisasi. Fungsi manajemen meliputi fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan, dan pengendalian (Gillies, 1996;

Marquis & Huston, 2003). Manajer keperawatan diharapkan menjalankan seluruh fungsi manajemen sehingga lingkungan dan kondisi kerja akan mendukung pelayanan keperawatan dalam mencapai keselamatan pasien dan perawat.

Lingkungan kerja yang kondusif akan mendukung pelaksanaan program keselamatan baik bagi pasien maupun perawat. Kesalahan dan pelanggaran tidak akan terjadi apabila kondisi lingkungan kerja mendukung kenyamanan dan keamanan bagi pasien dan petugas (Cahyono, 2008). Lingkungan kerja yang menyediakan teknologi pendukung, standarisasi setiap proses, peralatan, sarana dan prasara akan memungkinkan terciptanya jaminan keselamatan.

Fungsi manajemen yang pertama adalah fungsi perencanaan. Perencanaan merupakan tahap yang sangat penting dan menjadi prioritas diantara fungsi manajemen yang lain. Perencanaan yang tidak adekuat dapat menyebabkan proses manajemen mengalami kegagalan (Marquis & Huston, 2003). Perencanaan yang dijalankan oleh kepala ruang antara lain merencanakan tujuan, standar, prosedur, kebijakan maupun aturan yang berkaitan dengan keselamatan pasien dan perawat. Perencanaan ini sangat diperlukan karena menjadi acuan bagi perawat dalam bekerja.

Pengorganisasian dan pengaturan staf diperlukan untuk mendukung pelaksanaan tugas keperawatan sehingga meminimalkan stressor karena pekerjaan. Lingkungan kerja perawat yang penuh stressor dapat menyebabkan penyakit maupun cedera pada perawat (Trinkoff et al, 2007). Jam kerja perawat yang panjang dapat menimbulkan kelelahan, menurunkan produktivitas dan meningkatkan risiko terjadinya kesalahan yang dapat membahayakan pasien (Gottlieb, 2003). Penelitian Trinkoff (2006 dalam Trinkoff et al, 2007) didapatkan hasil jam kerja perawat yang panjang berhubungan dengan kejadian cedera muskuloskeletal dan cedera karena tertusuk jarum (*needlestick injury*). Jumlah perawat yang tidak adekuat dibandingkan dengan jumlah pasien dapat meningkatkan kejadian infeksi, perdarahan, kesalahan dalam pemberian obat

(Gottlieb, 2003). Penelitian Prawitasari (2009) didapatkan hasil terdapat hubungan antara beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien.

Fungsi pengarahan yang dilakukan oleh kepala ruang antara lain memberikan motivasi, membina komunikasi, menangani konflik, memfasilitasi kerjasama dan negosiasi (Marquis dan Huston, 2003). Pengarahan yang baik dapat menciptakan kerjasama yang efektif dan efisien antara staf. Pengarahan juga berfungsi untuk mengembangkan kemampuan dan keterampilan staf, menimbulkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan, mengusahakan suasana lingkungan kerja yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja sehingga menjamin keselamatan pasien dan perawat (Swansburg, 1993).

Evaluasi terhadap tindakan penerapan keselamatan pasien dan perawat dalam pemberian asuhan kepada pasien, diperlukan untuk menjamin hasil yang diharapkan yaitu keselamatan telah tercapai. Pengendalian diperlukan untuk mengatur kegiatan agar berjalan sesuai rencana, mencari jalan keluar atau pemecahan apabila terjadi hambatan pelaksanaan kegiatan. Pengendalian yang dikerjakan dengan baik dapat menjamin semua tujuan dari individu atau kelompok konsisten dengan tujuan jangka pendek maupun jangka panjang dari organisasi (Notoatmodjo, 2003).

RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta merupakan rumah sakit tipe A pendidikan, berfungsi sebagai rumah sakit rujukan di wilayah Provinsi D.I. Yogyakarta dan Jawa Tengah bagian selatan. RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta memiliki kapasitas 724 tempat tidur, tenaga keperawatan sebanyak 920 orang. Instalasi rawat inap (IRNA) di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta terdiri atas IRNA I sampai dengan IRNA V. IRNA I merupakan ruang rawat inap pasien dewasa kelas I-III, IRNA II merupakan ruang rawat inap pasien anak, IRNA III dan V merupakan ruang rawat inap pasien dewasa kelas VIP-VVIP, IRNA IV merupakan ruang rawat inap untuk pasien dengan penyakit jiwa. Tenaga keperawatan di seluruh IRNA berjumlah 489 orang, dengan latar belakang pendidikan mulai SPK hingga S1 Keperawatan. Distribusi tenaga keperawatan berdasar latar belakang pendidikan di IRNA adalah

sebagai berikut: 32 (6,5%) orang pendidikan SPK, 1 (0,2%) orang D I Kebidanan, 398 (81,3%) orang D III Keperawatan, 17 (3,4%) orang D III Kebidanan, 1 (0,2%) orang D IV Keperawatan, 40 (8,2%) orang S 1 Keperawatan, 1 (0,2%) orang S 1 Kesehatan.

Studi pendahuluan dilakukan pada bulan Februari 2011 menggunakan teknik wawancara dan studi dokumen. Wawancara dilakukan pada kepala bidang keperawatan, ketua tim keselamatan pasien dan manajemen risiko (Kepasmerak), kepala seksi pelayanan rawat inap, dan kepala ruang rawat inap. Studi dokumen dilakukan untuk mendapatkan data mengenai profil perawat, insiden keselamatan pasien, dan insiden keselamatan perawat.

Hasil yang didapatkan dalam studi pendahuluan adalah keselamatan pasien telah mendapatkan perhatian dan menjadi komitmen bersama di lingkungan rumah sakit. Deklarasi semua karyawan terhadap keselamatan pasien telah dilaksanakan tahun 2006, diikuti dengan upaya membentuk budaya keselamatan pasien. *Blaming culture* atau budaya menyalahkan terhadap petugas kesehatan yang melakukan kesalahan sudah tidak terjadi lagi, tanggungjawab terhadap insiden yang berkaitan dengan keselamatan pasien merupakan tanggungjawab institusional. RSUP Dr. Sardjito telah memiliki Tim Keselamatan pasien dan manajemen risiko (Kepasmerak) sejak tahun 2006, didukung oleh tim *infection control nurse (icn)* yang bertanggungjawab terhadap kegiatan pengontrolan infeksi nosokomial dalam pelayanan keperawatan.

Program keselamatan pasien mulai dari tingkat perencanaan hingga evaluasi dan pengawasan menjadi wewenang tim Kepasmerak. Pelayanan keperawatan bersifat mendukung kegiatan yang diprogramkan oleh tim Kepasmerak. Perencanaan program keselamatan pasien maupun keselamatan perawat di tingkat unit perawatan belum dilakukan oleh kepala ruang. Aturan yang berkaitan dengan penerapan keselamatan pasien maupun perawat juga belum ditetapkan. Perencanaan yang dilakukan oleh kepala ruang merupakan perencanaan tahunan yang menyangkut ketenagaan, logistik, dan pengembangan staf perawat.

RSUP Dr Sardjito telah mempunyai struktur organisasi yang mengatur mengenai tanggung jawab keselamatan pasien. Tim Kepasmerak dibentuk sejak tahun 2006, dan merupakan tim yang bertanggungjawab terhadap program keselamatan pasien. Tim ini melibatkan seluruh kepala instalasi yang berfungsi untuk menggerakkan unit-unit pelayanan dibawahnya dalam pelaksanaan kegiatan keselamatan pasien. Uraian tugas dalam tim telah dijabarkan secara jelas.

Pelaksanaan fungsi pengorganisasian di tingkat unit perawatan, kepala ruang belum menentukan staf yang terlibat dalam kegiatan keselamatan pasien maupun perawat. Tanggung jawab kepala ruang dalam kaitannya dengan keselamatan pasien adalah melaporkan setiap kejadian yang berkaitan dengan insiden keselamatan pasien dengan menyusun kronologis kejadian. Disamping hal tersebut kepala ruang juga terlibat langsung dalam penanganan masalah keselamatan kerja bagi staf. Kepala ruang wajib melaporkan setiap kejadian cedera yang menimpa staf dalam bekerja dan merujuk staf untuk mendapatkan penanganan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.

Kepala ruang menyatakan bahwa kegiatan pelatihan untuk mendukung program keselamatan telah dilaksanakan. Kegiatan pelatihan meliputi pelatihan keselamatan pasien, manajemen risiko, keselamatan kesehatan kerja, dan penanggulangan infeksi nosokomial yang diikuti oleh kepala ruang dan perawat pelaksana. Seluruh kepala ruang telah mengikuti semua kegiatan pelatihan tersebut, namun belum seluruh perawat pelaksana mengikuti semua kegiatan pelatihan tersebut. Sarana dan prasarana sesuai standar minimal yang diperlukan perawat untuk bekerja secara aman telah terpenuhi.

Insiden keselamatan pasien berdasar data tim Kepasmerak pada tahun 2006-2007 didapatkan jumlah laporan sebanyak 29 kejadian, yaitu 5 kejadian pada tahun 2006 dan 24 kejadian pada tahun 2007. Rerata umur pasien 40,7 tahun dengan umur terendah 6 tahun dan tertinggi 79 tahun. Lokasi kejadian pada pasien sebanyak 24 (82,8%) pasien rawat inap, 2 (6,9%) pasien rawat intensif dan 3 (10,3%) pasien rawat darurat. Jenis kejadian tidak dapat disampaikan. Data

insiden keselamatan pasien di RSUP Dr. Sardjito tahun 2008-2010 tidak penulis dapatkan.

Kejadian kecelakaan akibat tertusuk jarum (*needle stick injury*) menurut data tim icn sejak Januari 2006 – Maret 2011 sejumlah 28 kejadian. Lokasi kejadian di IRNA sejumlah 23 (82,1%) kejadian, 2 (7,1%) kejadian di instalasi rawat khusus, 1 (3,6%) kejadian di unit hemodialisa, 1 (3,6%) kejadian di IRD, dan 1 (3,6%) kejadian di PKMTR. Tenaga perawat merupakan petugas yang mengalami luka tusuk jarum paling banyak diantara seluruh kejadian tersebut yaitu 15 orang (53,7%) dibandingkan petugas yang lain. Lokasi kejadian luka tusuk jarum pada perawat paling banyak terjadi di ruang rawat inap yaitu 12 (80%) kejadian, sisanya di PICU, unit hemodialisa, dan IRD masing-masing 1 (6,7%) kejadian. Kejadian luka tusuk jarum di ruang rawat inap paling banyak terjadi di IRNA II yaitu 6 (50%) kejadian, selanjutnya di IRNA I sebanyak 5 (41,7%) kejadian, dan di IRNA V sebanyak 1 (8,3%) kejadian.

Penelitian Aini (2009) mengenai insidensi luka tusuk jarum, yang dilakukan pada 231 perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta bulan Agustus-Oktober 2008, didapatkan hasil sejumlah 43 perawat mengalami luka tusuk jarum. Kejadian luka tusuk jarum sebanyak 61 kejadian. Luka tusuk yang terjadi pada tahap persiapan tindakan sejumlah 31 (50,8%) kejadian, sedangkan pada saat/setelah tindakan pada pasien sejumlah 30 (49,2%) kejadian. Penggunaan sarung tangan pada saat kejadian sebanyak 39 (63,9%) kejadian, sementara sisanya 22 (36,1%) tidak mengenakan sarung tangan. Kejadian yang dilaporkan hanya 10 (16,4%) kejadian dari seluruh episode luka tusuk jarum. Hasil penelitian ini dapat mengindikasikan kesadaran perawat terhadap keselamatan dirinya masih kurang.

1.2. Rumusan Masalah

Tuntutan terhadap jaminan keselamatan seiring dengan tuntutan masyarakat terhadap mutu dan kualitas pelayanan kesehatan. Keselamatan merupakan langkah kritis pertama untuk memperbaiki kualitas pelayanan (Cahyono, 2008), berkaitan

dengan mutu dan citra rumah sakit (Depkes RI, 2008), dan merupakan komponen penting dan vital dalam asuhan keperawatan yang berkualitas (Ballard, 2003). Keselamatan harus mendapat perhatian yang serius dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Keselamatan ini tidak hanya menyangkut keselamatan pasien, namun juga keselamatan bagi petugas kesehatan.

Perawat sebagai petugas kesehatan yang paling banyak berinteraksi dengan pasien, memiliki risiko lebih tinggi terhadap bahaya keselamatan dibandingkan petugas kesehatan yang lainnya. Perawat bekerja dalam lingkungan pelayanan kesehatan yang kompleks, cepat dan menggunakan teknologi yang tinggi. Kondisi ini mengharuskan perawat untuk memperhatikan keselamatan dirinya saat bekerja sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang aman pula pada pasien (Elbright, 2004 dalam Myers et al, 2010, Foley, 2004; Sedlak, 2004).

Pelayanan kesehatan di rumah sakit meskipun sudah ditunjang dengan berbagai teknologi yang canggih serta sumber daya yang profesional tetap tidak terlepas dari kemungkinan terjadinya kesalahan baik bagi pasien maupun petugas kesehatan. Rumah sakit dengan kompleksitas layanan kesehatan yang diberikan berpotensi menyebabkan kejadian tidak diharapkan (KTD) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati. Hal ini karena banyak faktor yang berkontribusi terhadap keselamatan maupun risiko kesalahan pelayanan di rumah sakit.

Keselamatan sebagai bagian dari mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat sebagai sebuah sistem yang terdiri atas komponen struktur, proses dan hasil. Struktur meliputi infrastruktur fisik, organisasi (struktur dan budaya), manajemen, sumber daya manusia, penjadwalan dan ketersediaan peralatan. Komponen proses meliputi kepatuhan pada protokol, proses pelayanan, prosedur tindakan, pengendalian serta pedoman. Keselamatan pasien dan perawat merupakan hasil dari komponen struktur dan proses (Cahyono, 2008; Donabedian, 1980 dalam Runciman et al, 2010).

Keselamatan juga dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi dalam sistem kesehatan. Faktor yang mempengaruhi meliputi faktor karakteristik individu petugas kesehatan, sifat dasar pekerjaan, lingkungan fisik, faktor penyatuan sistem dengan manusia (*human-system interfaces*), faktor organisasi atau lingkungan sosial, dan faktor manajemen. Faktor karakteristik individu petugas kesehatan meliputi keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman kerja. Faktor manajemen meliputi ketenagaan, struktur organisasi, penjadwalan, ketersediaan sumber daya, dan komitmen terhadap kualitas (Henriksen, Kaye & Morisseau, 1993 dalam Henriksen, Dayton, Keyes, Carayon, Hughes, 2008). Sementara itu Robbins (2003) menyatakan karakteristik individu meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan, masa kerja, dan kemampuan intelektual.

Manajemen diperlukan dalam setiap organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Manajemen keperawatan bertujuan untuk mencapai pelayanan keperawatan yang berkualitas. Kualitas pelayanan keperawatan dapat dilihat melalui pemberian asuhan keperawatan yang aman baik bagi pasien maupun perawat. Tujuan pelayanan keperawatan yang berkualitas dapat tercapai apabila manager keperawatan baik tingkat atas (*top manager*) hingga tingkat bawah (*lower manager*) mampu menjalankan fungsi manajemen dengan baik. Kepala ruang merupakan manajer keperawatan yang langsung berhubungan dengan kegiatan pelayanan kesehatan pada pasien. Kepala ruang sebagai *lower manager* harus mampu menjalankan fungsi manajemen meliputi fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan, dan pengendalian sehingga tujuan pelayanan keperawatan yang berkualitas dan aman dapat tercapai (Gillies, 1996; Marquis & Huston, 2003).

Program keselamatan pasien di RSUP Dr. Sardjito mulai dari tingkat perencanaan hingga evaluasi dan pengawasan menjadi wewenang tim Kepasmerak. Pelayanan keperawatan senantiasa mendukung program yang dijalankan oleh tim Kepasmerak. Kepala ruang belum memiliki perencanaan yang khusus mengenai keselamatan pasien maupun perawat. Tanggung jawab kepala ruang dalam kaitannya dengan keselamatan adalah melaporkan setiap kejadian yang berkaitan

dengan insiden keselamatan pasien dan keselamatan petugas, antara lain kejadian cedera yang menimpa perawat.

Insiden keselamatan pasien di RSUP Dr. Sardjito berdasar data tim Kepasmerak pada tahun 2006-2007 didapatkan jumlah laporan sebanyak 29 kejadian, rerata umur pasien 40,7 tahun dengan umur terendah 6 tahun dan tertinggi 79 tahun. Lokasi kejadian pada pasien sebanyak 24 (82,8%) pasien rawat inap, 2 (6,9%) pasien rawat intensif dan 3 (10,3%) pasien rawat darurat. Sementara itu kejadian kecelakaan akibat tertusuk jarum (*needle stick injury*) pada petugas, menurut data tim *infection control nurse* (icn) sejak tahun 2006–2011 sejumlah 28 kejadian. Tenaga perawat merupakan petugas yang mengalami luka tusuk jarum paling banyak dibandingkan petugas yang lain yaitu sebanyak 15 (53,7%) kejadian. Lokasi kejadian luka tusuk jarum pada perawat paling banyak terjadi di ruang rawat inap yaitu 12 (80%) kejadian. Kejadian luka tusuk jarum di ruang rawat inap paling banyak terjadi di IRNA II yaitu 6 (50%) kejadian, selanjutnya di IRNA I sebanyak 5 (41,7%) kejadian, dan di IRNA V sebanyak 1 (8,3%) kejadian.

Latar belakang melandasi masalah penelitian ini yaitu belum diketahui hubungan antara fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien dan perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Hal ini yang menjadi fokus penelitian ini.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengidentifikasi hubungan fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien dan perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

1.3.2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah teridentifikasinya:

- 1.3.2.1. Gambaran penerapan keselamatan pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- 1.3.2.2. Gambaran penerapan keselamatan perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- 1.3.2.3. Gambaran fungsi manajemen kepala ruang di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- 1.3.2.4. Gambaran karakteristik perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- 1.3.2.5. Hubungan fungsi manajemen kepala ruang yang terdiri atas fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan dan pengendalian dengan penerapan keselamatan pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- 1.3.2.6. Hubungan karakteristik perawat yang terdiri atas usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan dengan penerapan keselamatan pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- 1.3.2.7. Hubungan fungsi manajemen kepala ruang yang terdiri atas fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan dan pengendalian dengan penerapan keselamatan perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- 1.3.2.8. Hubungan karakteristik perawat yang terdiri atas usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan dengan penerapan keselamatan perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- 1.3.2.9. Faktor fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat yang paling berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- 1.3.2.10. Faktor fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat yang paling berpengaruh terhadap penerapan keselamatan perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Rumah sakit

Hasil penelitian ini memberi gambaran kepada pihak manajemen rumah sakit mengenai persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan fungsi manajemen kepala ruang dalam kaitannya dengan keselamatan pasien dan perawat, serta gambaran mengenai penerapan keselamatan pasien dan perawat yang dilakukan oleh perawat pelaksana. Hasil penelitian menunjukkan pentingnya meningkatkan fungsi pengarah dan pengendalian kepala ruang sehingga keselamatan pasien dan perawat dapat diterapkan dengan baik oleh seluruh perawat pelaksana.

1.4.2. Pelayanan keperawatan

Penelitian ini memberikan gambaran penerapan keselamatan pasien dan perawat berdasar penilaian perawat sendiri. Hasil penelitian menunjukkan penerapan keselamatan pasien dan perawat perlu mendapat perhatian yang serius karena belum seluruh perawat menerapkan dua hal ini dengan baik. Perlu disusun aturan tertulis mengenai penerapan keselamatan perawat sehingga meningkatkan kewaspadaan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

1.4.3. Perkembangan riset keperawatan

Penelitian ini memberi kontribusi dalam menambah wawasan dan sumber referensi yang dapat digunakan oleh peneliti lain. Hasil penelitian dapat menjadi dasar untuk mengembangkan penelitian tentang keselamatan pasien dan perawat.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka ini menguraikan tentang keselamatan, keselamatan pasien, keselamatan perawat dan manajemen keperawatan. Keselamatan mencakup konsep keselamatan, peran perawat dan faktor yang mempengaruhi. Keselamatan pasien meliputi pengertian, tujuan, standar, langkah menuju keselamatan pasien, sembilan solusi keselamatan pasien, pendekatan, dan faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien. Keselamatan perawat menguraikan risiko dalam pekerjaan perawat yang mempengaruhi keselamatan perawat. Sementara manajemen keperawatan menguraikan tentang fungsi-fungsi dalam manajemen keperawatan.

2.1. Keselamatan

2.1.1. Konsep keselamatan

Keselamatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan keselamatan berada pada urutan kedua dalam hirarki Maslow setelah kebutuhan fisiologis. Keselamatan berarti bebas dari bahaya, cedera dan perasaan takut baik secara fisik maupun psikologis serta memungkinkan setiap orang untuk merasa aman dalam melakukan aktivitasnya (Craven & Hirnle, 2003; Potter & Perry, 2005; Rosdahl, 1999).

Keselamatan meliputi seluruh aspek dalam kehidupan sehari-hari. Persepsi seseorang tentang bahaya mempengaruhi sikap dan perilaku terhadap keselamatan. Seseorang akan menjalankan upaya untuk mencapai keselamatan apabila memahami adanya bahaya. Kesadaran akan adanya bahaya di lingkungannya akan mendorong tindakan untuk mencegah bahaya dan melaksanakan upaya mencapai keselamatan (Craven & Hirnley, 2003).

Rumah sakit sebagai institusi penyelenggara pelayanan kesehatan harus memperhatikan aspek keselamatan. Pemenuhan keselamatan ditujukan baik bagi pasien maupun petugas kesehatan, salah satunya adalah perawat yang

memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Keselamatan merupakan komponen vital dari pelayanan kesehatan dan berkaitan dengan mutu serta citra rumah sakit (Depkes, 2008a).

2.1.2. Peran perawat dalam keselamatan

Perawat perlu memperhatikan upaya untuk mencegah risiko bahaya maupun cedera dalam pemberian asuhan keperawatan. Lingkungan pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan lingkungan yang kompleks. Pasien dengan berbagai jenis penyakit, petugas kesehatan, prosedur, tindakan, bahan kimia, peralatan, dan teknologi saling berinteraksi dalam pemberian layanan kesehatan pada pasien. Hal ini dapat menimbulkan risiko bagi keselamatan pasien maupun petugas (Cahyono, 2008).

Perawat melaksanakan asuhan keperawatan harus memperhatikan keselamatan pasien dan dirinya sendiri. Keselamatan memungkinkan setiap orang untuk merasa aman melakukan aktivitasnya. Keselamatan akan menurunkan stress dan meningkatkan kesehatan sehingga memungkinkan seseorang untuk mencapai kebutuhan yang lebih tinggi tingkatannya seperti kebutuhan kasih sayang, penghargaan diri dan aktualisasi diri. Pemenuhan kebutuhan keselamatan memberikan efek positif bagi kesehatan jiwa dan meningkatkan efektifitas dalam bekerja (Craven & Hirnle, 2003).

Pemenuhan keselamatan antara lain ditujukan untuk menciptakan lingkungan yang aman. Upaya penanggulangan kejadian cedera didasarkan pada asumsi bahwa kondisi manusia tidak bisa diubah, akan tetapi kondisi lingkungan dapat diubah untuk menciptakan keselamatan (Reason, 2000). Perawat memiliki peran penting dalam menciptakan lingkungan yang mendukung keselamatan. Menurut Dugas, Esson dan Ronaldson (1999) peran perawat meliputi: (1) membantu mendeteksi dampak lingkungan terhadap kesehatan manusia dan sebaliknya, (2) meningkatkan pengetahuan dan menerapkannya dalam pekerjaan sehari-hari dengan individu, keluarga dan kelompok masyarakat tentang potensi bahan kimia berbahaya, masalah limbah radioaktif, risiko bahaya yang terkait dengan riwayat

kesehatan yang lalu dan cara untuk mencegah, (3) mengajarkan langkah-langkah pencegahan terhadap risiko kesehatan karena faktor lingkungan terhadap individu, keluarga dan kelompok masyarakat, (4) bekerjasama dengan otoritas kesehatan untuk menekankan pentingnya masalah kesehatan dan risiko kesehatan di permukiman manusia, (5) membantu masyarakat mengambil tindakan terhadap masalah kesehatan lingkungan, (6) berpartisipasi dalam penelitian sehingga dapat digunakan untuk upaya peringatan dini dan pencegahan terhadap dampak merugikan dari berbagai agen lingkungan, dan (7) berpartisipasi dalam penelitian sehingga dapat menemukan cara dalam meningkatkan kondisi lingkungan kerja.

2.1.3. Faktor yang mempengaruhi keselamatan

Faktor yang mempengaruhi keselamatan (Craven & Hirlne, 2003; Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2004; Potter & Perry, 2005) meliputi:

2.1.3.1. Umur dan tingkat perkembangan

Seseorang akan belajar untuk menjaga diri terhadap kemungkinan bahaya melalui proses belajar dan pengalaman yang didapat dalam lingkungan. Kemampuan untuk mengenali dan mencegah bahaya seiring dengan penambahan usia dan tingkat perkembangannya.

2.1.3.2. Status kesehatan dan kemampuan mobilitas

Status kesehatan dan mobilitas mempengaruhi kemampuan seseorang dalam mencegah risiko bahaya. Pasien yang mengalami paralisis, kelemahan otot, dan gangguan keseimbangan atau koordinasi lebih berisiko untuk mengalami cedera. Misalnya pasien dengan kelumpuhan tidak akan mampu untuk bergerak meskipun merasa tidak nyaman.

2.1.3.3. Faktor fisiologis

Sistem fisiologis tubuh manusia secara normal akan bekerja untuk mencegah atau meminimalkan terjadinya cedera. Misalnya sensasi rasa sakit memberikan umpan balik penting bahwa suatu tindakan atau situasi berbahaya, suara keras akan menimbulkan respon terkejut dan meningkatkan kewaspadaan. Gangguan pada

fungsi sistem tubuh manusia dapat mempengaruhi kemampuan tubuh untuk mempertahankan keselamatan.

2.1.3.4. Kesadaran kognitif

Kesadaran merupakan kemampuan untuk mengenali stimulus lingkungan dan reaksi tubuh serta memberikan reaksi dan tindakan yang tepat. Kesadaran kognitif dapat mengalami gangguan pada pasien dengan ketidakadekuatan tidur, penurunan status kesadaran, kebingungan, disorientasi, pasien dengan persepsi stimulus yang tidak nyata (halusinasi), dan pasien yang mendapat terapi obat yang dapat mempengaruhi kesadaran kognitif seperti narkose, sedatif dan lainnya.

2.1.3.5. Status emosi

Status emosi dapat mempengaruhi kemampuan mengenali bahaya lingkungan. Kondisi lingkungan yang penuh stressor dapat menurunkan konsentrasi, menyebabkan kesalahan dalam penilaian, dan menurunkan kewaspadaan terhadap stimulus dari luar. Seseorang yang mengalami depresi akan berpikir dan bereaksi lebih lambat terhadap stimulus lingkungan.

2.1.3.6. Kemampuan komunikasi

Seseorang dengan gangguan kemampuan menerima dan memberi informasi dapat berisiko mengalami cedera, misalnya orang dengan aphasia, gangguan bicara, tidak mampu membaca.

2.1.3.7. Toleransi dan adaptasi stress

Faktor kecemasan dan depresi menurunkan kemampuan seseorang dalam mengenali adanya bahaya dan mengikuti petunjuk keselamatan. Misalnya, pasien yang mengalami kecemasan terhadap rencana operasi dapat mengalami kesulitan dalam memahami informasi mengenai perawatan post operasi maupun perawatan di rumah sehingga bisa mengalami komplikasi setelah operasi. Mekanisme koping seseorang terhadap stress berhubungan dengan kemampuannya untuk mencapai keselamatan. Faktor kepribadian mungkin berperan dalam kemampuan bereaksi terhadap bahaya.

2.1.3.8. Faktor lingkungan

Lingkungan mencakup semua faktor fisik dan psikososial yang mempengaruhi kehidupan. Temperatur, pencahayaan, kelembaban, pencahayaan, bau, dan kebisingan merupakan faktor lingkungan yang perlu diatur sehingga mendukung keselamatan. Keamanan yang ada pada lingkungan akan memberikan pengaruh pada setiap orang yang berada di dalamnya.

Lingkungan yang aman akan berpengaruh terhadap keselamatan pasien dan staf. Pengaruh lingkungan aman pada pasien yaitu mengurangi insiden terjadinya penyakit atau cedera, memperpendek lama tindakan atau hospitalisasi, meningkatkan atau mempertahankan status fungsi kesehatan, dan meningkatkan kesejahteraan. Sementara itu pengaruh pada staf yaitu memberikan perlindungan dan memungkinkan untuk berfungsi secara optimal. Pemenuhan terhadap lingkungan rumah sakit yang aman berarti memenuhi salah satu kebutuhan dasar, bahaya fisik akan berkurang, penyebaran organisme patogen berkurang, sanitasi dapat dipertahankan, dan polusi dapat dikontrol.

Lingkungan rumah sakit merupakan lingkungan dengan berbagai macam risiko bahaya. Risiko jatuh, terbakar, dan keracunan terjadi karena adanya masalah peralatan, kesalahan prosedur, dan kelemahan kondisi pasien. Pasien juga terpapar dengan mikroorganisme patogen di lingkungan rumah sakit. Pasien berisiko terkena infeksi nosokomial (inos) terutama jika kondisi pasien mengalami kelemahan, stress, ketidakadekuatan status nutrisi, penurunan tingkat kekebalan tubuh. Inos dapat terjadi jika fasilitas maupun petugas kesehatan tidak memenuhi standar keamanan dan kewaspadaan umum.

Rumah sakit harus mengembangkan kebijakan, standar dan prosedur dalam hal pengoperasian peralatan dan perawatan pasien sehingga meminimalkan risiko bahaya. Fasilitas perlu ditinjau secara teratur sehingga menjamin keselamatan bagi pasien dan staf. Setiap staf perawat harus melindungi dirinya dan pasien dengan menggunakan alat perlindungan diri pada saat melaksanakan tindakan

pada pasien, misalnya menggunakan sarung tangan sekali pakai, masker, maupun *gown* dan melaksanakan tindakan sesuai dengan standar operasional prosedur.

Perawat harus menyadari pentingnya keselamatan bagi dirinya sendiri dalam bekerja. Perawat berisiko mengalami pajanan terhadap patogen melalui produk darah pasien jika terjadi cedera tertusuk jarum (*needlestick injury*), cedera tulang belakang yang disebabkan oleh mengangkat/memindahkan pasien yang melebihi kemampuan badannya, pajanan terhadap obat kemoterapi maupun risiko bahaya kekerasan. Perawat perlu melakukan tindakan pencegahan terhadap risiko terjadinya cedera misalnya menggunakan jarum suntik secara aman, alat bantu untuk mengangkat pasien, perlengkapan perlindungan diri dan melaksanakan prosedur tindakan dengan benar. Pencegahan terjadinya tindakan kekerasan dilakukan dengan penggunaan alarm keamanan, peningkatan petugas keamanan, pencahayaan yang adekuat dan penambahan jumlah personil staf.

2.2. Keselamatan Pasien

2.2.1. Pengertian keselamatan pasien

Keselamatan pasien merupakan hal penting dalam pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan harus dapat memberikan jaminan terhadap keselamatan pasien dalam setiap pelayanan yang diberikan. Keselamatan merupakan komponen yang paling dasar, vital dan utama dari kualitas pelayanan kesehatan dan keperawatan (Ballard, 2003; Drosler et al, 2009; ICN, 2002). Keselamatan pasien rumah sakit merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman (Depkes, 2008a), yaitu bebas dari cedera, meminimalkan kemungkinan kesalahan/risiko bahaya dan memaksimalkan kemungkinan mencegah terjadinya kesalahan/insiden (IOM, 2000; Runciman, 2010).

Rumah sakit perlu melakukan beberapa rangkaian tindakan untuk mencapai asuhan pasien yang aman. Tindakan tersebut merupakan satu sistem yang mencakup pengkajian terhadap risiko, identifikasi dan pengelolaan semua hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi

untuk meminimalkan timbulnya risiko (Depkes, 2008a; National Patient Safety Agency (NPSA), 2004). Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Depkes, 2008a; IOM, 2000).

Rumah sakit sebagai organisasi yang padat karya melibatkan banyak unsur baik tenaga maupun teknologi kesehatan dalam memberikan pelayanan pada pasien, sehingga pelayanan yang diberikan bersifat kompleks. Kompleksitas pelayanan ini berpotensi terjadi kesalahan apabila tidak dilakukan dengan baik (Depkes, 2008a). Kesalahan (*error*) adalah kegagalan menyelesaikan tindakan yang sudah direncanakan atau penggunaan rencana yang salah untuk mencapai tujuan yang ditetapkan (IOM, 2000; Page, 2004). Kesalahan dapat terjadi karena melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). Kesalahan dapat menyebabkan kejadian tidak diharapkan (KTD/*adverse event*), kejadian sentinel, dan kejadian nyaris cedera (KNC/*near miss*) (Aspden, Corrigan, Wolcot & Erickson, 2004).

Kejadian tidak diharapkan merupakan suatu kejadian yang tidak diharapkan dan menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien (Depkes, 2008a; ICN, 2002; IOM, 2000). Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius (Depkes, 2008a; Donaldson, 2008). Sedangkan kejadian nyaris cedera adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi karena faktor keberuntungan, pencegahan atau peringanan (Depkes, 2008a; Depkes, 2008b; Hughes, 2008).

2.2.2. Tujuan keselamatan pasien

Kualitas pelayanan kesehatan tidak dapat lepas dari keselamatan pasien. Pengembangan sistem keselamatan pasien akan meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan pada pasien. Tujuan pengembangan keselamatan pasien di rumah

sakit adalah: (1) pasien aman yaitu terhindar dari cedera, (2) pelayanan efektif dengan memberikan pelayanan berdasar bukti ilmiah (*evidence-based*) terhadap terapi yang perlu atau tidak perlu diberikan ke pasien, (3) pelayanan berpusat pada pasien dengan memberikan perawatan dan keputusan klinis yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai-nilai pasien, (4) mengurangi waktu tunggu pasien dalam menerima pelayanan, (5) efisien dalam menggunakan sumber daya yang ada, dan (6) adil yaitu memberikan perawatan yang tidak berbeda (IOM, 2001; Khushf, Raymond, & Beaman, 2008). Sedangkan tujuan keselamatan pasien yang ditetapkan oleh Depkes (2008a) adalah: (1) terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, (2) meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, (3) menurunnya kejadian tidak diharapkan di rumah sakit, dan (4) terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

2.2.3. Standar keselamatan pasien

Departemen Kesehatan RI menyusun standar keselamatan pasien yang digunakan sebagai acuan bagi seluruh rumah sakit di Indonesia dalam melaksanakan kegiatan keselamatan pasien. Standar keselamatan ini mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations USA* pada tahun 2002, dan disesuaikan dengan situasi kondisi rumah sakit di Indonesia.

Standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar (Depkes, 2008a), meliputi: (1) hak pasien yaitu menjamin hak pasien dan keluarga untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan, (2) mendidik pasien dan keluarga tentang kewajiban dan tanggungjawab pasien dalam asuhan pasien, (3) keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan dengan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan. Standar keempat adalah menggunakan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Standar kelima, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien. Standar keenam, rumah sakit mendidik staf tentang keselamatan pasien, dan standar ketujuh adalah meningkatkan komunikasi bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien dengan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien di rumah sakit.

2.2.4. Langkah menuju keselamatan pasien

Kesalahan yang terjadi pada pasien dapat menimbulkan dampak yang luas tidak hanya bagi pasien dan keluarga namun juga bagi petugas kesehatan yang melakukan dan institusi rumah sakit. Pasien dapat mengalami kerugian fisik maupun efek emosional. Petugas kesehatan mengalami stress terhadap kesalahan yang dilakukan, dan menurunkan kepuasan, sementara rumah sakit dapat menghadapi tuntutan hukum (NPSA, 2004).

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan harus mampu melaksanakan tindakan yang menjamin keselamatan pasien. Tindakan dilaksanakan dengan cara merancang atau memperbaiki proses, memonitor, mengevaluasi dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja dalam mencapai keselamatan pasien (Depkes, 2008a). Selain itu juga perlu adanya penekanan dalam sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit yang meliputi: (1) mencegah tindakan yang membahayakan pasien, (2) belajar dari kesalahan yang terjadi, dan (3) membangun budaya keselamatan yang melibatkan para profesional perawatan kesehatan, organisasi, dan pasien (IOM, 2000).

Langkah yang dapat ditempuh dalam menerapkan program keselamatan pasien (Cahyono, 2008; Depkes, 2008a; NPSA, 2004) adalah:

2.2.4.1. Membangun budaya keselamatan pasien

Langkah pertama dalam menerapkan program keselamatan pasien adalah membangun budaya keselamatan pasien dalam organisasi rumah sakit. Hal ini mengingat budaya organisasi merupakan sistem nilai-nilai, keyakinan, dan kebiasaan bersama dalam organisasi yang berinteraksi dengan struktur formal untuk menghasilkan norma perilaku. Budaya yang harus dibangun untuk

mendukung pelaksanaan keselamatan pasien adalah budaya yang terbuka dan adil. Nilai dan keyakinan yang harus dibangun meliputi: (1) melaporkan dan membahas kesalahan (KTD) tanpa bersikap menyalahkan, (2) bekerja secara tim, (3) melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan, (4) memandang suatu kesalahan dalam kerangka sistem, dan (5) berani mengungkapkan kesalahan yang terjadi.

2.2.4.2. Pimpinan dan dukungan terhadap staf

Pemimpin adalah pemegang kunci perubahan. Pemimpin memiliki tanggung jawab dalam memimpin dan menggerakkan seluruh komponen organisasi menuju perubahan. Trevor dalam Cahyono (2008) menyatakan suatu perubahan memerlukan kepemimpinan, komitmen pimpinan, visi yang kuat, kemampuan mengkomunikasikan visi dan kemampuan membentuk dan melatih agen perubahan.

Program keselamatan pasien dapat berjalan dengan baik apabila pemimpin memiliki visi, misi dan kebijakan yang jelas mengenai keselamatan pasien. Pimpinan rumah sakit harus dapat membangun komitmen, fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit. Disamping itu, pimpinan rumah sakit juga harus mampu menjadikan keselamatan pasien sebagai perhatian utama dalam pemberian pelayanan kesehatan pada pasien.

Komunikasi dan umpan balik antara pimpinan dengan seluruh staf mengenai keselamatan pasien harus berjalan dengan baik, sehingga setiap staf dapat memahami pentingnya kontribusi setiap orang dalam organisasi rumah sakit untuk mewujudkan pelayanan yang aman. Pimpinan rumah sakit juga harus mampu menciptakan budaya yang tidak menyalahkan terhadap suatu kejadian kesalahan, sehingga setiap staf merasa aman untuk melaporkan setiap kejadian kesalahan yang terjadi dan mampu belajar dari insiden yang ada.

2.2.4.3. Integrasi aktivitas manajemen risiko

Langkah ketiga ini ditempuh dengan cara mengembangkan sistem dan proses untuk mengelola risiko, mengidentifikasi dan menilai hal-hal yang berpotensi menyebabkan terjadinya kesalahan. Manajemen risiko klinis (MRK) merupakan upaya manajerial untuk melakukan identifikasi kesalahan yang terjadi selama asuhan pasien, mencari penyebab, dan mempelajari serta menjamin tindakan yang bertujuan untuk mencegah kejadian terulang kembali. Tujuan MRK adalah mengurangi terjadinya KTD dan KNC pada pasien serta mengurangi kemungkinan klaim dan mengendalikan biaya klaim yang harus menjadi beban rumah sakit. Kegiatan ini dilakukan melalui proses identifikasi, penilaian, analisis dan pengelolaan semua risiko yang berpotensi menimbulkan kerugian.

2.2.4.4. Membangun sistem pelaporan

Sistem pelaporan merupakan bagian yang penting dalam upaya membangun keselamatan pasien. Sistem ini memungkinkan staf atau petugas kesehatan dapat dengan mudah melaporkan insiden yang terjadi. Sistem pelaporan yang ideal adalah tidak menghukum, menjaga kerahasiaan, tepat waktu, dianalisis oleh ahli dan berorientasi pada sistem. Hasil laporan dapat dimanfaatkan sebagai pembelajaran, menentukan skala prioritas pemecahan masalah, serta monitoring, dan evaluasi kegagalan atau keberhasilan penerapan program.

2.2.4.5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Petugas kesehatan harus selalu berkomunikasi dan melibatkan pasien dalam setiap proses perawatan kesehatan. Komunikasi dan keterlibatan pasien dengan petugas kesehatan akan mendukung upaya perawatan pasien. Pasien memiliki peran penting dalam membantu petugas kesehatan untuk menentukan diagnosis yang tepat dengan memberikan informasi yang jelas dan nyata. Selain itu pasien juga berperan dalam memutuskan perawatan yang tepat, memastikan perawatan dan pengobatan telah dikelola dan dilaksanakan dengan baik oleh petugas kesehatan, mengidentifikasi kejadian tidak diharapkan dan mengambil tindakan yang sesuai (Vincent & Coulter dalam NPSA, 2004).

2.2.4.6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

Program keselamatan pasien di rumah sakit dapat berhasil apabila kejadian kesalahan tidak hanya dipandang sebagai suatu kesalahan individu namun dilihat dalam sebuah kerangka sistem. Penelusuran terhadap kejadian kesalahan tidak berhenti pada pelaku kesalahan akan tetapi mencari akar masalah kesalahan yaitu mengapa dan bagaimana kesalahan dapat terjadi. Staf di rumah sakit didorong untuk melakukan analisis akar masalah terhadap kejadian kesalahan dan selalu belajar serta berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Analisis akar masalah ini merupakan investigasi terstruktur yang bertujuan untuk melakukan identifikasi penyebab masalah dasar dan menentukan tindakan agar kejadian yang sama tidak terulang kembali.

2.2.4.7. Implementasi solusi untuk mencegah kerugian

Langkah yang dapat ditempuh agar program keselamatan pasien dapat optimal adalah mengembangkan sistem untuk mencegah dan mengurangi kerugian. Tiga prinsip dalam merancang dan mengembangkan sistem meliputi: 1) setiap kesalahan yang terjadi harus dapat dilihat; 2) sistem harus mampu mengurangi efek kesalahan; dan 3) mencegah terjadinya kesalahan. Hal ini dapat dilakukan dengan melaksanakan standarisasi prosedur, akreditasi, regulasi terhadap staf medis maupun paramedis, penggunaan teknologi, mengembangkan sistem pelaporan, dan merancang lingkungan kerja yang kondusif.

2.2.5. Sembilan solusi keselamatan pasien

Petugas kesehatan baik dokter maupun perawat memberikan pelayanan kesehatan pada pasien dengan memperhatikan aspek keselamatan pasien. Setiap pasien memiliki hak untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang aman. Meskipun demikian, pelayanan kesehatan yang diberikan di rumah sakit tidak dapat lepas dari kemungkinan untuk terjadi kesalahan yang dapat menimbulkan risiko cedera pada pasien.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan sistem pelayanan yang bersifat kompleks. Jenis pelayanan yang diberikan di rumah sakit juga sangat beragam, mulai dari rawat jalan, gawat darurat, rawat inap, radiologi, hemodialisis, kamar operasi, perawatan intensif dan lain sebagainya. Pelayanan ini melibatkan berbagai macam tenaga kesehatan baik secara individu maupun tim, komunikasi, prosedur, peraturan, kebijakan, teknologi, dan sumber daya lainnya. Interaksi berbagai macam faktor ini memungkinkan munculnya risiko terjadi kesalahan maupun cedera (Hughes, 2008). Kesalahan atau cedera yang terjadi pada pasien bukan disebabkan oleh kinerja yang buruk dari dokter, perawat atau petugas kesehatan yang lain, akan tetapi sebagian besar disebabkan oleh interaksi berbagai macam faktor dalam sistem pemberian layanan kesehatan (IOM, 2000).

Program keselamatan pasien bertujuan untuk mencegah terjadinya cedera pada pasien yang disebabkan oleh interaksi berbagai faktor dalam pelayanan kesehatan. *WHO Collaborating Centre For Patient Safety* dengan *Joint Commission International* pada tahun 2007 menerbitkan panduan “*Nine Life Saving Patient Safety Solution*” atau sembilan solusi keselamatan pasien rumah sakit. Panduan ini merupakan desain sistem atau intervensi untuk mencegah dan mengurangi risiko cedera pasien yang berasal dari proses perawatan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien. Solusi keselamatan pasien meliputi: (1) memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip, (2) memastikan identifikasi pasien, (3) komunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan pasien, (4) memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar, (5) mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*), (6) memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan, (7) menghindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*), (8) menggunakan alat injeksi sekali pakai, dan (9) meningkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial (*WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*, 2007; Depkes 2008a; KKPRS, 2007).

2.2.5.1. Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip.

Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM) dapat membingungkan petugas kesehatan yang terlibat dalam pemberian obat seperti perawat atau apoteker. NORUM ini merupakan salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (*medication error*). Roy, Gupta, dan Srivastava (2005) menyatakan bahwa nama obat yang mirip menjadi faktor penyebab dalam kejadian kesalahan pengobatan sebesar 29%. Solusi NORUM menekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan risiko dan memastikan terbacanya resep, label, atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dulu, maupun pembuatan resep secara elektronik.

2.2.5.2. Memastikan identifikasi pasien.

Kegagalan dalam melakukan identifikasi terhadap pasien secara benar dapat menyebabkan terjadinya kesalahan dalam pemberian pengobatan, tranfusi, pemeriksaan, maupun pelaksanaan prosedur pada orang yang salah. Penelitian Sazama (1990, dalam Cahyono, 2008) didapatkan hasil bahwa dari 355 pasien yang meninggal akibat reaksi tranfusi berat, 49% diantaranya disebabkan karena kesalahan dalam identifikasi pasien. Solusi menekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien dengan melibatkan pasien dalam proses identifikasi, standarisasi dalam metode identifikasi di semua sistem layanan kesehatan rumah sakit, dan penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

2.2.5.3. Komunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan pasien.

Petugas kesehatan harus mampu melakukan komunikasi dengan benar. Komunikasi memiliki peran penting dalam interaksi antar petugas kesehatan dalam pemberian asuhan kesehatan pada pasien. Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima/pengoperan pasien yang terjadi baik dalam satu tim pelayanan, antar tim pelayanan maupun antar unit pelayanan dapat mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial mengakibatkan cedera terhadap pasien.

Informasi yang tidak akurat dalam proses alih informasi antar petugas kesehatan dapat menimbulkan kesalahan. AHRQ melaporkan akar masalah KTD sebesar 65% disebabkan oleh masalah komunikasi (AHRQ, 2003 dalam Cahyono, 2008). Rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protokol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis; memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima, dan melibatkan para pasien serta keluarga dalam proses serah terima.

2.2.5.4. Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar.

Petugas kesehatan harus memastikan tindakan yang benar dilakukan pada sisi tubuh yang benar pada pasien. Penyimpangan pada hal ini harus sepenuhnya dapat dicegah. Kasus pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan pada sisi tubuh yang salah sebagian besar disebabkan miskomunikasi, tidak ada informasi atau informasi tidak benar. Faktor yang paling banyak berkontribusi adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distandardisasi. Rekomendasi dilakukan untuk mencegah kekeliruan dengan melaksanakan proses verifikasi sebelum pembedahan, pemberian tanda pada sisi tubuh yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur, dan ada tim yang terlibat dalam prosedur verifikasi sebelum tindakan dilakukan pada pasien untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah.

2.2.5.5. Mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*).

Cairan elektrolit pekat kalium klorida, kalium fosfat dan salin hipertonik dapat menimbulkan cedera serius bahkan kematian pasien apabila tidak dikelola dengan baik dan benar. Cairan elektrolit pekat kalium klorida telah diidentifikasi sebagai obat berisiko tinggi oleh organisasi di Australia, Kanada, Inggris dan Irlandia Utara. *Joint Commission International* menyatakan bahwa insiden akibat kesalahan pada pemberian kalium klorida di Amerika Serikat menyebabkan sepuluh orang pasien meninggal pada tahun 1996-1997 sementara di Kanada antara tahun 1993-1996 sebanyak 23 pasien meninggal (*WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*, 2007).

Petugas kesehatan harus berhati-hati dalam memberikan cairan elektrolit pekat karena dapat menimbulkan efek kematian atau cedera serius pada pasien apabila tidak dikelola dengan baik. Pengaturan terhadap ketersediaan, akses, resep, pemesanan, persiapan, distribusi, label, verifikasi, administrasi, dan pemantauan cairan elektrolit pekat ini harus direncanakan dengan baik sehingga kejadian buruk yang mungkin terjadi dapat dihindari. Rekomendasi penggunaan yang aman larutan elektrolit pekat antara lain standarisasi dosis, unit ukuran, istilah, pengaturan dalam penyimpanan dan penggunaan cairan elektrolit pekat. Upaya ini memerlukan perhatian khusus, keahlian yang sesuai, kolaborasi antar-profesional, dan proses verifikasi untuk memastikan penggunaan yang aman.

2.2.5.6. Memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan.

Kesalahan dalam pemberian obat paling sering terjadi pada saat transisi/pengalihan pasien. Rekonsiliasi medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medication errors*) pada titik-titik transisi pasien. Rekomendasi berupa menciptakan daftar yang lengkap dan akurat mengenai riwayat pengobatan pasien yang berisi informasi obat yang sedang diterima oleh pasien termasuk obat yang digunakan selama di rumah yang dibandingkan dengan daftar terapi obat saat pasien masuk, pindah unit atau saat pasien direncanakan pulang. Daftar tersebut dikomunikasikan kepada petugas yang menerima pemindahan pasien.

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

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

2.2.5.8. Menggunakan alat injeksi sekali pakai.

Alat injeksi dapat menyebarkan virus *human immunodeficiency* (HIV), hepatitis B virus (HBV), dan virus hepatitis C (HCV) antar pasien. Hal ini diakibatkan oleh pemakaian ulang jarum suntik. Solusi berupa pelarangan pemakaian ulang alat injeksi di fasilitas layanan kesehatan, pelatihan periodik petugas kesehatan tentang prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mengenai penularan infeksi melalui darah, dan pemakaian alat injeksi sekali pakai yang aman.

2.2.5.9. Meningkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial.

Petugas kesehatan harus senantiasa memperhatikan kebersihan tangan pada saat melakukan tindakan pada pasien untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial. Insiden infeksi nosokomial di seluruh negara diperkirakan setiap saat lebih dari 1,4 juta orang menderita infeksi nosokomial. Kebersihan tangan merupakan cara yang efektif untuk mencegah masalah ini. Rekomendasi untuk mencegah infeksi nosokomial adalah mendorong implementasi penggunaan cairan cuci tangan berbahan dasar alkohol di pelayanan kesehatan, tersedia sumber air untuk cuci tangan di ruang-ruang perawatan pasien, pendidikan pada petugas kesehatan mengenai teknik kebersihan tangan yang benar, dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui observasi maupun teknik yang lain.

2.2.6. Pendekatan dalam keselamatan

Keselamatan merupakan hal utama yang harus diperhatikan dalam pemberian pelayanan kesehatan. Petugas kesehatan berperan dalam pemberian layanan kesehatan yang aman, namun kesalahan petugas kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan sangat mungkin terjadi. Penyebab terbanyak (85%) kejadian tidak diharapkan karena kesalahan petugas dan 15% disebabkan masalah peralatan. Kondisi ini berkaitan dengan keterbatasan petugas kesehatan sebagai manusia dalam hal kemampuan fisik dan mental. Kesalahan faktor manusia dapat terjadi karena masalah komunikasi, tekanan pekerjaan, tuntutan kecepatan dalam

pelayanan, kesibukan, kelelahan, dan lingkungan kerja yang sering tidak menentu dan sering berubah (Cahyono, 2008).

Pendekatan yang digunakan dalam memahami kesalahan manusia (*human error*) ada dua yaitu pendekatan personal dan sistem. Pendekatan ini digunakan untuk memahami terjadinya tindakan tidak aman yang menyebabkan kesalahan dan pelanggaran prosedur yang dilakukan oleh petugas kesehatan yaitu perawat, dokter, apoteker dan petugas kesehatan lainnya. Reason (2000) menyatakan pendekatan personal memfokuskan kesalahan sebagai akibat dari kurangnya perhatian, kurang motivasi, tidak profesional, ceroboh, lalai dan sembrono. Upaya penanggulangan terutama diarahkan untuk mengurangi perilaku yang mengarah pada risiko kejadian kesalahan. Pendekatan ini cenderung memperlakukan kesalahan sebagai suatu isu moral dengan asumsi bahwa hal-hal buruk dilakukan oleh individu yang tidak baik pula.

Pendekatan sistem memahami kesalahan sebagai akibat dari kegagalan sistem. Pendekatan ini menganggap bahwa manusia memiliki keterbatasan sehingga dapat berbuat salah, dan kesalahan dapat terjadi bahkan di organisasi yang terbaik sekalipun. Kesalahan dipandang sebagai sebuah konsekuensi daripada sebagai penyebab. Kesalahan dapat disebabkan oleh kondisi tempat kerja dan proses organisasi yang cenderung mengakibatkan kesalahan berulang. Upaya penanggulangan kejadian kesalahan didasarkan pada asumsi bahwa kondisi manusia tidak bisa diubah, akan tetapi kondisi tempat kerja dapat diubah untuk menciptakan keselamatan pasien. Ketika kesalahan terjadi, hal yang penting bukanlah mencari siapa yang bersalah akan tetapi mengapa dan bagaimana sistem pertahanan terhadap keselamatan gagal (Reason, 2000).

Pendekatan personal memiliki kelemahan dibanding pendekatan sistem jika digunakan dalam institusi pelayanan kesehatan. Pendekatan personal menyalahkan individu secara emosional. Orang dipandang sebagai agen yang bebas memilih antara melakukan perilaku aman dan tidak aman. Jika ada yang

salah, tampak jelas bahwa seorang individu (atau kelompok individu) harus bertanggung jawab (Reason, 2000).

Pendekatan personal kurang mendukung upaya mengembangkan institusi pelayanan kesehatan yang lebih aman. Fokus pendekatan personal yang menyalahkan individu tidak memberi peluang untuk melihat kesalahan dalam konteks sebagai sistem. Dua hal penting yang berkaitan dengan kesalahan manusia sering diabaikan. Pertama, ada kalanya orang dengan kemampuan terbaik justru melakukan kesalahan. Kedua, kesalahan terjadi dengan pola yang berulang, kondisi yang sama dapat memprovokasi kesalahan yang serupa. Pendekatan personal yang mengutamakan mencari pelaku kesalahan, ini menghambat upaya untuk memahami mengapa dan bagaimana kesalahan dapat terjadi (Reason, 2000).

Pendekatan personal juga dapat menghambat program penerapan keselamatan. Pendekatan personal akan menyuburkan budaya menyalahkan dan mempersulit usaha untuk menumbuhkan budaya melaporkan kesalahan (Cahyono, 2008). Budaya pelaporan sangat dibutuhkan untuk keefektifan manajemen risiko di rumah sakit. Tanpa analisis rinci dari kejadian kesalahan/cedera, KTD maupun KNC, rumah sakit akan mengalami kesulitan untuk mengungkapkan akar permasalahan sehingga kejadian yang sama dapat selalu berulang (Reason, 2000).

2.2.7. Pendekatan sistem dalam keselamatan pasien

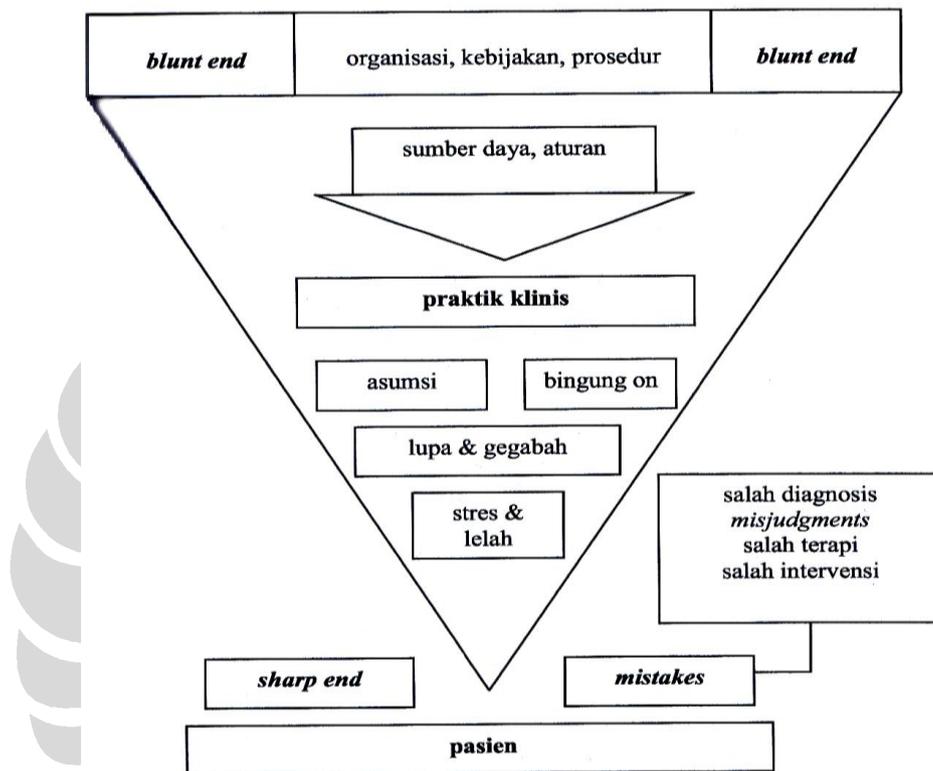
Pendekatan seluruh sistem harus dilaksanakan untuk mendukung upaya keselamatan pasien. Perrow dalam IOM (2000) menyimpulkan bahwa kesalahan manusia bukan faktor tunggal dalam kejadian kecelakaan, tetapi ada dalam suatu sistem yang kompleks yaitu menyangkut kegagalan dalam desain, peralatan, operator, prosedur, dan lingkungan yang tidak mendukung. Sistem harus dibuat sedemikian rupa sehingga petugas mudah untuk berbuat benar dan sulit melakukan kesalahan melalui dukungan teknologi, kerja sama tim yang baik, komunikasi, SDM yang memenuhi syarat kuantitas dan kualitas, supervisi, standarisasi prosedur dan lainnya (Cahyono, 2008).

Pendekatan sistem penting untuk mengetahui akar permasalahan yang menyebabkan kejadian kesalahan. Pendekatan keselamatan pasien bertumpu pada tiga hal, yaitu mengurangi dampak cedera (*mitigasi*), memunculkan kesalahan atau KTD agar ada pembelajaran, dan mencegah kesalahan. Pendekatan sistem memahami mengapa dan bagaimana kesalahan dapat terjadi. Sasaran pendekatan sistem dalam mencari penyebab dan pemecahan masalah tidak hanya faktor personal, tetapi juga kerjasama tim, tempat kerja dan peralatan, SOP dan pedoman, kepemimpinan, proses manajerial, dan komitmen organisasi dalam satu kesatuan sistem yang saling berinteraksi dan dapat berkontribusi terhadap kejadian kesalahan (Cahyono, 2008).

Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan sistem yang kompleks. Interaksi antara manusia dengan sistem berperan dalam menentukan terjadinya kesalahan. Kunci dalam memahami sistem adalah dengan mengenali dan memahami fungsi dari setiap bagian dari sistem dan bagaimana suatu kebijakan maupun tindakan dari salah satu bagian sistem dapat memberikan dampak terhadap keselamatan, kualitas dan efisiensi pada bagian lain dari sistem (IOM, 2000). Wood mengembangkan teori "*blunt end* dan *sharp end*" untuk menerangkan bagaimana interaksi antara manusia dan sistem berperan dalam menentukan terjadinya insiden kesalahan di pelayanan kesehatan (Ketring, 2006 dalam Cahyono, 2008).

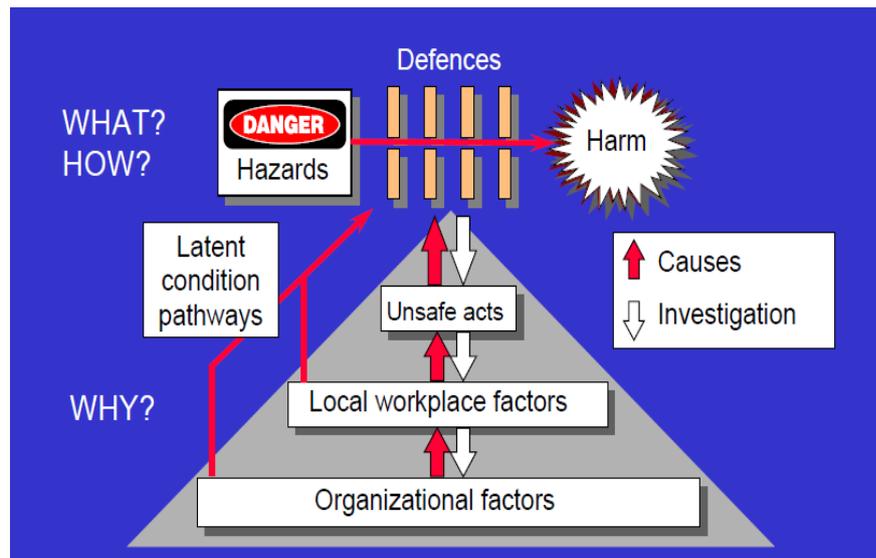
Insiden kesalahan dalam pelayanan kesehatan dapat dilihat dari dua sisi yang mendasari yaitu *blunt end* (sisi yang tumpul) dan *sharp end* (sisi yang tajam). Sisi tumpul dalam model yang dikembangkan oleh Wood ini menggambarkan penampilan organisasi, kebijakan dan prosedur yang berfungsi sebagai pelindung atau pencegah kesalahan. Sementara sisi tajam menggambarkan petugas kesehatan seperti dokter, perawat yang secara langsung memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Interaksi antara keduanya dipengaruhi oleh faktor sumber daya dan *constraint* yaitu suatu pembatasan terhadap pilihan yang ada. Pembatasan ini untuk menjaga agar perilaku petugas dalam melaksanakan tugasnya masih dalam zona yang aman seperti adanya aturan, protokol dan lainnya. Apabila faktor sumber daya dan aturan tersebut tidak seimbang misalnya staf kurang, beban

pasien berlebih, alat kurang maka kinerja petugas menjadi terganggu. Petugas dapat mengalami stres, lelah, konsentrasi menurun, lupa, terburu-buru, menilai berdasarkan asumsi sehingga kesalahan dalam pemberian layanan kesehatan pada pasien dapat terjadi (Cahyono, 2008).



Gambar 2.1. Teori Wood: *Blunt End and Sharp End model* (Ketring, 2006 dalam Cahyono, 2008)

Pendekatan sistem juga digunakan oleh James Reason untuk memahami faktor kesalahan manusia dalam insiden keselamatan pasien. Reason (2006) menyatakan insiden kesalahan terjadi karena faktor: 1) kegagalan sistem barrier pertahanan; 2) kegagalan aktif yaitu faktor manusia atau petugas kesehatan yang melakukan tindakan tidak aman; 3) kondisi lingkungan kerja yang memudahkan terjadinya kesalahan dan 4) kondisi laten yaitu kegagalan organisasi atau manajemen.



Gambar 2.2. Pendekatan Sistem dalam Kejadian Tidak Diharapkan (Reason, 2006).

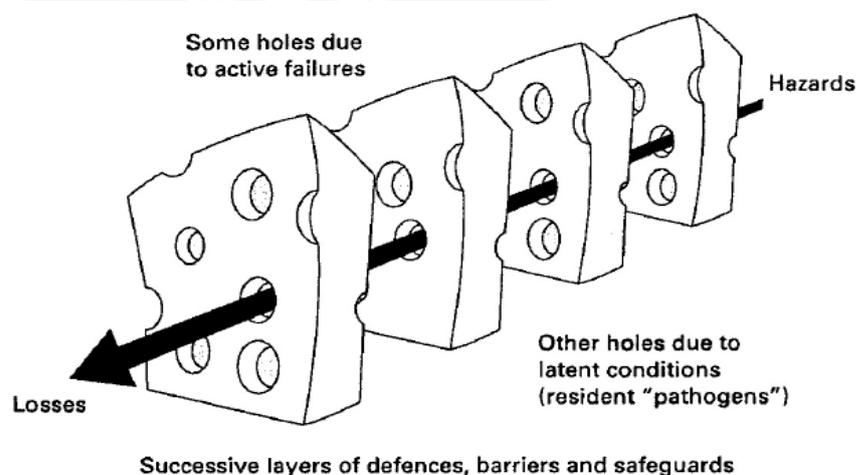
2.2.8. Faktor yang berpengaruh (berkontribusi) dalam keselamatan pasien

Keselamatan pasien yang merupakan bagian dari mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat sebagai sebuah sistem terdiri atas komponen struktur, proses dan hasil. Struktur meliputi infrastruktur fisik, organisasi (struktur dan budaya), manajemen, sumber daya manusia, penjadwalan dan ketersediaan peralatan. Komponen proses meliputi kepatuhan pada protokol, proses pelayanan, prosedur tindakan, pengendalian serta pedoman. Keselamatan pasien merupakan hasil dari komponen struktur dan proses (Donabedian, 1980 dalam Runciman et al, 2010).

Keselamatan pasien merupakan hasil dari interaksi petugas kesehatan dengan berbagai komponen dalam sistem pelayanan kesehatan. Interaksi tersebut bersifat kompleks. Kompleksitas interaksi ini dapat menimbulkan risiko terjadinya kesalahan selama proses asuhan kesehatan pasien apabila tidak dilaksanakan dengan hati-hati. Kesalahan petugas sangat mungkin terjadi. Kesalahan faktor manusia (*human error*) dapat terjadi karena masalah komunikasi, tekanan pekerjaan, tuntutan kecepatan dalam pelayanan, kesibukan dan kelelahan, lingkungan kerja yang sering tidak menentu dan sering berubah (Cahyono, 2008).

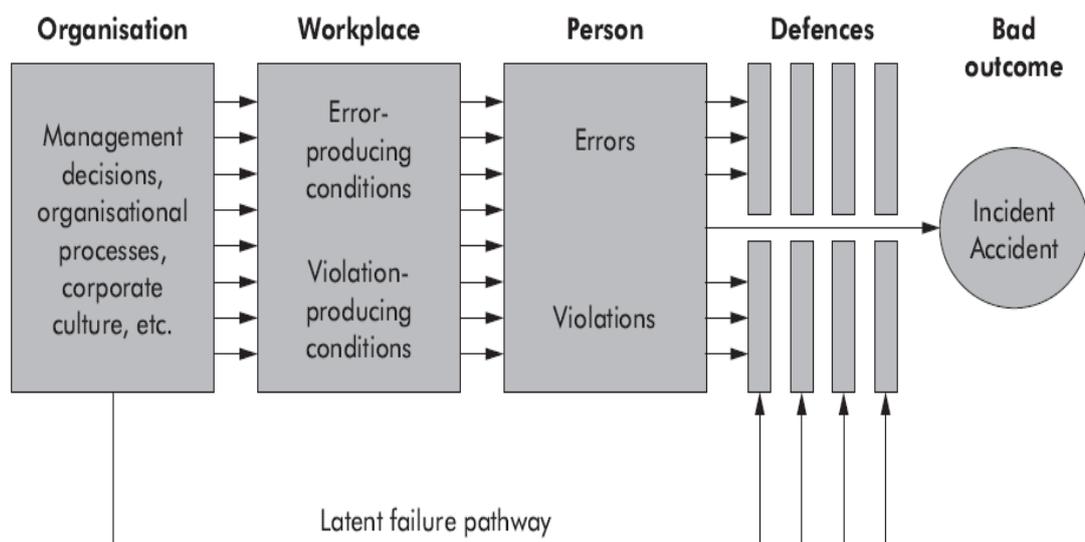
Rumah sakit sebagai organisasi yang bersifat kompleks akan membentuk suatu sistem pertahanan yang berfungsi untuk melindungi dari terjadinya insiden (kecelakaan) yang tidak diharapkan. Sistem barrier dalam organisasi meliputi pengaruh organisasi (proses manajemen, kepemimpinan, kebijakan, dan prosedur), pengawasan yang aman, kondisi lingkungan yang mendukung keselamatan (kerja sama tim, peralatan, komunikasi, serta lingkungan yang aman dan nyaman), dan perilaku yang mendukung keselamatan pasien (profesionalisme, disiplin, taat terhadap peraturan) (Cahyono, 2008).

Insiden kecelakaan terjadi apabila sistem barrier mampu ditembus. Hal ini mengindikasikan sistem pertahanan tidak mampu berfungsi secara optimal. Reason menggambarkan terjadinya insiden menggunakan model “*Swiss Cheese*” *Model of Human error*. Potongan-potongan keju dalam model mengibaratkan sistem barrier atau mekanisme pertahanan terhadap kesalahan yang dilakukan oleh manusia. Potongan keju tersebut utuh tanpa lubang pada saat berada pada kondisi ideal. Lubang pada potongan keju berarti sistem barrier dalam organisasi tidak berfungsi secara optimal. Apabila satu barrier tidak berfungsi atau baru terbentuk satu atau dua lubang belum akan menimbulkan kecelakaan. Kecelakaan terjadi bila di setiap barrier terbentuk lubang secara linier. Lubang tersebut dapat terjadi karena dua hal yaitu kegagalan aktif dan kondisi laten (Reason, 2000; Reason, Carthey & deLeval, 2001).



Gambar 2.3. The “Swiss Cheese” Model of Accident Causation (Reason, Carthey & deLeval, 2001)

Faktor penyebab kesalahan dapat dibedakan menjadi dua yaitu kegagalan aktif dan kondisi laten. Reason menyatakan bahwa hampir semua kejadian kesalahan melibatkan kombinasi dari kedua set faktor. Kegagalan aktif adalah tindakan tidak aman yang dilakukan oleh petugas yang memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien maupun berhubungan langsung dengan sistem. Tindakan tidak aman tersebut dapat berupa lupa, salah dalam melakukan prosedur, salah menyusun rencana tindakan, dan pelanggaran prosedur. Sementara kondisi laten merupakan kondisi yang berada dalam organisasi dan keberadaannya sudah berlangsung lama. Kondisi ini disebabkan oleh keputusan yang dibuat oleh para penyusun kebijakan atau manajemen puncak. Kondisi laten dapat berupa kondisi yang memudahkan terjadinya kesalahan (*error producing condition*), kondisi yang memudahkan pelanggaran (*violation producing condition*) dan keputusan manajemen dan proses organisasi yang tidak mendukung sistem keselamatan. Kondisi yang memudahkan terjadi kesalahan misalnya tekanan waktu, jumlah staf yang tidak mencukupi, lingkungan kerja yang tidak nyaman, berisik dan lainnya. Kondisi yang memudahkan pelanggaran misalnya tidak ada aturan, tidak ada supervisi (Reason, 1995; 2000; Cahyono, 2008).



Gambar 2.4. Faktor dalam Sistem yang Mempengaruhi Insiden Kesalahan (Reason, 1995).

Kesalahan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dapat mengakibatkan kejadian yang tidak diharapkan maupun kejadian nyaris cidera pada pasien. Menurut KPPRS (2008) faktor kontributor yang mempengaruhi dan berperan dalam mengembangkan dan atau meningkatkan risiko suatu kejadian kesalahan terdiri atas: (1) faktor kontributor di luar organisasi (eksternal), (2) faktor dalam organisasi (internal), (3) faktor yang berhubungan dengan petugas yaitu kognitif atau perilaku petugas yang kurang, lemahnya supervisi, kurangnya *teamwork* atau komunikasi, dan (4) faktor yang berhubungan dengan keadaan pasien.

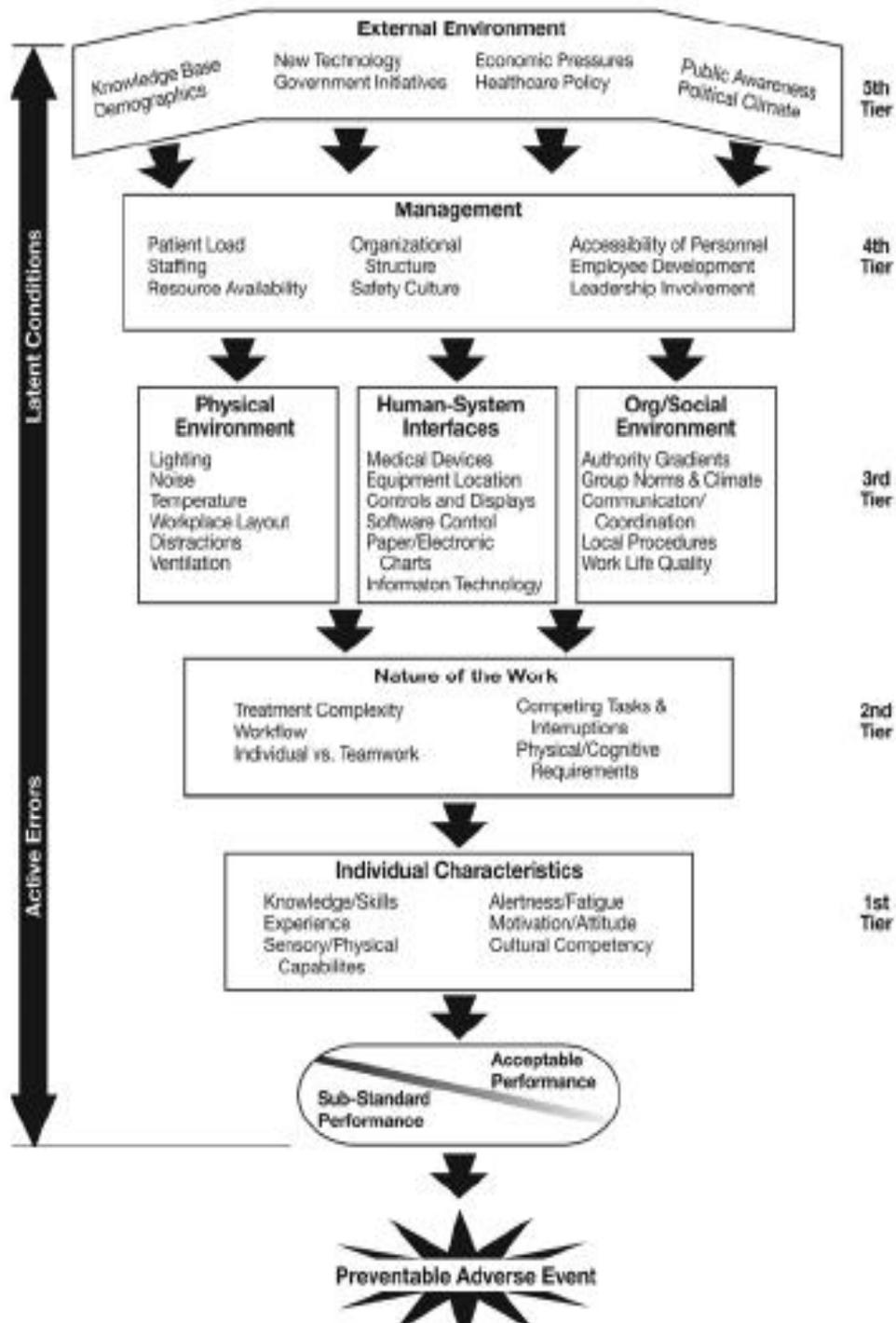
Kejadian kesalahan dalam layanan kesehatan harus dilihat dalam perseptif sistem. Perspektif sistem memfokuskan pada interaksi atau saling ketergantungan antara komponen yang berada dalam sistem. Keselamatan pasien merupakan hasil dari interaksi berbagai komponen dalam sistem tersebut. Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mengetahui faktor yang berpengaruh terhadap keselamatan pasien dalam interaksi sistem. Penelitian Henriksen, Kaye dan Morisseau (1993) menyatakan faktor yang berpengaruh meliputi faktor karakteristik individu petugas kesehatan (keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman kerja); sifat dasar pekerjaan (uraian tugas, prosedur tindakan, jumlah pasien yang dikelola, kompleksitas pengobatan); lingkungan fisik (pencahayaan, kebisingan, suhu, tata letak tempat kerja, gangguan dalam pekerjaan); faktor penyatuan sistem dengan manusia (*human-system interfaces*) misalnya, pengaturan penempatan peralatan medis, penempatan monitor dan display pasien, perangkat lunak, format-format yang diperlukan dalam perawatan pasien; faktor organisasi atau lingkungan sosial (iklim organisasi, norma kelompok, moral, dan komunikasi); dan faktor manajemen meliputi ketenagaan, struktur organisasi, penjadwalan, ketersediaan sumber daya, dan komitmen terhadap kualitas (Henriksen, Dayton, Keyes, Carayon, Hughes, 2008).

Peneliti lain juga mengembangkan model dalam memahami interaksi berbagai faktor dalam sistem pelayanan kesehatan. Vincent, Adam dan Stanhope (1998) mengembangkan *hierarchical framework* untuk memahami faktor yang mempengaruhi praktek klinis yang meliputi karakteristik pasien, faktor tugas,

faktor petugas kesehatan, faktor tim, lingkungan kerja, dan faktor organisasi dan manajemen. Sementara Carayon dan Smith (2000) mengembangkan model kerja sistem yang merupakan kumpulan subsistem terdiri atas petugas kesehatan, peralatan dan teknologi, lingkungan fisik yang saling berinteraksi untuk mencapai tujuan organisasi dan hasil proses perawatan bagi pasien, penyedia, dan organisasi (Henriksen, Dayton, Keyes, Carayon, Hughes, 2008).

Identifikasi terhadap faktor risiko yang dapat menimbulkan kesalahan dalam pemberian layanan kesehatan pada pasien penting untuk dilakukan. Hal ini untuk mencegah terjadinya kejadian nyaris cidera maupun kejadian tidak diharapkan, sebab hampir 50% dari kejadian tidak diharapkan sebenarnya dapat dicegah. Analisa akar masalah telah mengidentifikasi faktor yang menyebabkan kesalahan meliputi: (1) kegagalan laten melibatkan pengambilan keputusan yang berdampak pada kebijakan organisasi, prosedur dan alokasi sumber daya, (2) kegagalan aktif yaitu petugas kesehatan yang secara langsung memberikan pelayanan kesehatan pada pasien, (3) kegagalan sistem organisasi, yaitu kegagalan tidak langsung yang melibatkan manajemen, budaya organisasi, protokol proses, transfer pengetahuan, dan faktor eksternal, dan (4) kegagalan teknis merupakan kegagalan tidak langsung dari fasilitas atau sumber daya eksternal (Mitchell, 2008).

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kejadian kesalahan dalam sistem pelayanan kesehatan dapat diidentifikasi meliputi faktor lingkungan eksternal, manajemen, lingkungan fisik, penyatuan sistem dengan manusia, organisasi/lingkungan sosial, sifat dasar pekerjaan dan karakteristik individu. Setiap faktor tersebut saling berinteraksi satu sama lain dalam mencegah terjadinya kejadian tidak diharapkan. Perubahan di satu bagian dapat mempengaruhi bagian yang lain. Secara lengkap seluruh faktor tersebut dapat dilihat dalam gambar 2.5.



Gambar 2.5. Faktor yang Berkontribusi terhadap Kejadian Kesalahan dalam Pelayanan Kesehatan (Henriksen, Dayton, Keyes, Carayon & Hughes, 2008)

Berikut merupakan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keselamatan pasien menurut Henriksen, Dayton, Keyes, Carayon dan Hughes, 2008; KPPRS, 2008; Mitchell, 2008; Reason, 2000; Reason, Carthey dan deLeval, 2001.

2.2.8.1. Faktor karakteristik individu

Karakteristik individu merupakan faktor yang memiliki dampak langsung pada kinerja petugas kesehatan. Kinerja dibedakan menjadi sesuai standar dan dibawah standar. Karakteristik individu mencakup semua kualitas yang berada pada diri petugas kesehatan dalam bekerja mencakup pengetahuan, tingkat keterampilan, pengalaman, kecerdasan, kemampuan sensorik, pelatihan dan pendidikan, dan sikap seperti kewaspadaan, kelelahan, dan motivasi.

Pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki oleh petugas kesehatan merupakan kemampuan dasar yang harus dimiliki untuk melaksanakan pekerjaan. Sementara itu faktor individu seperti kelelahan akibat jam kerja yang panjang dan stress dapat mempengaruhi kemampuan petugas kesehatan sehingga tidak dapat menerapkan pengetahuan maupun ketrampilan yang telah dimilikinya secara optimal. Kemampuan berkomunikasi dan kemampuan memahami budaya juga termasuk dalam kemampuan individu. Namun beberapa pendapat menyatakan bahwa ketrampilan dan kemampuan tersebut tidak banyak menimbulkan pengaruh terhadap hasil pelayanan kesehatan yang optimal.

Gibson, Ivancevich, dan Donnelly (1997) menyatakan bahwa variabel individu dikelompokkan menjadi sub variabel kemampuan dan ketrampilan, latar belakang, dan demografis. Kemampuan dan ketrampilan memiliki peran penting dalam perilaku dan kinerja individu. Klasifikasi demografi meliputi jenis kelamin dan ras. Sementara Robbins (2003) menyatakan karakteristik biografis individu meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan, masa kerja, dan kemampuan intelektual.

a. Usia

Usia berkaitan dengan kematangan, kedewasaan, dan kemampuan seseorang dalam bekerja. Semakin bertambah usia, semakin besar kemungkinan seseorang akan menunjukkan kemampuan untuk menentukan keputusan dan tindakan secara

bijaksana, hati-hati, pengendalian emosi, lebih taat pada aturan dan prosedur, serta berkomitmen terhadap pekerjaan.

Robbins (2003) menyatakan bahwa usia seseorang dapat mempengaruhi produktifitas dan kinerja, akan tetapi terdapat pendapat dan hasil penelitian yang berbeda-beda mengenai hal ini. Usia yang lebih tua pada staf menunjukkan sejumlah kualitas positif dalam pekerjaan seperti pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat, dan lebih berkomitmen terhadap kualitas pekerjaan. Namun, staf yang berusia tua dianggap kurang luwes, menolak teknologi baru, dan kurang terbuka terhadap perubahan. Pertambahan usia sering diasumsikan dengan menurunnya kemampuan dalam kecepatan, kecekatan, kekuatan, dan koordinasi. Penelitian Anugrahini (2010) menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Rata-rata usia perawat yang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* 40,38 tahun dan perawat yang kurang patuh mempunyai rata-rata usia 34,42 tahun.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan, secara umum tidak menunjukkan perbedaan yang berarti dalam hal produktivitas kerja. Studi psikologi menemukan bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang, sedangkan pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinannya daripada wanita dalam memiliki harapan untuk sukses, meskipun perbedaan ini kecil. Pegawai perempuan yang berumah tangga akan memiliki tugas tambahan sehingga kemangkiran lebih sering dibandingkan laki-laki (Robbins, 2003). Pendapat berbeda dinyatakan oleh Gibson, Ivancevich, dan Donnelly (1997) bahwa pria dan wanita memiliki kemampuan yang sama dalam hal kemampuan belajar, daya ingat, kemampuan penalaran, kreativitas, dan kecerdasan. Pada masyarakat yang memberikan perlakuan dan kesempatan antara pria dan wanita secara sama, pria dan wanita lebih sesama dalam hal perilaku di tempat kerja.

c. Masa kerja

Masa kerja berkaitan dengan lama seseorang bekerja menjalankan pekerjaan tertentu. Seseorang yang bekerja lebih lama dianggap lebih berpengalaman dan lebih senior. Masa kerja menunjukkan hubungan positif dengan produktivitas pekerjaan (Robbins, 2003). Masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja, menjadi peramal yang baik terhadap produktivitas staf. Masa kerja juga berhubungan negatif dengan kemangkiran dan keluar masuknya karyawan. Penelitian Anugrahini (2010) menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Perawat yang patuh memiliki rata-rata masa kerja 11,71 tahun, sedangkan perawat yang tidak patuh memiliki rata-rata masa kerja lebih rendah dari 11,71 tahun.

d. Pendidikan

Pendidikan akan berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam bekerja. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diasumsikan memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang lebih baik dalam kemampuan menyelesaikan pekerjaan. Penelitian Anugrahini (2010) menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Perawat dengan latar belakang pendidikan S1 dan D3 Keperawatan lebih patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* daripada perawat dengan pendidikan SPK.

e. Pelatihan

Pelatihan merupakan upaya untuk mengembangkan kemampuan staf. Pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan khusus seseorang atau sekelompok orang (Notoatmodjo, 2003). Pelatihan diharapkan dapat meningkatkan kemampuan staf dalam hal pengetahuan, ketrampilan, dan sikap dalam bekerja.

2.2.8.2. Faktor sifat dasar pekerjaan

Sifat dasar pekerjaan merupakan faktor yang mengacu pada karakteristik dari pekerjaan itu sendiri meliputi penggunaan prosedur, alur kerja, beban kerja yang

tinggi maupun tidak, kehadiran maupun ketidakhadiran staf, kompleksitas perawatan, fungsi peralatan, tugas yang bersamaan, persyaratan fisik maupun kognitif untuk melaksanakan pekerjaan.

2.2.8.3. Faktor *human-system interfaces*

Faktor *human-system interfaces* merupakan cara dua subsistem yaitu manusia dan peralatan berinteraksi atau berkomunikasi dalam suatu sistem. Faktor ini meliputi pengaturan peralatan medis, penempatan alat, penempatan monitor dan display pasien, perangkat lunak, dan format-format yang diperlukan dalam perawatan pasien.

2.2.8.4. Faktor lingkungan fisik

Faktor lingkungan fisik meliputi pencahayaan, kebisingan, suhu, tata ruang kerja, gangguan dalam pekerjaan. Standarisasi terhadap fasilitas, peralatan, kamar pasien; pengaturan fasilitas untuk kebersihan tangan, kamar isolasi untuk pasien infeksius, pengaturan sistem ventilasi untuk pengendalian patogen; pengaturan pencahayaan, penurunan kebisingan untuk meminimalkan stressor perlu diperhatikan dalam membangun fasilitas pelayanan kesehatan. Pengaturan desain interior dan lingkungan kerja perlu dirancang sehingga dapat mendukung optimalisasi petugas kesehatan dalam bekerja dan keselamatan pasien dalam terjamin.

2.2.8.5. Faktor organisasi/lingkungan sosial

Faktor organisasi ini meliputi iklim organisasi, norma kelompok, moral, komunikasi, dan koordinasi. Faktor ini merupakan faktor laten yang berada dalam suatu organisasi dan kadangkala tidak disadari oleh anggota organisasi.

2.2.8.6. Faktor manajemen

Kondisi perencanaan yang tidak baik, ragu dalam membuat keputusan, lalai yang dilakukan oleh manajer atau pengambil keputusan merupakan faktor laten dalam organisasi. Kondisi ini dapat berakibat pada ketenagaan, struktur organisasi, penjadwalan, ketersediaan sumber daya, dan komitmen terhadap kualitas. Tidak

adanya komitmen yang serius dalam mencapai kualitas yang tinggi dan perawatan yang aman di tingkat manajemen merupakan kondisi laten yang akan memberikan dampak berarti dalam mendukung upaya keselamatan pasien.

2.2.8.7. Faktor lingkungan eksternal

Perawatan kesehatan adalah sebuah sistem terbuka, lingkungan eksternal rumah sakit dapat mempengaruhi keselamatan pasien dan kualitas pelayanan. Lingkungan eksternal misalnya tekanan ekonomi, iklim politik dan kebijakan, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, dan demografi yang berubah.

2.3. Keselamatan pasien dalam keperawatan

Keselamatan pasien merupakan komponen yang mendasar dalam kualitas pelayanan kesehatan dan keperawatan. Perawat berperan penting dalam keselamatan pasien di semua aspek pelayanan perawatan yang diberikan. ICN (2002) menyatakan bahwa peningkatan keselamatan pasien mencakup area yang luas mulai dari rekrutmen, pelatihan dan retensi tenaga profesional, peningkatan kinerja, keselamatan lingkungan dan manajemen risiko, termasuk pengendalian infeksi, penggunaan obat-obatan yang aman, peralatan yang aman, praktek klinis yang aman, lingkungan perawatan aman, dan mengakumulasikan dalam batang tubuh pengetahuan ilmiah yang berfokus pada keselamatan pasien dan infrastruktur yang mendukung pengembangan organisasi.

Perawat memiliki tanggung jawab yang luas dalam aspek keselamatan pasien, tidak hanya terbatas pada menghindari kesalahan pengobatan maupun mencegah pasien jatuh. Kontribusi perawat yang paling penting dalam upaya keselamatan pasien adalah kemampuan dalam melakukan koordinasi dan integrasi berbagai aspek untuk mendukung kualitas dalam pelayanan yang diberikan oleh perawat maupun tenaga kesehatan yang lain (Mitchell, 2008).

Deteksi awal terhadap risiko merupakan kunci untuk mencegah terjadinya cedera pasien, dan tergantung pada upaya mempertahankan budaya kepercayaan, kejujuran, integritas, dan komunikasi terbuka antara pasien dan petugas pelayanan

kesehatan. Pendekatan seluruh sistem harus dilaksanakan untuk mendukung upaya keselamatan pasien. Filosofi transparansi dan pelaporan bukan menyalahkan dan memperlakukan dan menggabungkan langkah-langkah yang membahas faktor-faktor manusia dan sistem dalam kejadian yang tidak diharapkan.

Perawat memiliki peran yang penting dalam upaya keselamatan pasien. ICN (2002) menyatakan peran perawat dalam keselamatan pasien meliputi: memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai potensial risiko yang ada, melaporkan kejadian tidak diharapkan secara tepat dan cepat kepada pihak pengambil kebijakan, mengambil peran aktif dalam menilai keamanan dan kualitas pelayanan, meningkatkan komunikasi dengan pasien dan tenaga profesional kesehatan lainnya, melakukan perencanaan dan mengupayakan pemenuhan staf yang adekuat, mendukung langkah-langkah yang meningkatkan keselamatan pasien, mempromosikan program pengendalian infeksi yang ketat, menyusun standar dan protokol yang meminimalkan kesalahan.

2.4. Keselamatan Perawat

Keselamatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien penting untuk diperhatikan. Perawat yang bekerja dalam lingkungan yang mendukung keselamatan perawat akan memungkinkan untuk dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang aman pula. Kehadiran perawat yang sehat dan cukup istirahat sangat diperlukan untuk dapat memberikan asuhan keperawatan dengan empati, meningkatkan kewaspadaan dalam monitoring kondisi pasien, dan melaksanakan advokasi pasien secara adekuat (Trinkoff et al, 2008).

Perawat sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit, memiliki tanggung jawab untuk memberikan asuhan keperawatan secara berkesinambungan selama 24 jam kepada pasien. Hal ini menjadikan perawat sebagai petugas kesehatan yang paling banyak berinteraksi dengan pasien dan memiliki risiko lebih tinggi terhadap bahaya keselamatan dibandingkan petugas kesehatan yang lainnya (Foley, 2004). Perawat bekerja dalam lingkungan pelayanan kesehatan

yang kompleks (Elbright, 2004 dalam Myers et al, 2010), pelayanan cepat dan menggunakan teknologi yang tinggi (Sedlak, 2004).

2.4.1. Faktor risiko dalam keselamatan perawat

Perawat terpapar oleh berbagai macam risiko bahaya dalam menjalankan pekerjaannya. Rogers (1997, dalam Foley, 2004) membagi ancaman bahaya terhadap keselamatan perawat menjadi lima kelompok yaitu risiko paparan agen infeksius biologi, risiko bahan kimia, risiko yang berasal dari lingkungan/mechanis, risiko fisik, dan risiko psikososial. Risiko terhadap paparan agen infeksius terjadi pada saat perawat berinteraksi dengan pasien berpenyakit menular (*communicable disease*) seperti *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) dan tuberkulosis (TBC), infeksi melalui darah seperti Hepatitis B, Hepatitis C dan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan risiko infeksi dari jarum suntik (*needlestick injury*). Paparan bahan kimia dapat berasal dari bahan sterilisasi, desinfektan maupun agen kemoterapi. Risiko mekanik dapat terjadi dalam proses mengangkat maupun memindahkan pasien karena prosedur yang tidak benar. Lingkungan fisik yang dapat menyebabkan trauma seperti panas maupun dingin, kebisingan dan paparan radiasi. Risiko psikososial berkaitan dengan tindakan kekerasan yang dilakukan terhadap perawat oleh pasien. Namun laporan terhadap masalah ini masih kurang. Perawat yang menangani pasien dengan kedaruratan psikiatris memiliki risiko yang paling tinggi (Foley, 2004).

2.4.2. Kaitan manajemen dengan keselamatan perawat

Lingkungan pekerjaan perawat dapat menimbulkan risiko bagi kesehatan maupun kemungkinan terjadinya cedera (*injury*) pada perawat. Perawat dituntut bekerja secara fisik maupun psikis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Risiko pada perawat terjadi karena adanya stressor di tempat kerja yang dapat mengakibatkan penyakit dan cedera pada perawat. Stressor berhubungan dengan cara pengorganisasian dalam keperawatan (misalnya pengaturan shift kerja, jam kerja, dan lembur), tuntutan kecepatan dalam bekerja, pekerjaan fisik seperti mengangkat/memindahkan pasien, karakteristik organisasi, dan perubahan diluar

organisasi (lingkungan eksternal) yang mempengaruhi pelayanan kesehatan di rumah sakit (Trinkoff et al, 2008).

Hubungan antara pengaturan jadwal dinas dengan kesehatan dan keselamatan perawat sangat kompleks. Hubungan ini dipengaruhi oleh karakteristik dari pengaturan jadwal dinas seperti pengaturan waktu dinas, rotasi, lama kerja, pola hari libur, pengaturan waktu istirahat; karakteristik pekerjaan, perawat dan lingkungan kerja (Trinkoff et al, 2008).

Pengaturan jadwal dinas dapat memberikan efek terhadap kesehatan dan keselamatan perawat dalam bekerja. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat dapat mengalami gangguan dalam irama sirkadian, tidur, dan kehidupan keluarga maupun sosial (Barton et al, 1995 dan Monk, 2000 dalam Trinkoff et al, 2008). Gangguan dalam irama sirkadian dapat menyebabkan penurunan kualitas tidur, meningkatkan kelelahan dan rasa mengantuk, menimbulkan gejala psikologis, sistem gastrointestinal, dan kardiovaskuler. Jadwal kerja yang panjang meningkatkan waktu pajanan perawat terhadap lingkungan kerja yang dapat menimbulkan risiko seperti pajanan bahan kimia maupun agen infeksius dan kebutuhan fisik, mental dan emosional dalam bekerja.

Pengaturan dinas dapat menimbulkan gangguan tidur pada perawat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 32% perawat yang bekerja malam (antara jam 21.00 – 08.00) dan 26% perawat dengan rotasi dinas pagi-sore-malam mengalami insomnia, peningkatan rasa mengantuk, dan tidak dapat memenuhi kebutuhan tidur secara adekuat selama menjalankan jadwal dinas ini (Drake et al, 2005 dalam Trinkoff et al 2008). Tidur yang tidak adekuat menyebabkan perawat mengalami rasa mengantuk pada saat bekerja, mempengaruhi kemampuan untuk bekerja secara aman, efisien, dan menurunkan tingkat kewaspadaan. Tidur yang tidak adekuat pada shift malam dan ketidakcukupan tidur pada siang hari dianggap sebagai faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan risiko cedera. Risiko cedera meningkat 18% pada shift sore dan 34% pada shift malam (Folkard, Lombardi, & Tucker, 2005 dalam Trinkoff et al, 2008).

Pengaturan dinas perawat juga dapat mempengaruhi kehidupan keluarga dan sosial. Jadwal dinas malam menyebabkan perawat bekerja pada malam hari dan tidur pada pagi/siang hari sesudahnya. Selain itu jadwal dinas perawat adakalanya menuntut perawat untuk bekerja pada hari minggu atau hari libur ketika banyak aktivitas sosial atau keluarga berlangsung. Hal ini dapat mengurangi partisipasi dalam aktivitas sosial maupun keluarga (Trinkoff et al, 2008).

Pengaturan dinas juga dikaitkan dengan terjadinya gangguan kesehatan pada perawat. Trinkoff et al (2008) menyajikan beberapa hasil penelitian terkait hal tersebut, antara lain hasil penelitian Caruso, Lusk, dan Gillespie (2004) yang menyatakan bahwa gangguan yang berhubungan dengan sistem pencernaan (*gastrointestinal*) merupakan gangguan yang sering terjadi. Hal ini dapat terjadi karena adanya pengaruh perubahan irama sirkadian terhadap fungsi sistem pencernaan, adanya gangguan tidur yang memicu respon stress dan merubah fungsi sistem kekebalan, atau jenis makanan yang disediakan selama perawat bekerja. Hasil penelitian Schernhammer et al (2003) melaporkan terjadinya peningkatan risiko kanker usus besar pada perawat yang bekerja pada shift malam selama tiga hari atau lebih setiap bulan selama minimal 15 tahun.

Jam kerja perawat yang panjang meningkatkan risiko keselamatan pasien. Penelitian Trinkoff et al (2007 dalam Trinkoff et al, 2008) menunjukkan bahwa jam kerja yang panjang berhubungan dengan kejadian cedera muskuloskeletal dan tertusuk jarum (*needlestick*) pada perawat.

2.5. Manajemen Keperawatan

Manajemen diperlukan dalam setiap organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Manajemen merupakan suatu proses menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Manajemen keperawatan merupakan rangkaian fungsi dan aktivitas yang secara simultan saling berhubungan dalam menyelesaikan pekerjaan melalui anggota staf keperawatan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan keperawatan yang berkualitas (Gillies, 1996; Marquis & Huston, 2003). Tujuan pelayanan keperawatan yang berkualitas dapat tercapai apabila manager

keperawatan mulai dari tingkat atas hingga bawah mampu melaksanakan fungsi manajemen dengan baik. Fungsi manajemen menurut Marquis dan Huston (1998; 2003) meliputi:

2.5.1. Fungsi perencanaan

Perencanaan merupakan fungsi pertama dari manajemen. Perencanaan adalah proses menentukan pilihan diantara beberapa alternatif untuk memberikan pandangan kedepan mengenai hal yang akan dikerjakan dalam mencapai tujuan. Perencanaan harus dapat menjawab apa yang akan dilakukan, siapa yang melakukan, bagaimana, kapan, dan dimana hal tersebut dilaksanakan. Perencanaan meliputi penetapan visi, misi, filosofi, tujuan, rencana operasional, strategi, kebijakan, prosedur, dan aturan (Gillies, 1996; Marquis & Huston, 2003). Perencanaan yang dijalankan oleh kepala ruang berkaitan dengan keselamatan pasien maupun perawat antara lain merencanakan dan menetapkan tujuan, standar, prosedur, kebijakan maupun aturan mengenai keselamatan pasien dan perawat. Perencanaan ini sangat diperlukan karena menjadi acuan bagi perawat dalam bekerja.

2.5.2. Fungsi pengorganisasian

Pengorganisasian adalah pengelompokan aktivitas-aktivitas untuk tujuan mencapai objektif, penugasan suatu kelompok manajer dengan autoritas pengawasan setiap kelompok, dan menentukan cara dari pengorganisasian aktivitas yang tepat dengan unit lain, baik secara vertikal maupun horisontal, yang bertanggung jawab untuk mencapai objektif organisasi (Swansburg, 1993). Pada tahap pengorganisasian ini hubungan ditetapkan, prosedur diuraikan, perlengkapan disiapkan, dan tugas diberikan (Marquis & Huston, 2003). Fungsi organisasi harus terlihat pembagian tugas dan tanggungjawab staf yang akan melakukan kegiatan masing-masing (Notoatmodjo, 2003). Fungsi pengorganisasian yang dijalankan oleh kepala ruang berkaitan dengan keselamatan, antara lain menentukan staf yang terlibat dalam kegiatan keselamatan pasien maupun perawat, menentukan tugas dan tanggung jawab yang jelas kepada staf dalam kegiatan tersebut.

2.5.3. Fungsi pengaturan staf

Pengaturan staf (*staffing*) merupakan fase ketiga dari proses manajemen. Ketenagaan adalah pengaturan proses mobilisasi potensi dan pengembangan sumber daya manusia dalam memenuhi tugas untuk mencapai tujuan individu, dan organisasi (Suyanto, 2009). Manajer merekrut, memilih, memberikan orientasi, dan meningkatkan perkembangan individu untuk mencapai tujuan organisasi (Marquis & Huston, 2003). Kepala ruang menjalankan fungsi ini antara lain dengan merencanakan kebutuhan staf perawat, menyusun jadwal dinas, memberikan orientasi bagi staf baru mengenai kebijakan, aturan maupun standar keselamatan yang harus ditaati dalam bekerja.

2.5.4. Fungsi pengarahan

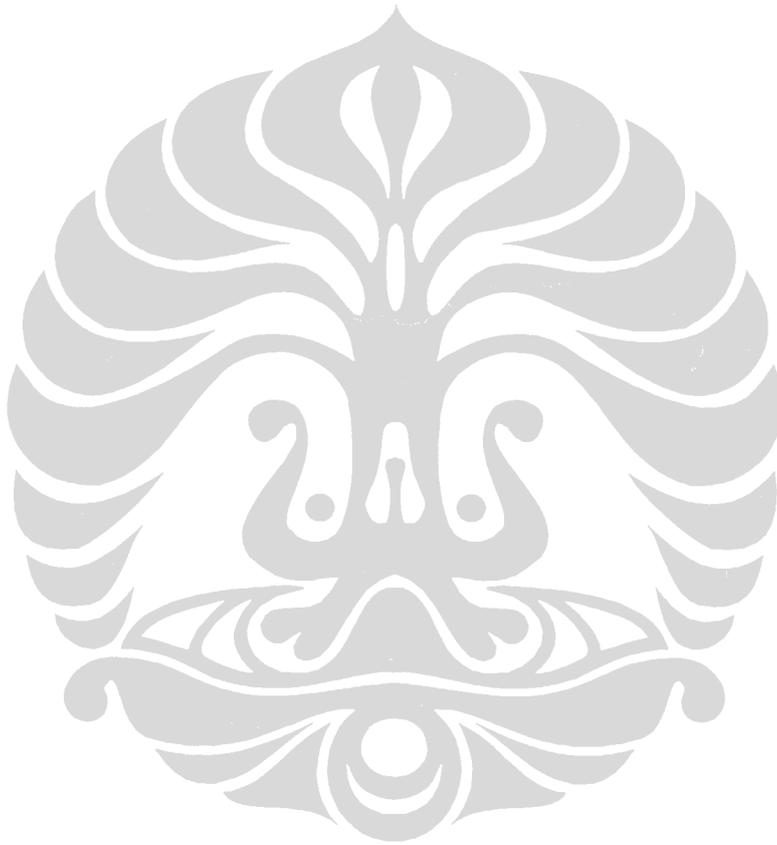
Fase pengarahan meliputi memotivasi staf dan menciptakan suasana yang memotivasi, membina komunikasi organisasi, menangani konflik, memfasilitasi kerjasama, dan negosiasi (Marquis & Huston, 2003). Pengarahan yang dilakukan oleh manajer dapat berfungsi untuk menciptakan kerjasama yang efisien, mengembangkan kemampuan dan ketrampilan staf, menimbulkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan, mengusahakan suasana lingkungan kerja yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja (Swansburg, 1993).

2.5.5. Fungsi pengendalian

Pengendalian merupakan proses terakhir dari fungsi manajemen. Menurut Urwick dalam Swansburg (1993) pengertian pengendalian adalah bahwa segala sesuatu dilaksanakan sesuai dengan rencana yang disepakati, instruksi yang telah diberikan, serta prinsip-prinsip yang telah diberlakukan.

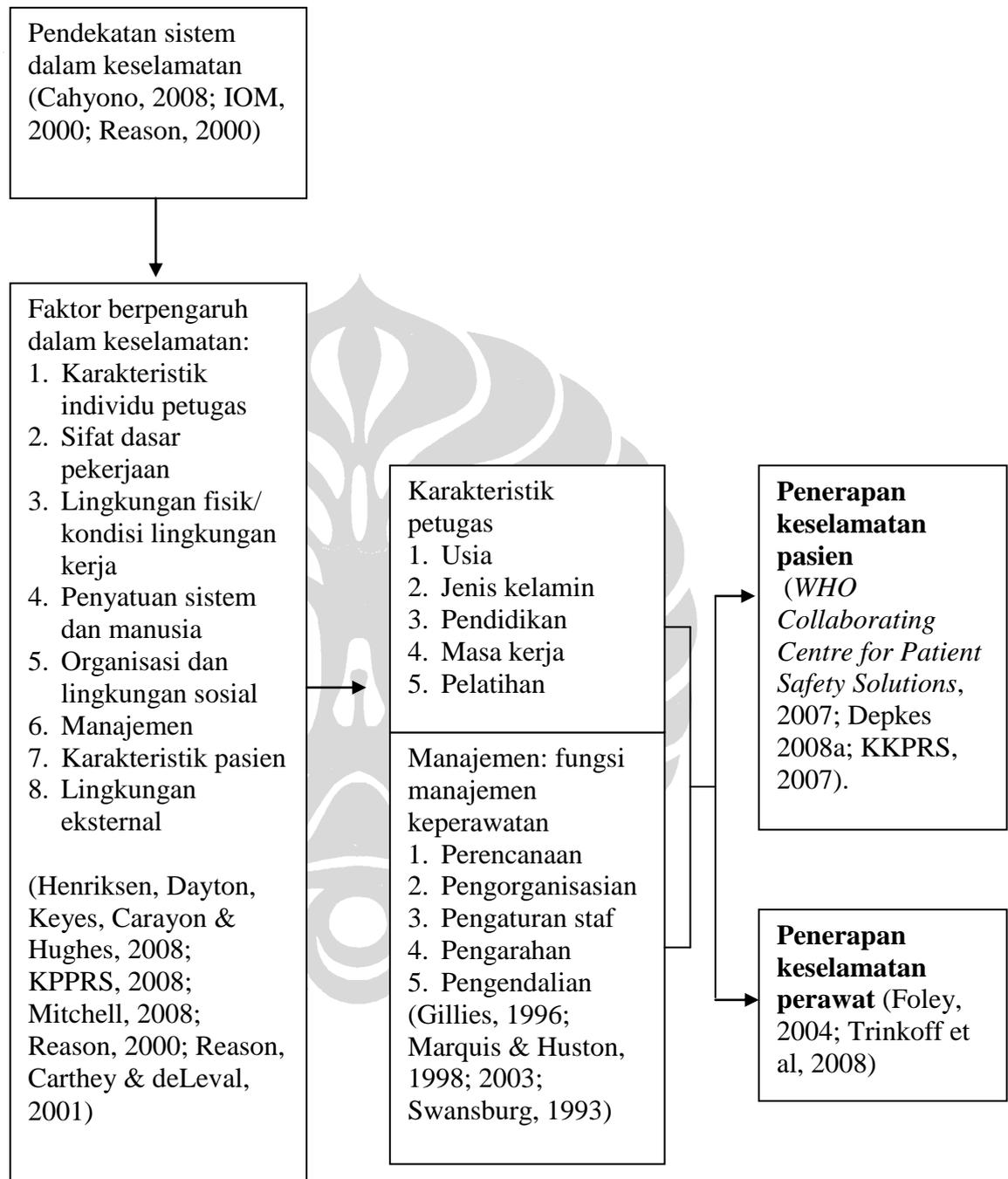
Pengendalian merupakan suatu proses pemantauan prestasi dan pengambilan tindakan untuk menjamin hasil yang diharapkan, tampak seperti mengawasi bahwa segala sesuatunya berjalan secara tepat pada waktu yang tepat. Manajer mengukur kinerja menggunakan standar yang telah ditentukan sebelumnya dan mengambil tindakan untuk mengoreksi ketidakcocokan antara standar dan kinerja yang sebenarnya (Marquis & Huston, 2003).

Kepala ruang melaksanakan evaluasi terhadap tindakan penerapan keselamatan pasien dan perawat dalam pemberian asuhan kepada pasien. Tindakan ini diperlukan untuk menjamin hasil yang diharapkan yaitu keselamatan telah tercapai. Pengendalian diperlukan untuk mengatur kegiatan agar berjalan sesuai rencana, mencari jalan keluar atau pemecahan apabila terjadi hambatan pelaksanaan kegiatan. Pengendalian yang dikerjakan dengan baik dapat menjamin semua tujuan dari individu atau kelompok konsisten dengan tujuan jangka pendek maupun jangka panjang dari organisasi (Notoatmodjo, 2003).



2.6. Kerangka Teori

Gambar 2.6. Kerangka Teori Penelitian



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

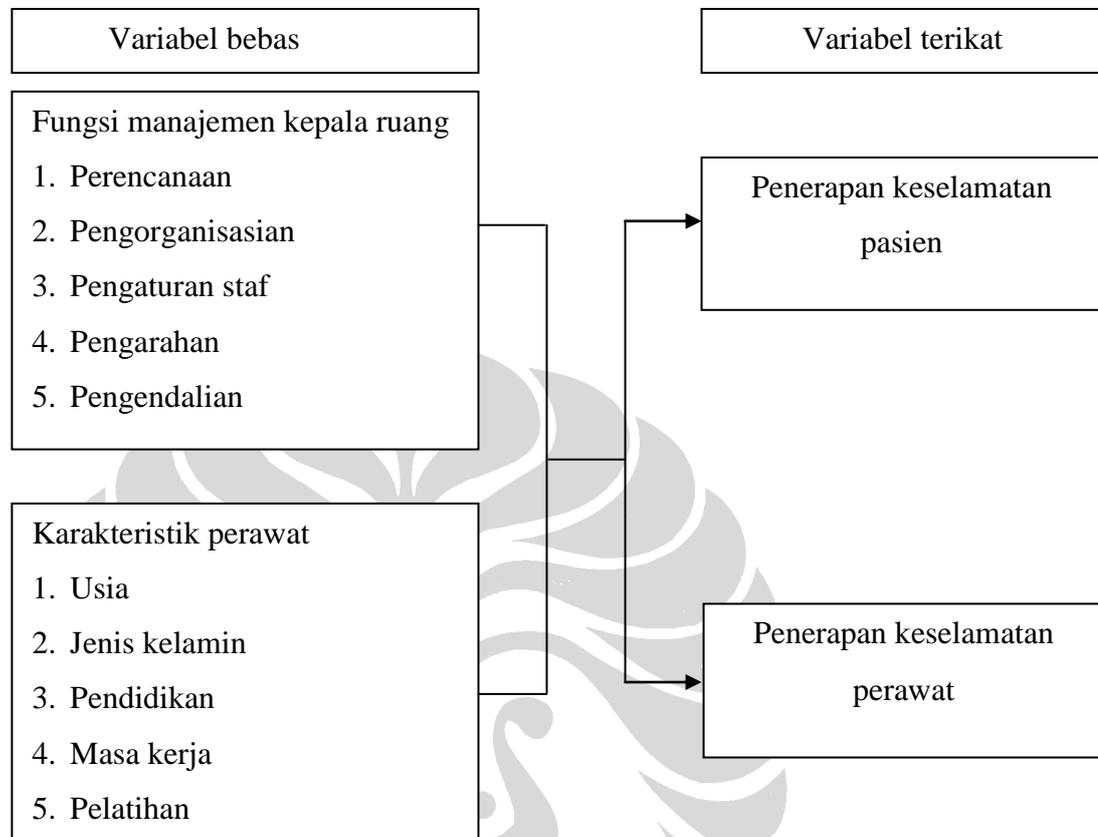
Bab 3 menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis penelitian, dan definisi operasional. Kerangka konsep disusun berdasarkan teori pada tinjauan pustaka dan menjadi landasan pikir dalam penelitian.

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep disusun berdasarkan kerangka teori. Kerangka konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian. Kerangka ini memberikan visualisasi hubungan atau kaitan antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010).

Variabel penelitian ini terdiri atas dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah variabel fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik individu perawat. Variabel fungsi manajemen kepala ruang terdiri atas fungsi: (1) perencanaan, (2) pengorganisasian, (3) pengaturan staf, (4) pengarahan, dan (5) pengendalian. Variabel karakteristik individu perawat meliputi: (1) usia, (2) jenis kelamin, (3) pendidikan, (4) masa kerja, dan (5) pelatihan. Variabel terikat adalah penerapan keselamatan pasien dan keselamatan perawat. Kerangka konsep penelitian digambarkan pada skema 3.1.

Skema 3.1.
Kerangka konsep penelitian



3.2. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini sebagai berikut:

- 3.2.1. Ada hubungan antara fungsi manajemen kepala ruang (fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan, dan pengendalian) dengan penerapan keselamatan pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- 3.2.2. Ada hubungan antara karakteristik perawat (usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan) dengan penerapan keselamatan pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- 3.2.3. Ada hubungan antara fungsi manajemen kepala ruang (fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan, dan pengendalian) dengan penerapan keselamatan perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

- 3.2.4. Ada hubungan antara karakteristik perawat (usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan) dengan penerapan keselamatan perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- 3.2.5. Terdapat faktor fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat yang paling berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- 3.2.6. Terdapat faktor fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat yang paling berpengaruh terhadap penerapan keselamatan perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

3.3. Definisi Operasional

Tabel 3.3. Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Alat dan cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Variabel bebas				
A. Fungsi manajemen kepala ruang				
Fungsi perencanaan	Persepsi perawat pelaksana mengenai kegiatan kepala ruang merumuskan tujuan, kebijakan, aturan dan rencana kegiatan yang mendukung keselamatan pasien dan perawat	Kuesioner B, terdiri dari 8 pernyataan Diukur dengan skala Likert 1-4 Pernyataan positif: 4 = selalu 3 = sering 2 = jarang 1 = tidak pernah Pernyataan negatif: 4 = tidak pernah 3 = jarang 2 = sering 1 = selalu	Dikategorikan berdasar <i>cut of point</i> nilai mean menjadi: 1. Fungsi perencanaan kurang < 26,7 2. Fungsi perencanaan baik $\geq 26,7$	Ordinal

Variabel	Definisi operasional	Alat dan cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Fungsi pengorganisasian	Persepsi perawat pelaksana mengenai tindakan kepala ruang dalam mengatur, membagi tugas tanggung jawab staf, dan mengkoordinir berbagai kegiatan yang mendukung keselamatan pasien dan perawat	Kuesioner B terdiri dari 8 pernyataan Diukur dengan skala Likert 1-4. Pernyataan positif: 4 = selalu 3 = sering 2 = jarang 1 = tidak pernah Pernyataan negatif: 4 = tidak pernah 3 = jarang 2 = sering 1 = selalu	Dikategorikan berdasar <i>cut of point</i> nilai median menjadi: 1. Fungsi pengorganisasian kurang < 25 2. Fungsi pengorganisasian baik ≥ 25	Ordinal
Fungsi pengaturan staf	Persepsi perawat pelaksana mengenai tindakan kepala ruang dalam mengatur staf, memberikan orientasi, pelatihan pengembangan staf sehingga mendukung keselamatan pasien dan perawat	Kuesioner B terdiri dari 7 pernyataan Diukur dengan skala Likert 1-4 Pernyataan positif: 4 = selalu 3 = sering 2 = jarang 1 = tidak pernah Pernyataan negatif: 4 = tidak pernah 3 = jarang 2 = sering 1 = selalu	Dikategorikan berdasar <i>cut of point</i> nilai median menjadi: 1. Fungsi pengaturan staf kurang < 23 2. Fungsi pengaturan staf baik ≥ 23	Ordinal
Fungsi pengarahan	Persepsi perawat pelaksana mengenai kegiatan yang dilakukan kepala ruang meliputi memberikan motivasi, bimbingan, dan menciptakan lingkungan kerja yang mendukung keselamatan pasien dan perawat	Kuesioner B terdiri dari 8 pernyataan Diukur dengan skala Likert 1-4 Pernyataan positif: 4 = selalu 3 = sering 2 = jarang 1 = tidak pernah Pernyataan negatif: 4 = tidak pernah 3 = jarang 2 = sering 1 = selalu	Dikategorikan berdasar <i>cut of point</i> nilai median menjadi: 1. Fungsi pengarahan kurang < 25 2. Fungsi pengarahan baik ≥ 25	Ordinal

Variabel	Definisi operasional	Alat dan cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Fungsi pengendalian	Persepsi perawat pelaksana mengenai kegiatan yang dilaksanakan kepala ruang dalam mengevaluasi penerapan keselamatan pasien dan perawat	Kuesioner B terdiri dari 8 pernyataan. Diukur dengan skala Likert 1-4 Pernyataan positif: 4 = selalu 3 = sering 2 = jarang 1 = tidak pernah Pernyataan negatif: 4 = tidak pernah 3 = jarang 2 = sering 1 = selalu	Dikategorikan berdasarkan <i>cut of point</i> nilai mean menjadi: 1. Fungsi pengendalian kurang < 27,4 2. Fungsi pengendalian baik \geq 27,4	Ordinal
B. Karakteristik Perawat				
Usia	Lama hidup perawat dalam tahun yang dihitung berdasarkan tahun kelahiran.	Kuesioner A, dengan mencantumkan umur sesuai kolom.	Umur dalam satuan tahun Dikategorikan berdasar <i>cut of point</i> nilai mean menjadi: 1. usia < 38,5 tahun 2. usia \geq 38,5 tahun	Ordinal
Jenis kelamin	Ciri fisik secara biologis perawat pelaksana yang dibawa sejak lahir sesuai dengan KTP	Kuesioner A dengan memberikan tanda (\surd) pada kolom yang tersedia.	1. Laki-laki 2. Perempuan	nominal
Pendidikan	Tingkat pendidikan formal keperawatan yang ditempuh perawat pelaksana dan telah mendapatkan ijazah saat diteliti	Kuesioner A dengan memberikan tanda (\surd) pada kolom yang tersedia.	1. SPK 2. DIII Kep 3. S1 Kep	Ordinal
Masa kerja	Lama bekerja perawat pelaksana di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dalam tahun .	Kuesioner A, dengan mencantumkan lama kerja menurut tahun.	Lama kerja dalam satuan tahun Dikategorikan berdasar <i>cut of point</i> nilai mean menjadi: 1. masa kerja < 15,24 tahun 2. masa kerja \geq 15,24 tahun	Ordinal

Variabel	Definisi operasional	Alat dan cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Pelatihan	Pelatihan berkaitan dengan keselamatan pasien dan perawat yang telah diikuti oleh perawat pelaksana	Kuesioner A dengan memberikan tanda (\surd) pada kolom yang tersedia.	(0) belum pernah mengikuti pelatihan (1) pernah mengikuti pelatihan	Ordinal
Variabel terikat				
Penerapan keselamatan pasien	Persepsi perawat pelaksana terhadap dirinya sendiri dalam melaksanakan tindakan yang membuat asuhan pasien lebih aman dan mencegah terjadinya cedera dengan menggunakan indikator keselamatan pasien RS	Kuesioner C terdiri dari 44 pernyataan. Diukur menggunakan skala Likert 1-4 Pernyataan positif: 4 = selalu 3 = sering 2 = jarang 1 = tidak pernah Pernyataan negatif: 4 = tidak pernah 3 = jarang 2 = sering 1 = selalu	Dikategorikan berdasarkan <i>cut of point</i> (COP) nilai median menjadi: 1. Penerapan keselamatan pasien kurang < 166 2. Penerapan keselamatan pasien baik \geq 166	Ordinal
Penerapan keselamatan perawat	Persepsi perawat pelaksana terhadap dirinya sendiri dalam melaksanakan tindakan secara aman dan mencegah terjadinya cedera pada perawat selama bekerja yang meliputi: tindakan aman pada penanganan agen biologi, kimia, fisik dan mekanik	Kuesioner D terdiri dari 21 pernyataan. Diukur dengan skala Likert 1-4. Pernyataan positif: 4 = selalu 3 = sering 2 = jarang 1 = tidak pernah Pernyataan negatif: 4 = tidak pernah 3 = jarang 2 = sering 1 = selalu	Dikategorikan berdasarkan <i>cut of point</i> (COP) nilai median menjadi: (1) Penerapan keselamatan perawat kurang < 80 (2) Penerapan keselamatan perawat baik \geq 80	Ordinal

Keterangan:

Hasil ukur menggunakan:

(a) nilai mean pada data berdistribusi normal.

(b) Nilai median pada data berdistribusi tidak normal.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini memaparkan tentang desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, dan analisis data. Analisis data meliputi analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode analitik dengan pendekatan potong lintang (*cross sectional*). *Cross sectional* dilakukan dengan observasi atau pengukuran variabel pada satu saat tertentu. Studi analitik *cross sectional* yang mempelajari hubungan antara faktor risiko dengan efek, observasi atau pengukuran terhadap variabel bebas dan terikat dilakukan sekali dan dalam waktu yang bersamaan (Sastroasmoro & Ismael, 2002). Penelitian ini menganalisis hubungan antara variabel bebas yaitu fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat, dengan variabel terikat yaitu penerapan keselamatan pasien dan perawat.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi adalah kumpulan individu dimana hasil suatu penelitian akan digeneralisasikan (Ariawan, 1998). Populasi merupakan keseluruhan dari karakteristik atau unit hasil pengukuran yang menjadi subyek penelitian (Sugiyono, 2007). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana di instalasi rawat inap I (IRNA I) RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang berjumlah 243 orang perawat.

4.2.2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari objek yang diteliti, dianggap mewakili seluruh populasi dan hasilnya dapat mewakili atau mencakup seluruh objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Besar sampel dalam penelitian ini dihitung menggunakan rumus sampel tunggal untuk estimasi proporsi suatu populasi. Estimasi besar

sampel untuk suatu populasi memerlukan tiga informasi dasar yaitu: perkiraan proporsi untuk keadaan/sifat tertentu yang terjadi dalam populasi, presisi yaitu tingkat ketepatan absolut yang diinginkan, dan tingkat kemaknaan/derajat kepercayaan (Ariawan, 1998; Notoatmodjo, 2010; Sastroasmoro & Ismael, 2010).

Penghitungan besar sampel pada penelitian ini, ditetapkan tingkat kepercayaan 95%, dan presisi sebesar 10%. Proporsi pada penelitian ini ditentukan berdasarkan hasil penelitian Maryam (2009) dan Anugrahini (2010). Penelitian Maryam (2009) mengenai hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di IRNA Bedah dan IRNA Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya, didapatkan hasil penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana rata-rata 77,8%. Sementara penelitian Anugrahini (2010) mengenai hubungan faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta, didapatkan hasil sebesar 73,6% perawat pelaksana patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Berdasar kedua penelitian tersebut dapat diambil proporsi rata-rata penerapan keselamatan oleh perawat pelaksana sebesar 75,7%.

Rumus besar sampel

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P (1-P)}{d^2}$$

n = besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = nilai Z pada derajat kemaknaan (ditetapkan)

P = proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi (dari pustaka)

d = tingkat ketepatan absolut atau derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan (ditetapkan)

Sampel dalam penelitian ini sebanyak 70 responden, ditambah 10% sampel cadangan untuk mengantisipasi jika ada responden yang *dropout* sehingga menjadi 77 responden. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap dan telah bekerja minimal 1 tahun. Kriteria eksklusi yaitu perawat pelaksana yang sedang cuti atau mengikuti pelatihan yang harus meninggalkan tugas di rumah sakit.

Sampel pada penelitian ini diambil dari 16 ruang rawat inap di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Pengambilan sampel dilakukan melalui dua tahap. Tahap pertama peneliti menentukan jumlah perawat yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian. Perawat yang memenuhi kriteria inklusi dalam penelitian ini sejumlah 207 perawat. Selanjutnya peneliti menentukan jumlah sampel yang diambil dari setiap ruangan di IRNA I secara proporsional sehingga mewakili jumlah perawat di ruangan tersebut. Hasil tahap pertama disajikan pada tabel 4.1. Tahap kedua menentukan subyek penelitian (responden) yang dilakukan dengan cara acak sederhana (*simple random sampling*).

Tabel 4.1. Distribusi Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011

No	Ruang	Jumlah perawat pelaksana	Jumlah perawat memenuhi kriteria inklusi	Jumlah Sampel
1	Anggrek 1	13	9	3
2	Anggrek 2	5	3	2
3	Unit Stroke	14	11	4
4	Bougenvil 1	16	16	6
5	Bougenvil 2	17	16	6
6	Bougenvil 3	17	13	5
7	Bougenvil 4	18	13	5
8	Cendana 1	18	16	6
9	Cendana 2	20	17	6
10	Cendana 3	17	17	6
11	Cendana 4	15	11	4
12	Cendana 5	12	9	3
13	Dahlia 1	15	13	5
14	Dahlia 2	17	17	6
15	Dahlia 3	13	13	5
16	Dahlia 4	14	12	5
Jumlah		243	207	77

4.3. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan pertimbangan *pertama*: data tim ICN Januari 2006 – Maret 2011 didapatkan laporan jumlah kejadian luka tusuk jarum pada perawat di IRNA I sebesar 41,2% menempati urutan kedua setelah IRNA II (50%). Pertimbangan *kedua*, belum pernah dilakukan penelitian yang sejenis di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta khususnya di IRNA I, dan *ketiga*: rumah sakit ini merupakan

rumah sakit pendidikan dan rumah sakit rujukan di Propinsi DI.Yogyakarta dan Jawa Tengah bagian Selatan.

4.4. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama 6 bulan sejak bulan Februari - Juli 2011. Kegiatan meliputi tahap penyusunan proposal, uji coba kuesioner, pengambilan data, analisis data, penyusunan dan penyerahan laporan akhir. Kegiatan secara rinci dapat dilihat dalam lampiran 1.

4.5. Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etika dalam penelitian. Prinsip yang digunakan meliputi menghormati orang lain (*respect for person*), kemanfaatan (*beneficience*), dan keadilan (*justice*) (KEPK-BPPK, 2003).

4.5.1. Menghormati orang lain (*respect for person*)

Peneliti memperhatikan aspek menghormati orang lain dengan menghormati dan melindungi otonomi seseorang. Peneliti menghormati kebebasan pribadi (*privacy*) setiap subyek penelitian. Peneliti memberikan informasi kepada subyek penelitian mengenai maksud, tujuan, dan manfaat penelitian (lampiran 2). Setiap subyek penelitian diberikan kebebasan untuk menentukan untuk ikut atau tidak ikut dalam penelitian ini. Subyek penelitian yang bersedia mengikuti penelitian ini selanjutnya secara sukarela menandatangani *informed consent* (lampiran 3).

Peneliti menjamin kerahasiaan identitas (*anonimity*) subyek penelitian dengan mencantumkan kode nomor responden dan tidak mencantumkan nama responden dalam kuesioner penelitian. *Confidentiality* dilakukan peneliti dengan menjamin kerahasiaan informasi dari data yang diberikan oleh subyek penelitian dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian ini.

4.5.2. Kemanfaatan (*beneficience*)

Peneliti memperhatikan prinsip kemanfaatan sehingga penelitian ini mempunyai manfaat maksimal dengan risiko yang minimal. Rancangan penelitian ini disusun dengan memenuhi persyaratan ilmiah, menjaga kesejahteraan subyek penelitian,

tidak merugikan (*non maleficence, do no harm*) dan memperhatikan kemampuan peneliti. Penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa FIK UI di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta khususnya di ruang Cendana pada bulan Juni 2011 ada dua penelitian. Yang pertama adalah penelitian yang dilakukan oleh peneliti sendiri dengan subyek penelitian adalah perawat pelaksana, dan yang kedua adalah penelitian yang dilakukan dengan subyek perawat penanggung jawab tim jaga (PJTJ). Peneliti menjaga kesejahteraan dan meminimalkan beban yang ditimbulkan kepada subyek penelitian dengan cara memilih responden di ruang Cendana yang tidak memiliki tanggung jawab sebagai PJTJ.

Manfaat yang dapat diperoleh dengan menjadi subyek dalam penelitian ini antara lain perawat akan melakukan *self evaluation* (penilaian terhadap dirinya sendiri) terhadap penerapan keselamatan pasien dan perawat yang telah dilakukannya dalam bekerja. Hasil penelitian ini juga memberikan gambaran mengenai persepsi perawat pelaksana (responden) terhadap kemampuan kepala ruang dalam melaksanakan fungsi manajemen berkaitan dengan keselamatan pasien dan perawat. Selanjutnya hasil penelitian ini dapat digunakan oleh instalasi rawat inap I dalam menyusun kebijakan untuk meningkatkan penerapan keselamatan pasien maupun perawat.

4.5.3. Keadilan (*justice*)

Peneliti memperhatikan prinsip keadilan dengan memperlakukan setiap subyek penelitian dengan moral yang benar dan pantas, serta memberikan hak yang sama. Prinsip ini juga dilakukan dengan memperhatikan distribusi yang seimbang dan adil antara beban dan manfaat keikutsertaan. Peneliti tidak membedakan perlakuan antara subyek yang satu dengan yang lain.

4.6. Alat Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh secara langsung dari responden. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner. Kuesioner A untuk mendapatkan data mengenai karakteristik perawat. Kuesioner B untuk mendapatkan data mengenai fungsi

manajemen kepala ruang meliputi fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan dan pengendalian. Kuesioner C untuk mendapatkan data mengenai penerapan keselamatan pasien, dan kuesioner D untuk mendapatkan data mengenai penerapan keselamatan perawat.

4.6.1. Data karakteristik perawat

Data karakteristik perawat meliputi usia, pendidikan, masa kerja, pelatihan, dan jenis kelamin. Data ini diperoleh melalui pengisian kuesioner A oleh responden (lampiran 4). Kuesioner ini tidak mencantumkan nama responden akan tetapi kode responden yang diisi oleh peneliti untuk menjamin kerahasiaan data.

4.6.2. Fungsi manajemen kepala ruang

Pengumpulan data yang terkait dengan fungsi manajemen kepala ruang menurut persepsi perawat pelaksana dilakukan menggunakan kuesioner B (lampiran 5). Kuesioner B berisi pernyataan-pernyataan mengenai fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan dan pengendalian yang disusun oleh peneliti dengan mengacu pada teori fungsi manajemen keperawatan dikaitkan dengan keselamatan pasien dan perawat. Pernyataan dalam kuesioner dibuat dalam bentuk pernyataan positif (*favorable*) dan pernyataan negatif (*unfavorable*). Pengukuran menggunakan skala likert dengan empat kriteria. Pernyataan positif dengan kriteria penilaian 4 = selalu, 3 = sering, 2 = jarang, dan 1 = tidak pernah. Sedangkan pernyataan negatif menggunakan kriteria penilaian 1 = selalu, 2 = sering, 3 = jarang, dan 4 = tidak pernah. Kisi-kisi kuesioner A dapat dilihat pada tabel 4.6.2

Tabel 4.6.2. Kisi-kisi Kuesioner Fungsi Manajemen Kepala Ruang

Variabel	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorabel</i>	Jumlah
Perencanaan	1,2,3,5,6,7	4,6	8
Pengorganisasian	9,10,11,12,13,14,16	15	8
Pengaturan staf	17,18,19,20,23	21,23	7
Pengarahan	24,25,27,28,29, 30	26,31	8
Pengendalian	32,33,34,36,38	35,37,39	8
Jumlah			39

4.6.3. Penerapan keselamatan pasien

Pengumpulan data mengenai penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana menggunakan Kuesioner C (lampiran 6). Kuesioner C disusun oleh peneliti dengan sub variabel mengacu pada sembilan solusi keselamatan pasien rumah sakit terdiri atas perhatian pada NORUM, pengidentifikasian pasien, komunikasi saat operan, kepastian tindakan yang benar, pengendalian cairan elektrolit pekat, akurasi ketepatan pemberian obat, pencegahan salah sambung katater/slang, penggunaan injeksi sekali pakai, dan kebersihan tangan perawat (*WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007; Depkes 2008; KKPRS, 2007*). Pernyataan dalam kuesioner dibuat dalam bentuk pernyataan positif (*favorable*) dan pernyataan negatif (*unfavorable*). Pengukuran menggunakan skala likert dengan empat kriteria. Pernyataan positif dengan kriteria penilaian 4 = selalu, 3 = sering, 2 = jarang, dan 1 = tidak pernah. Sedangkan pernyataan negatif kriteria penilaian 1 = selalu, 2 = sering, 3 = jarang, dan 4 = tidak pernah. Kisi-kisi kuesioner penerapan keselamatan pasien dapat dilihat pada tabel 4.6.3

Tabel 4.6.3. Kisi-kisi Kuesioner Penerapan Keselamatan Pasien

Sub variabel	Favorable	Unfavorabel	Jumlah
Perhatian pada NORUM	1,4,5	2,3	5
Pengidentifikasian pasien	6,7,8,10,11	9	6
Komunikasi saat operan	12,15	13,14	4
Kepastian tindakan yang benar	17,18,19	16,20	5
Pengendalian cairan elektrolit pekat	21,23,25	22,24	5
Ketepatan pemberian obat	26,29,30	27,28	5
Pencegahan salah sambung katater/slang	31,33,35	32,34	5
Penggunaan injeksi sekali pakai	36,37,39	38	4
Kebersihan tangan perawat	40,41,43	42,44	5
Jumlah			44

4.6.4. Penerapan keselamatan perawat

Pengumpulan data penelitian mengenai penerapan keselamatan perawat dilakukan menggunakan kuesioner D (lampiran 7). Pernyataan dalam kuesioner disusun oleh peneliti untuk mengetahui penerapan keselamatan perawat meliputi tindakan aman pada penanganan agen biologi, penanganan luka tusuk jarum, risiko bahan kimia, risiko fisik, dan mekanik. Pernyataan dalam kuesioner dibuat dalam bentuk

pernyataan positif (*favorable*) dan pernyataan negatif (*unfavorable*). Pengukuran menggunakan skala likert dengan empat kriteria. Pernyataan positif dengan kriteria penilaian 4 = selalu, 3 = sering, 2 = jarang, dan 1 = tidak pernah. Sedangkan pernyataan negatif kriteria penilaian 1 = selalu, 2 = sering, 3 = jarang, dan 4 = tidak pernah. Kisi-kisi kuesioner penerapan keselamatan pasien dapat dilihat pada tabel 4.6.4.

Tabel 4.6.4. Kisi-kisi Kuesioner Penerapan Keselamatan Perawat

Sub variabel	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorabel</i>	Jumlah
Tindakan keselamatan perawat berkaitan agen biologi	1,2	3,4	4
Tindakan keselamatan perawat berkaitan pemberian sitostatika	5,6,8	7,9	5
Tindakan keselamatan perawat berkaitan kejadian luka tusuk jarum	12,13,14	10,11	5
Tindakan keselamatan perawat berkaitan dengan risiko mekanik	16	15,17	3
Tindakan keselamatan perawat berkaitan risiko fisik	18,19,20	21	4
Jumlah			21

4.7. Pengujian Instrumen

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini telah dilakukan uji coba instrumen untuk mengetahui pemahaman responden terhadap isi kalimat, mengukur reliabilitas dan validitas kuesioner. Uji coba instrumen dilaksanakan dengan tujuan untuk mendapatkan data yang akurat dan obyektif (Hastono, 2007). Uji instrumen dilakukan pada 30 perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada tanggal 18 – 21 Mei 2011. Pertimbangan pemilihan lokasi uji instrumen di RSUD Moewardi Surakarta, karena merupakan rumah sakit tipe A pendidikan dan memiliki karakteristik yang hampir sama dengan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

4.7.1. Validitas

Validitas menunjuk pada ketepatan alat ukur yang berarti instrumen penelitian itu benar-benar mengukur apa yang seharusnya diukur (Hastono, 2007; Notoatmodjo, 2010). Uji validitas dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor total. Teknik korelasi menggunakan korelasi *Pearson Product Moment* (Hastono, 2007). Keputusan uji membandingkan nilai r hasil tiap item pernyataan dengan r tabel. Nilai r tabel dilihat pada tingkat kemaknaan 5% untuk jumlah sampel 30 orang, maka nilai r tabel adalah 0,361.

Hasil uji validitas untuk kuesioner B (fungsi manajemen kepala ruang) didapatkan 7 pernyataan tidak valid (r hasil $< 0,361$). Selanjutnya ada 1 pernyataan yang dihilangkan dan 6 pernyataan dimodifikasi karena r hasil $> 0,2$ dan dianggap penting. Hasil uji validitas kuesioner C (penerapan keselamatan pasien) didapatkan 6 pernyataan tidak valid (r hasil $< 0,361$). Pernyataan yang tidak valid 1 pernyataan dihilangkan (r hasil = 0,0627) sementara 5 pernyataan dengan $r > 0,2$ dan dianggap penting dilakukan modifikasi. Hasil uji validitas kuesioner D (penerapan keselamatan perawat) didapatkan 13 pernyataan tidak valid. Selanjutnya 4 pernyataan dihilangkan (r hasil 0,003 – 0,1) dan 9 pernyataan dengan $r > 0,2$ dimodifikasi.

Kuesioner yang telah direvisi selanjutnya digunakan dalam penelitian. Hasil validitas kuesioner pada penelitian ini kuesioner B (0,2329-0,8709), Kuesioner C (0,2338-0,6419), dan kuesioner D (0,2435-0,5894). Nilai r tabel untuk jumlah responden 77 ($df=75$) pada tingkat kemaknaan 5% adalah 0,232, sehingga dapat disimpulkan berdasar nilai uji validitas bahwa kuesioner pada penelitian ini valid.

4.7.2. Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen penelitian konsisten dalam memberikan penilaian atas apa yang diukur sehingga dapat dipercaya. Item pernyataan pada kuesioner yang sudah valid secara bersama-sama diukur reliabilitasnya. Uji reliabilitas dilakukan dengan membandingkan *Alpha Cronbach's* dengan r table. Hasil uji reliabilitas kuesioner B didapatkan nilai r

alpha sebesar 0,9569, kuesioner C didapatkan nilai r alpha sebesar 0,9593, dan kuesioner D didapatkan nilai r alpha sebesar 0,8634. Berdasar nilai r alpha maka ketiga instrumen tersebut reliabel.

Kuesioner yang sudah diperbaiki sesuai dengan hasil uji instrumen, selanjutnya digunakan dalam penelitian. Nilai r alpha kuesioner dalam penelitian ini, kuesioner B sebesar 0,9641, Kuesioner C 0,9303, dan kuesioner D sebesar 0,8109. Nilai r tabel untuk jumlah responden 77 ($df=75$) pada tingkat kemaknaan 5% adalah 0,232. Nilai r alpha pada penelitian ini lebih besar dari nilai r tabel, sehingga dapat disimpulkan berdasar uji reliabilitas bahwa kuesioner pada penelitian ini reliabel.

4.8. Prosedur pengumpulan data

4.8.1. Prosedur administrasi

Prosedur administrasi dilakukan sebelum melaksanakan penelitian di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Kegiatan pertama yang dilakukan yaitu mendapat ijin pembimbing untuk melakukan penelitian pada 5 Mei 2011. Selanjutnya peneliti mengajukan permohonan uji etik terhadap rencana penelitian kepada komite etik FIK UI pada 6 Mei 2011.

Permohonan ijin penelitian ke Direktur SDM dan Pendidikan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta peneliti ajukan pada 9 Mei 2011 (lampiran 8). Peneliti menyelesaikan beberapa prosedur untuk mendapatkan perijinan penelitian. Penyelesaian prosedur perijinan dilakukan setelah surat permohonan ijin penelitian dari FIK UI didisposisi ke Bagian Diklit RSUP Dr. Sardjito. Peneliti mendapat surat pengantar dari bagian diklit ke kepala instalasi rawat inap I, selanjutnya surat pengantar beserta proposal penelitian diserahkan ke kepala IRNA I untuk ditelaah. Surat jawaban dari kepala IRNA I yang menyatakan persetujuan untuk dilakukan penelitian di IRNA I peneliti dapat kurang lebih 1 minggu kemudian. Persetujuan dari kepala IRNA I disertai dengan syarat teknis untuk melakukan presentasi rencana penelitian di IRNA I yang dijadwalkan pada 1 Juni 2011. Selanjutnya surat jawaban tersebut peneliti serahkan ke bagian diklit, kemudian peneliti mengurus kembali prosedur penelitian ke kepala IRNA II seperti yang peneliti

jalani di IRNA I. Disposisi jawaban dari kepala IRNA II pada prinsipnya menyetujui pelaksanaan penelitian di IRNA II, akan tetapi harus disertai dengan *ethical clearance*. *Ethical clearance* yang disyaratkan oleh diklit RSUP Dr. Sardjito adalah *ethical clearance* yang dikeluarkan oleh FK UGM. Persyaratan ini tidak bisa peneliti dapatkan berkaitan dengan kebijakan institusi.

Peneliti mendapat keterangan lolos uji etik (*ethical clearance*) dari komite etik penelitian FIK UI pada 23 Mei 2011 yang menyatakan bahwa rencana penelitian yang diajukan telah memenuhi kaidah etik dan dapat dilanjutkan untuk penelitian (lampiran 9). Konfirmasi ijin penelitian di IRNA I dari bagian diklit RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta peneliti peroleh pada 31 Mei 2011 (lampiran 10).

4.8.1. Prosedur teknis

Prosedur teknis yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu melaksanakan presentasi rencana penelitian di IRNA I RSUP Dr. Sardjito pada 1 juni 2011 (lampiran 11). Presentasi diikuti oleh kepala instalasi, penanggung jawab pelayanan lantai dasar, lantai I, II, dan III, serta seluruh kepala ruang di IRNA I. Setelah kegiatan presentasi dilakukan dan dinyatakan mendapat persetujuan dari kepala IRNA I, peneliti mendapat pengantar penelitian dari kepala instalasi rawat inap I ke penanggungjawab pelayanan lantai dasar, lantai I, II dan III serta masing-masing kepala ruang di ruang rawat inap IRNA I pada 3 Juni 2011. Kegiatan koordinasi dengan penanggungjawab pelayanan lantai dasar, I, II, dan III dilakukan pada 6-7 juni 2011. Koordinasi dengan kepala ruang untuk persiapan pelaksanaan penelitian dilakukan pada 8-9 juni 2011. Kegiatan pengumpulan data penelitian dilaksanakan 10 – 22 Juni 2011.

Tahap pengumpulan data peneliti lakukan dengan memberikan kuesioner kepada responden penelitian. Waktu untuk menemui responden disesuaikan dengan waktu luang perawat, pada jadwal dinas pagi antara jam 11.00 - 14.00 WIB, sementara dinas sore antara jam 16.00 - 17.00 WIB. Peneliti memberi penjelasan tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian kepada responden secara tertulis. Responden yang telah memahami penjelasan penelitian dan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian menyatakan persetujuan dengan menandatangani

lembar *inform consent*. Responden diberi keleluasaan untuk mengisi kuesioner sesuai dengan petunjuk pengisian. Responden yang tidak bisa langsung mengisi kuesioner diperbolehkan untuk membawa pulang kuesioner. Setelah waktu yang disepakati maka peneliti mengambil kuesioner yang telah diisi oleh responden dan memeriksa kembali kelengkapan pengisian kuesioner. Peneliti pada tahap pengumpulan data penelitian ini juga mendapat bantuan dari kepala ruang dalam pemberian dan pengumpulan kuesioner. Pengembalian kuesioner penelitian dari responden berkisar antara 1 jam s.d. 5 hari sejak kuesioner diberikan kepada responden.

4.9. Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1. Pengolahan data

Pengolahan data dilaksanakan setelah data yang diperlukan terkumpul. Proses yang dilakukan meliputi *editing, coding, entry, dan cleaning*. *Editing*, yaitu memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner yang telah diserahkan oleh responden. Proses editing ini peneliti lakukan dengan melihat kembali dan memeriksa jawaban yang diberikan oleh responden meliputi kelengkapan, kejelasan tulisan, relevan, dan konsistensi jawaban. Kelengkapan jawaban peneliti periksa pada saat mengambil kuesioner pada responden. Jawaban yang belum lengkap, peneliti tanyakan kembali kepada responden.

Coding, yaitu mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan (Hastono, 2007). Kegiatan ini dilakukan untuk mengubah data yang didapatkan dari responden agar mudah dibaca, dipahami dan diinterpretasikan. Kegiatan ini peneliti lakukan pada 23 Juni 2011. Koding disesuaikan dengan definisi operasional yang telah ditetapkan pada penelitian ini.

Kegiatan yang dilakukan setelah semua kuesioner selesai diberikan *coding* adalah *entry* data pada 24-25 Juni 2011. *Entry*, yaitu memasukkan data yang sudah terisi penuh dan benar ke program komputer sesuai dengan hasil *coding*. Tahap terakhir adalah *cleaning* data pada 26 Juni 2011, yaitu mengecek kembali data yang sudah di *entry*. *Cleaning* dilakukan dengan membuat distribusi frekuensi

untuk mengetahui data yang hilang (*missing*), variasi dan konsistensi data agar seluruh data yang di *entry* bebas dari kesalahan.

4.9.2. Analisis data

4.9.2.1. Analisis univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Hasil analisis disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. Data yang berupa data numerik menggunakan nilai mean, median, standar deviasi, nilai minimal, maksimal dan nilai *confidence interval* (CI). Data yang berupa data katagorik menggunakan distribusi frekuensi dengan persentase atau proporsi (Hastono, 2007).

4.9.2.2. Analisis bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengidentifikasi hubungan antara dua variabel (Notoatmodjo, 2010). Pemilihan uji statistik yang digunakan berdasarkan pada jenis data serta jumlah variabel yang diteliti. Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan uji *chi square*, sebab baik variabel independen maupun dependen berbentuk data katagorik.

4.9.2.3. Analisis multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui variabel independen yang paling berhubungan terhadap variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda. Uji regresi logistik ganda digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel dependen berbentuk katagorik dan variabel independennya campuran antara variabel katagorik dan numerik (Hastono, 2007).

Tahapan analisis multivariat meliputi: pemilihan variabel kandidat dan pemodelan (Hastono, 2007):

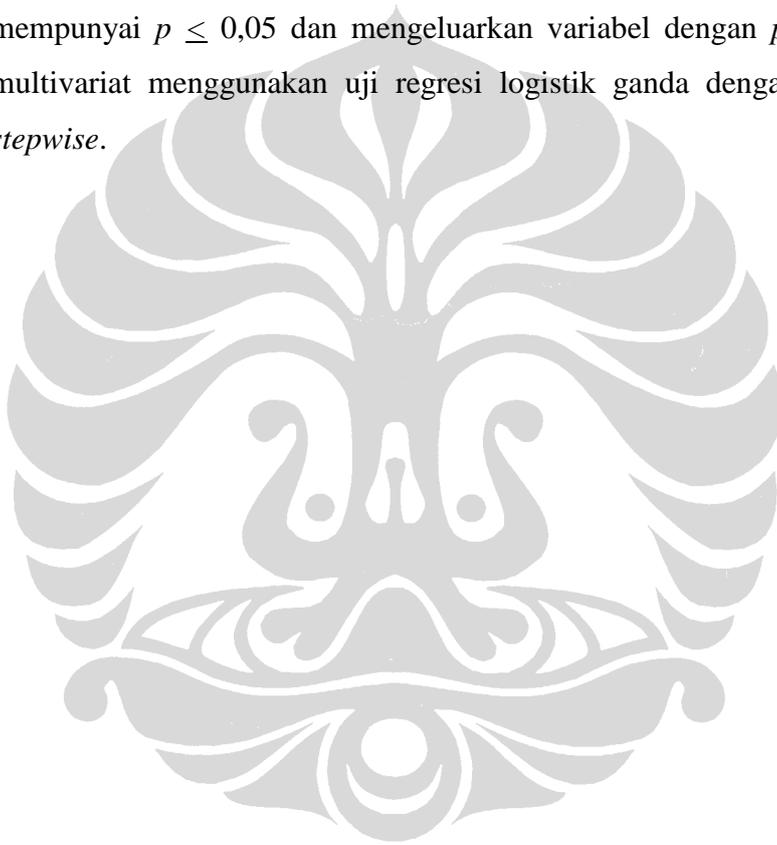
1) Pemilihan variabel kandidat

Hastono (2007) menyebutkan masing-masing variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Variabel yang saat dilakukan uji memiliki $p < 0.25$ dan mempunyai kemaknaan secara substansi dapat dijadikan

sebagai kandidat yang akan dimasukkan ke dalam model multivariat. Sedangkan jika analisis bivariat menghasilkan $p > 0,25$ namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana.

2) Pemodelan multivariat

Pada tahap pemodelan multivariat dilakukan pemilihan variabel yang dianggap penting untuk masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p \leq 0,05$ dan mengeluarkan variabel dengan $p > 0,05$. Pemodelan multivariat menggunakan uji regresi logistik ganda dengan metode *backward stepwise*.



BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil penelitian mengenai hubungan fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien dan perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Penelitian dilaksanakan pada 77 perawat pelaksana IRNA I di bulan Juni 2011. Hasil penelitian disajikan berdasarkan hasil analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

5.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi setiap variabel dalam penelitian. Hasil analisis univariat memberikan gambaran mengenai fungsi manajemen kepala ruang (fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan, dan pengendalian), karakteristik perawat (usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan), penerapan keselamatan pasien, dan penerapan keselamatan perawat.

5.1.1. Penerapan keselamatan pasien

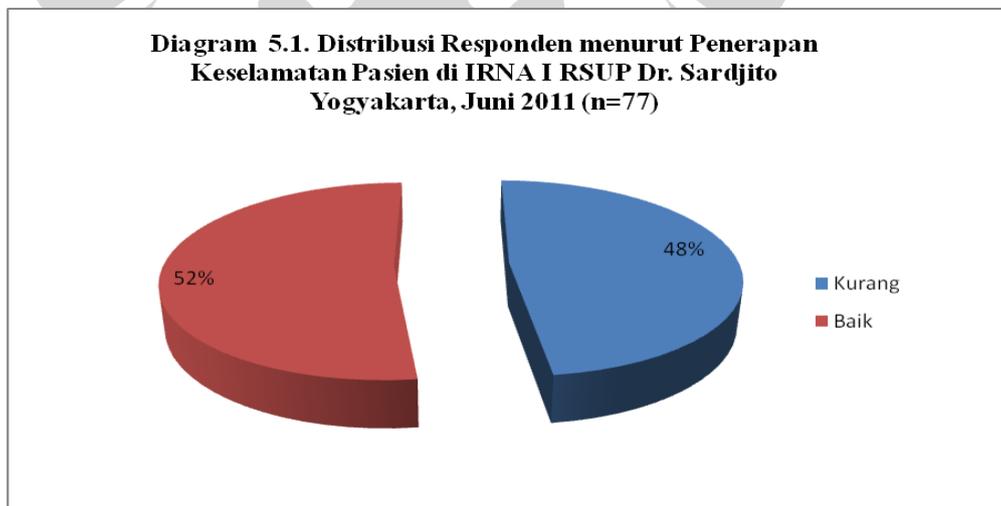


Diagram 5.1 memberikan gambaran perawat yang mempersepsikan dirinya menerapkan keselamatan pasien secara baik sebanyak 52%, dan masih ada perawat yang mempersepsikan dirinya menerapkan keselamatan pasien secara kurang yaitu sebanyak 48%.

Hasil penelitian didapatkan data penerapan keselamatan pasien yang masih kurang ada pada seluruh komponen. Komponen tersebut meliputi komunikasi secara benar saat serah terima pasien, yaitu sebanyak 5,2% menyatakan selalu dan sering tidak melakukan serah terima pasien dengan perawat shift berikutnya (operan dinas) di ruang pasien, dan 24,7% menyatakan operan dinas dilakukan tanpa melibatkan pasien. Komponen kepastian tindakan benar pada sisi tubuh yang benar didapatkan data sebanyak 6,5% menyatakan tidak menjelaskan tujuan tindakan pada pasien, dan 8,1% menyatakan tidak melibatkan pasien dan keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan. Komponen pengendalian cairan elektrolit pekat didapatkan hasil sebanyak 10,4% mengakui selalu dan sering memberikan infus cairan elektrolit pekat tanpa terlebih dahulu mempelajari protokol pemberian cairan elektrolit pekat, 3,9% menyatakan tidak mengobservasi pemberian cairan infus elektrolit pekat secara berkala, dan 3,9% mengakui jarang mendokumentasikan pemberian cairan elektrolit pekat di catatan keperawatan. Komponen meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial masih terdapat penerapan yang kurang yaitu sebanyak 9,1 % menyatakan jarang mencuci tangan sebelum memberikan tindakan keperawatan, 11,7 % menyatakan selalu dan sering melakukan tindakan keperawatan tanpa memakai sarung tangan, 5,2 % mengakui jarang mencuci tangan dengan tujuh langkah cuci tangan secara benar, dan 5,2 % menyatakan selalu dan sering tidak mencuci tangan menggunakan alkohol *hand rub* sebelum kontak dengan pasien.

5.1.2. Penerapan keselamatan perawat

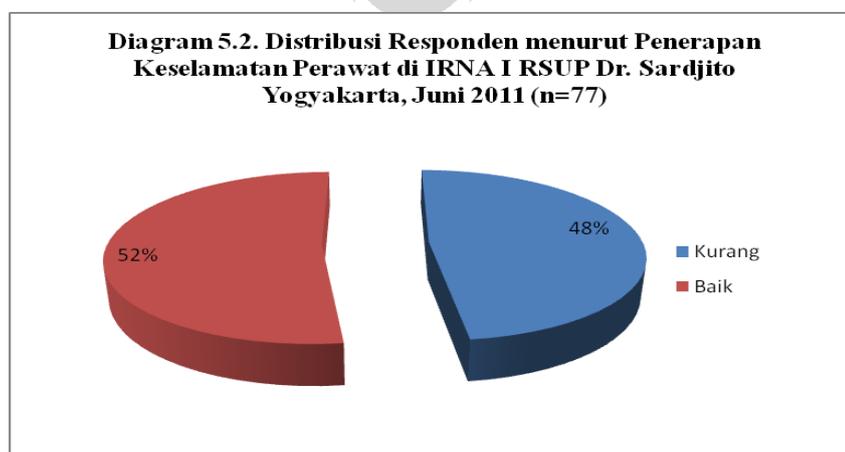


Diagram 5.2. menunjukkan gambaran perawat yang mempersepsikan dirinya menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 52%, dan masih ada perawat yang mempersepsikan dirinya menerapkan keselamatan perawat secara kurang yaitu sebesar 48% perawat.

Hasil penelitian didapatkan data penerapan keselamatan perawat yang masih kurang ada pada 4 komponen. Komponen tersebut meliputi tindakan aman pada penanganan agen biologi, yaitu masih ada perawat yang menyatakan selalu dan sering melakukan perawatan luka pada pasien tanpa mengenakan sarung tangan sebanyak 6,5%, dan menyatakan selalu dan sering kontak dengan pasien yang berisiko menularkan penyakitnya lewat droplet (*air borne infection*) tanpa memakai masker sebanyak 10,4%.

Penerapan keselamatan perawat pada pemberian sitostatika didapatkan hasil masih ada 2,6% yang menyatakan tidak pernah dan jarang memakai masker bila memberikan obat sitostatika, 20,8% menyatakan tidak pernah dan jarang menggunakan skort, 20,8% mengakui memberikan obat sitostatika tanpa mengenakan kaca mata khusus, 15,6% menyatakan tidak pernah memakai topi khusus, dan 28,6% menyatakan jarang memakai topi khusus saat memberikan obat sitostatika. Perawat yang menyatakan selalu dan sering memberikan obat sitostatika tanpa memakai sarung tangan sebanyak 6,5%.

Komponen tindakan aman terhadap bahaya fisik khususnya luka tusuk jarum didapatkan masih ada 9,1% perawat menyatakan selalu dan sering tidak menerapkan teknik satu tangan saat menutup jarum spuit yang telah digunakan untuk tindakan pada pasien. Perawat yang menyatakan selalu dan sering pada tindakan tidak akan melapor bila mengalami luka tusuk jarum yang belum digunakan untuk tindakan pada pasien sebanyak 22,1%. Perawat yang menyatakan jarang untuk melakukan tindakan segera melapor bila mengalami luka tusuk jarum saat melakukan tindakan pada pasien sebanyak 7,8%. Sementara itu perawat yang menyatakan jarang untuk melakukan tindakan segera melapor bila mengalami luka tusuk jarum yang telah digunakan untuk tindakan pada

pasien sebesar 6,5%. Penerapan keselamatan perawat terhadap bahaya mekanik didapatkan hasil sebanyak 18,2% perawat menyatakan melakukan tindakan mengangkat pasien yang memiliki berat badan lebih dari berat badannya tanpa meminta bantuan rekan perawat lainnya, dan 9,1% perawat menyatakan selalu dan sering memindahkan pasien tanpa memperhatikan teknik yang benar.

5.1.3. Fungsi manajemen kepala ruang

Tabel 5.1. Distribusi Responden menurut Fungsi Manajemen Kepala Ruang di IRNA IRSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)

No	Variabel	Frekuensi	%
1	Fungsi perencanaan		
	a. Kurang	33	42,9
	b. Baik	44	57,1
2	Fungsi pengorganisasian		
	a. Kurang	27	35,1
	b. Baik	50	64,9
3	Fungsi pengaturan staf		
	a. Kurang	37	48,1
	b. Baik	40	51,9
4	Fungsi pengarahan		
	a. Kurang	36	46,8
	b. Baik	41	53,2
5	Fungsi pengendalian		
	a. Kurang	35	45,5
	b. Baik	42	54,5

Fungsi manajemen kepala ruang terdiri dari lima variabel meliputi fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan, dan pengendalian. Tabel 5.1. menunjukkan bahwa lebih banyak perawat yang memiliki persepsi baik terhadap fungsi manajemen kepala ruang dibandingkan dengan perawat yang memiliki persepsi kurang baik. Perawat yang memiliki persepsi baik terhadap fungsi perencanaan kepala ruang sebanyak 57,1%. Fungsi pengorganisasian dipersepsikan baik sebesar 64,9%, fungsi pengaturan staf baik sebanyak 51,9% perawat, fungsi pengarahan baik sebanyak 53,2% perawat, dan fungsi pengendalian baik sebanyak 54,5%.

Hasil penelitian didapatkan masih ada beberapa pelaksanaan fungsi perencanaan kepala ruang yang dipersepsikan kurang oleh perawat. Fungsi perencanaan yang masih kurang meliputi 16,9% perawat menyatakan kepala ruang jarang menyusun tujuan pelayanan keperawatan yang mendukung keselamatan pasien, 14,3% menyatakan kepala ruang jarang menyusun tujuan pelayanan keperawatan yang mendukung keselamatan perawat, 10,4% menyatakan kepala ruang jarang menyusun rencana kerja. Perawat yang menyatakan kepala ruang jarang menyusun aturan penerapan keselamatan pasien sebanyak 18,2%. Perawat yang menyatakan kepala ruang jarang menyusun rencana penilaian kerja sebanyak 16,5%, sementara 15,6% perawat menyatakan jarang melakukan sosialisasi rencana penilaian kerja.

Fungsi pengorganisasian yang masih dipersepsikan kurang meliputi masing-masing 14,3% menyatakan kepala ruang jarang menentukan staf yang terlibat dalam kegiatan penerapan keselamatan pasien maupun perawat, 13% menyatakan kepala ruang jarang menyusun uraian tugas staf keselamatan perawat, 19,5% perawat menyatakan kepala ruang jarang menyusun uraian tugas staf yang terlibat dalam penerapan keselamatan perawat.

Fungsi pengarahan kepala ruang yang dipersepsikan kurang oleh perawat meliputi 9,1% menyatakan kepala ruang jarang memotivasi staf perawat untuk bekerja sesuai standar operasional prosedur (SOP), masing-masing 10,4% menyatakan kepala ruang jarang membimbing staf dalam menerapkan keselamatan pasien maupun keselamatan perawat. Perawat yang menyatakan kepala ruang jarang memberi teguran pada staf perawat yang mengabaikan aspek keselamatan pasien sebanyak 11,7%, dan 16,9% menyatakan kepala ruang tidak memberi pujian pada staf yang bekerja sesuai SOP.

Fungsi pengendalian kepala ruang yang masih dipersepsikan kurang oleh perawat meliputi 11,7% menyatakan kepala ruang jarang menilai tindakan asuhan keperawatan staf, 13% menyatakan kepala ruang jarang melakukan evaluasi terhadap penerapan keselamatan pasien. Perawat yang menyatakan kepala ruang

jarang mendiskusikan insiden keselamatan pasien dalam pertemuan staf sebanyak 13 %, sebanyak 11,7% menyatakan kepala ruang jarang membahas hambatan penerapan keselamatan pasien dengan staf perawat.

5.1.2. Karakteristik perawat

Karakteristik perawat pelaksana dalam penelitian ini terdiri dari: usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan. Data karakteristik usia responden didapatkan hasil usia perawat paling rendah 23 tahun dan paling tinggi 55 tahun, dengan rata-rata usia responden 38,5 tahun. Data masa kerja didapatkan masa kerja perawat pelaksana yang menjadi responden dalam penelitian ini minimal 1 tahun dan paling tinggi 30 tahun, dengan rata-rata masa kerja 15,24 tahun. Distribusi karakteristik responden secara lengkap disajikan pada tabel 5.2.

Tabel 5.2. Distribusi Responden menurut Karakteristik di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)

No	Karakteristik	Frekuensi	%
1	Usia		
	a. < 38,5	39	50,6
	b. ≥ 38,5	38	49,4
2	Jenis kelamin		
	a. Laki-laki	17	22,1
	b. Perempuan	60	77,9
3	Pendidikan		
	a. SPK	3	3,9
	b. D III Keperawatan	65	84,4
	c. S 1 Keperawatan	9	11,7
4	Masa kerja		
	a. < 15,24 tahun	41	53,2
	b. ≥ 15,24 tahun	36	46,8
5	Pelatihan		
	a. Belum pernah	35	45,5
	b. Pernah	42	54,5

Tabel 5.2. menunjukkan bahwa karakteristik umur perawat yang memiliki usia < 38,5 tahun lebih banyak (50,6%) dibanding usia ≥ 38,5 tahun. Responden didominasi oleh perawat perempuan (77,9%) dengan tingkat pendidikan sebagian besar (84,4%) D III Keperawatan. Perawat yang memiliki masa kerja < 15,24

tahun lebih banyak (53,2%) dibanding masa kerja $\geq 15,24$ tahun, sementara perawat yang pernah mengikuti pelatihan sebanyak 54,5%.

5.2. Analisis Bivariat

5.2.1. Hubungan fungsi manajemen kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien.

Hasil analisis hubungan antara variabel fungsi manajemen kepala ruang (fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan, dan pengendalian) dengan penerapan keselamatan pasien dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3. Analisis Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)

No	Variabel	Penerapan Keselamatan Pasien						OR (95% CI)	P
		Kurang		Baik		Total			
		n	%	n	%	n	%		
1	Fungsi perencanaan								
	Kurang	21	63,6	12	36,4	33	100	3,063 (1,198-7,826)	0,032*
Baik	16	36,4	28	63,6	44	100			
2	Fungsi pengorganisasian								
	Kurang	19	70,4	8	29,6	27	100	4,222 (1,541-11,568)	0,008*
Baik	18	36,0	32	64,0	50	100			
3	Fungsi pengaturan staf								
	Kurang	24	64,9	13	35,1	37	100	3,834 (1,49-9,867)	0,009*
Baik	13	32,5	27	67,5	40	100			
4	Fungsi pengarahan								
	Kurang	25	69,4	11	30,6	36	100	5,492 (2,067-14,597)	0,001*
Baik	12	29,3	29	70,7	41	100			
5	Fungsi pengendalian								
	Kurang	26	74,3	9	25,7	35	100	8,141 (2,92-22,65)	0,000*
Baik	11	26,2	31	73,8	42	100			

*Bermakna pada $\alpha 0,05$

5.2.1.1. Hubungan fungsi perencanaan dengan penerapan keselamatan pasien

Analisis hubungan antara fungsi perencanaan dengan penerapan keselamatan pasien yang ditunjukkan pada tabel 5.3 diperoleh bahwa perawat yang mempersepsikan fungsi perencanaan kurang menerapkan keselamatan pasien

secara baik sebanyak 36,4%, sementara perawat yang mempersepsikan fungsi perencanaan baik menerapkan keselamatan pasien baik sebanyak 63,6%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi perencanaan dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,032$; $\alpha 0,05$). Berdasar nilai OR dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi perencanaan kepala ruang baik memiliki peluang 3,063 kali untuk menerapkan keselamatan pasien secara baik (CI 95%; OR= 3,063)

5.2.1.2. Hubungan fungsi pengorganisasian dengan penerapan keselamatan pasien
Tabel 5.3. menunjukkan bahwa berdasar analisis hubungan antara fungsi pengorganisasian dengan penerapan keselamatan pasien, diperoleh bahwa ada sebanyak 29,6% perawat yang mempersepsikan fungsi perencanaan kurang menerapkan keselamatan pasien secara baik, dan 64% perawat yang mempersepsikan fungsi perencanaan baik menerapkan keselamatan pasien secara baik. Hasil analisis statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi pengorganisasian dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,008$; $\alpha 0,05$). Berdasar nilai OR dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengorganisasian kepala ruang baik memiliki peluang 4,22 kali untuk menerapkan keselamatan pasien secara baik (CI 95%; OR= 4,22).

5.2.1.3. Hubungan fungsi pengaturan staf dengan penerapan keselamatan pasien
Analisis hubungan antara fungsi pengaturan staf dengan penerapan keselamatan pasien yang ditunjukkan pada tabel 5.3 diperoleh bahwa perawat yang mempersepsikan fungsi pengaturan staf kurang menerapkan keselamatan pasien secara baik sebanyak 35,1%, sementara perawat yang mempersepsikan fungsi pengaturan staf baik menerapkan keselamatan pasien baik sebanyak 67,5%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi pengaturan staf dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,009$; $\alpha 0,05$). Kesimpulan yang dapat diambil berdasar nilai OR adalah perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengorganisasian kepala ruang baik memiliki peluang 3,834 kali untuk menerapkan keselamatan pasien secara baik (CI 95%; OR= 3,834).

5.2.1.4. Hubungan fungsi pengarahan dengan penerapan keselamatan pasien

Tabel 5.3. menunjukkan bahwa perawat yang mempersepsikan fungsi pengarahan kurang menerapkan keselamatan pasien secara baik sebanyak 30,6%, sementara perawat yang mempersepsikan fungsi pengarahan baik menerapkan keselamatan pasien secara baik sebanyak 70,7%. Hasil analisis statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi pengarahan dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,001$; $\alpha 0,05$). Berdasar nilai OR dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengarahan kepala ruang baik memiliki peluang 5,492 kali untuk menerapkan keselamatan pasien secara baik (CI 95%; OR= 5,492).

5.2.1.5. Hubungan fungsi pengendalian dengan penerapan keselamatan pasien

Analisis hubungan antara fungsi pengendalian dengan penerapan keselamatan pasien (tabel 5.3) diperoleh hasil perawat yang mempersepsikan fungsi pengendalian kurang tetapi menerapkan keselamatan pasien secara baik sebanyak 25,7% dan perawat yang mempersepsikan fungsi pengendalian baik menerapkan keselamatan pasien secara baik 73,8%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi pengendalian dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,000$; $\alpha 0,05$). Nilai OR menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengendalian kepala ruang baik memiliki peluang 8,141 kali untuk menerapkan keselamatan pasien secara baik (CI 95%; OR= 8,141).

5.2.2. Hubungan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien

Hubungan antara karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien ditampilkan pada tabel 5.4.

Tabel 5.4. Analisis Hubungan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien di IRNA IRSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)

No	Karakteristik perawat	Penerapan Keselamatan Pasien				Total		OR (95% CI)	P
		Kurang		Baik		n	%		
		n	%	n	%				
1	Usia							0,572	
	< 38,5	17	43,6	22	56,4	39	100		
	≥38,5	20	52,6	18	47,4	38	100		
2	Jenis kelamin							0.713	
	Laki-laki	7	41,2	10	58,8	17	100		
	Perempuan	30	50,0	30	50,0	60	100		
3	Pendidikan							0,156	
	SPK, D III	35	51,5	33	48,5	68	100		
	S1	2	22,2	7	77,8	9	100		
4	Masa kerja							0,314	
	< 15,24 tahun	17	41,5	24	58,5	20	100		
	≥ 15,24 tahun	20	55,6	16	44,4	57	100		
5	Pelatihan							0,355 (0,14-0,90)	
	Belum pernah	12	34,3	23	65,7	35	100	0,048*	
	Pernah	25	59,5	17	40,5	42	100		

*Bermakna pada α 0,05

5.2.2.1 Hubungan umur dengan penerapan keselamatan pasien

Analisis hubungan antara umur dengan penerapan keselamatan pasien yang ditunjukkan oleh tabel 5.4. diperoleh hasil sebanyak 56,4% perawat berusia < 38,5 tahun menerapkan keselamatan pasien secara baik, dan 47,4% perawat berusia ≥ 38,5 tahun menerapkan keselamatan pasien secara baik. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,572$; α 0,05).

5.2.2.2. Hubungan jenis kelamin dengan penerapan keselamatan pasien

Berdasar tabel 5.4. dapat diketahui bahwa sebanyak 58,8% perawat laki-laki menerapkan keselamatan pasien secara baik, dan 50,0% perawat perempuan menerapkan keselamatan pasien secara baik. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin perawat dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,713$; α 0,05).

5.2.2.3. Hubungan pendidikan dengan penerapan keselamatan pasien

Karakteristik pendidikan perawat dalam analisis bivariat ini pada awalnya dibedakan menjadi tiga kategori yaitu: (1) SPK, (2) D III Keperawatan, dan (3) S 1 Keperawatan. Hasil uji *chi square* menunjukkan terdapat 4 sel (66,7%) memiliki nilai harapan kurang dari 5, sehingga kemudian dilakukan penggabungan kategori variabel pendidikan menjadi dua yaitu: (1) SPK, DIII Keperawatan dan (2) S 1 keperawatan.

Analisis hubungan antara pendidikan perawat dengan penerapan keselamatan pasien, diperoleh bahwa perawat SPK dan DIII Keperawatan menerapkan keselamatan pasien baik sebanyak 48,5%, sementara perawat dengan pendidikan S 1 keperawatan menerapkan keselamatan pasien secara baik sebanyak 77,8%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan perawat dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,156$; $\alpha 0,05$).

5.2.2.3. Hubungan masa kerja dengan penerapan keselamatan pasien

Analisis hubungan antara masa kerja dengan penerapan keselamatan pasien pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa perawat dengan masa kerja $< 15,24$ tahun menerapkan keselamatan pasien baik sebanyak 58,5%, sementara perawat dengan pendidikan masa kerja $\geq 15,24$ tahun menerapkan keselamatan pasien secara baik sebanyak 44,4%. Hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja perawat dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,314$; $\alpha 0,05$).

5.2.2.3. Hubungan pelatihan dengan penerapan keselamatan pasien

Analisis hubungan antara pelatihan dengan penerapan keselamatan pasien (tabel 5.4) menunjukkan hasil perawat yang belum pernah pelatihan menerapkan keselamatan pasien baik sebanyak 65,7%, sementara perawat yang pernah mengikuti pelatihan menerapkan keselamatan pasien secara baik sebanyak 40,5%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,048$; $\alpha 0,05$).

Berdasar nilai OR dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang pernah mengikuti pelatihan memiliki peluang 0,355 kali untuk menerapkan keselamatan pasien (CI 95%; OR= 0,355).

5.2.3. Hubungan fungsi manajemen kepala ruang dengan penerapan keselamatan perawat

Analisis bivariat dilakukan pada fungsi manajemen kepala ruang antara fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengaturan staf, fungsi pengarahan dan fungsi pengendalian dengan penerapan keselamatan perawat. Hasil analisis ditampilkan pada tabel 5.5.

Tabel 5.5. Analisis Hubungan Fungsi Manajemen dengan Penerapan Keselamatan Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)

No	Variabel	Penerapan keselamatan perawat						OR (95 % CI)	P
		Kurang		Baik		Total			
		n	%	n	%	n	%		
1	Fungsi perencanaan								
	Kurang	21	63,6	12	36,4	33	100	3,063 (1,198-7,826)	0,032*
Baik	16	36,4	28	63,6	34	100			
2	Fungsi pengorganisasian								
	Kurang	17	63,0	10	37,0	27	100		0,092
Baik	20	40,0	30	60,0	50	100			
3	Fungsi pengaturan staf								
	Kurang	24	64,9	13	35,1	37	100	3,83 (1,49-9,86)	0,009*
Baik	13	32,5	27	67,5	40	100			
4	Fungsi pengarahan								
	Kurang	24	66,7	12	33,3	36	100	4,30 (1,65-11,19)	0,005*
Baik	13	31,7	28	68,3	41	100			
5	Fungsi pengendalian								
	Kurang	22	62,9	13	37,1	35	100	3,04 (1,2 - 7,73)	0,032*
Baik	15	35,7	27	64,3	42	100			

*Bermakna pada α 0,05

5.2.3.1. Hubungan fungsi perencanaan dengan penerapan keselamatan perawat

Analisis hubungan antara fungsi perencanaan dengan penerapan keselamatan perawat pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa perawat yang mempersepsikan fungsi perencanaan kurang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 36,4%, sementara perawat yang mempersepsikan fungsi perencanaan baik menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 63,6%. Hasil analisis statistik

lebih lanjut menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi perencanaan dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,032$; $\alpha 0,05$). Berdasar nilai OR dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi perencanaan kepala ruang baik memiliki peluang 3,063 kali untuk menerapkan keselamatan perawat secara baik (CI 95%; OR= 3,063).

5.2.3.2. Hubungan fungsi pengorganisasian dengan penerapan keselamatan perawat

Analisis hubungan antara fungsi pengorganisasian dengan penerapan keselamatan perawat pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa perawat yang mempersepsikan fungsi pengorganisasian kurang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 37,0%, sementara perawat yang mempersepsikan fungsi pengorganisasian baik menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 60,0%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara fungsi pengorganisasian dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,092$; $\alpha 0,05$).

5.2.3.3. Hubungan fungsi pengaturan staf dengan penerapan keselamatan perawat

Tabel 5.5 menunjukkan analisis hubungan antara fungsi pengaturan staf dengan penerapan keselamatan perawat dengan hasil perawat yang mempersepsikan fungsi pengaturan staf kurang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 35,1%, sementara perawat yang mempersepsikan fungsi pengaturan staf baik menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 67,5%. Hasil analisis statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi pengaturan staf dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,009$; $\alpha 0,05$). Kesimpulan yang dapat diambil berdasar nilai OR adalah perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengaturan staf kepala ruang baik memiliki peluang 3,83 kali untuk menerapkan keselamatan perawat secara baik (CI 95%; OR= 3,83).

5.2.3.4. Hubungan fungsi pengarahan dengan penerapan keselamatan perawat

Tabel 5.5 menunjukkan analisis hubungan antara fungsi pengarahan dengan penerapan keselamatan perawat diperoleh hasil, perawat yang mempersepsikan fungsi pengarahan kurang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak

33,3%, sementara perawat yang mempersepsikan fungsi pengarahan baik menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 68,3%. Hasil analisis statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi pengarahan dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,005$; $\alpha 0,05$). Berdasar nilai OR dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengarahan kepala ruang baik memiliki peluang 4,3 kali untuk menerapkan keselamatan perawat secara baik (CI 95%; OR= 4,30).

5.2.3.3. Hubungan fungsi pengendalian dengan penerapan keselamatan perawat

Analisis hubungan antara fungsi pengendalian dengan penerapan keselamatan perawat pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa perawat yang mempersepsikan fungsi pengendalian kurang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 37,1%, sementara perawat yang mempersepsikan fungsi pengendalian baik menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 64,3%. Analisis statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi pengendalian dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,032$; $\alpha 0,05$). Kesimpulan yang dapat diambil berdasar nilai OR adalah perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengendalian kepala ruang baik memiliki peluang 3,04 kali untuk menerapkan keselamatan perawat secara baik (CI 95%; OR= 3,04).

5.2.4 Hubungan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan perawat

Hasil analisis hubungan antara karakteristik perawat (umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan) dengan penerapan keselamatan perawat ditampilkan pada tabel 5.6.

Tabel 5.6. Analisis Hubungan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)

No	Karakteristik perawat	Penerapan Keselamatan Pasien				Total		p
		Kurang		Baik		N	%	
		n	%	N	%			
1	Usia							1,0
	< 38,5	19	48,7	20	51,3	39	100	
	≥38,5	18	47,4	20	52,6	38	100	
2	Jenis kelamin							1,0
	Laki-laki	8	47,1	9	52,9	17	100	
	Perempuan	29	48,3	31	51,7	60	100	
3	Pendidikan							0,299
	SPK, D III	35	51,5	33	48,5	68	100	
	S1	2	22,2	7	77,8	9	100	
4	Masa kerja							0,583
	< 15,24 tahun	18	43,9	23	56,1	20	100	
	≥ 15,24 tahun	19	52,8	17	47,2	57	100	
5	Pelatihan							0,546
	Belum pernah	15	42,9	20	57,1	35	100	
	Pernah	22	52,4	20	47,6	42	100	

5.2.4.1. Hubungan usia dengan penerapan keselamatan perawat

Analisis hubungan antara usia perawat dengan penerapan keselamatan perawat pada tabel 5.6, diperoleh hasil perawat berusia < 38,5 tahun menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 51,3%, sedangkan perawat berusia ≥ 38,5 tahun menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 52,6%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan penerapan keselamatan perawat ($p=1,0$; $\alpha 0,05$).

5.2.4.2. Hubungan jenis kelamin dengan penerapan keselamatan perawat

Analisis hubungan antara jenis kelamin perawat dengan penerapan keselamatan perawat yang ditunjukkan pada tabel 5.6. diperoleh hasil perawat laki-laki yang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 52,9%, sementara perawat perempuan yang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 51,7%. Hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin perawat dengan penerapan keselamatan perawat ($p=1,0$; $\alpha 0,05$).

5.2.4.3. Hubungan pendidikan dengan penerapan keselamatan perawat

Karakteristik pendidikan perawat dalam analisis bivariat ini pada awalnya dibedakan menjadi tiga kategori yaitu: (1) SPK, (2) D III Keperawatan, dan (3) S 1 Keperawatan. Hasil uji *chi square* menunjukkan terdapat 4 sel (66,7%) memiliki nilai harapan kurang dari 5, sehingga kemudian dilakukan penggabungan kategori variabel pendidikan menjadi dua yaitu: (1) SPK, DIII Keperawatan dan (2) S 1 keperawatan.

Analisis hubungan antara pendidikan perawat dengan penerapan keselamatan perawat, diperoleh bahwa perawat SPK dan DIII Keperawatan menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 48,5%, sementara perawat dengan pendidikan S 1 keperawatan menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 77,8%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan perawat dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,299$; $\alpha 0,05$).

5.2.4.2. Hubungan masa kerja dengan penerapan keselamatan perawat

Analisis hubungan antara masa kerja perawat dengan penerapan keselamatan perawat (tabel 5.6) menunjukkan bahwa perawat dengan masa kerja $< 15,24$ tahun menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 56,1%, sementara perawat dengan pendidikan masa kerja $\geq 15,24$ tahun menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 47,2%. Hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja perawat dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,583$; $\alpha 0,05$).

5.2.4.2. Hubungan pelatihan dengan penerapan keselamatan perawat

Analisis hubungan antara pelatihan dengan penerapan keselamatan perawat pada tabel 5.6. menunjukkan bahwa perawat yang belum pernah pelatihan menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 57,1%, sementara perawat yang pernah mengikuti pelatihan menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 47,6%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,546$; $\alpha 0,05$).

5.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dalam penelitian ini dilakukan dua kali. Pertama analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan secara bersama-sama antara variabel fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien. Analisis multivariat yang kedua dilakukan untuk melihat hubungan secara bersama-sama antara variabel fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan perawat. Analisis dilakukan menggunakan regresi logistik ganda.

5.3.1. Analisis multivariat variabel fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien

Langkah yang dilakukan:

5.3.1.1. Seleksi bivariat

Seleksi bivariat dilakukan untuk menentukan variabel bebas yang menjadi kandidat untuk masuk dalam pemodelan multivariat variabel penerapan keselamatan pasien. Variabel yang diikutsertakan dalam pemodelan adalah variabel dengan hasil uji bivariat menunjukkan $p < 0,25$. Hasil seleksi bivariat dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7. Hasil Seleksi Bivariat untuk Kandidat Model pada Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)

Variabel	P
Fungsi perencanaan	0,017*
Fungsi pengorganisasian	0,004*
Fungsi pengaturan staf	0,004*
Fungsi pengarahan	0,000*
Fungsi pengendalian	0,000*
Usia	0,427
Jenis kelamin	0,519
Pendidikan	0,204*
Masa kerja	0,216*
Pelatihan	0,026*

*variabel dengan $p < 0,25$

Tabel 5.7 menunjukkan ada delapan variabel yang mempunyai $p < 0,25$. Variabel fungsi manajemen kepala ruang yang menjadi kandidat dalam pemodelan multivariat yaitu variabel fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengaturan staf, fungsi pengarahan, dan fungsi pengendalian. Variabel karakteristik perawat yang masuk dalam pemodelan adalah pendidikan, masa kerja, dan pelatihan.

5.3.1.2. Pemodelan akhir

Tahap pemodelan multivariat menggunakan regresi logistik dengan metode *backward stepwise*. Metode ini dimulai dengan memasukkan semua variabel kandidat secara bersama-sama, kemudian secara otomatis sistem komputer akan mengeluarkan variabel satu persatu dari model jika $p > 0,05$ hingga diperoleh pemodelan akhir.

Tahap pemodelan pada variabel penerapan keselamatan pasien meliputi 7 tahap yaitu:

- a. Pertama adalah memasukkan variabel bebas yang memiliki $p > 0,25$ berdasar hasil seleksi bivariat secara bersama-sama. Variabel yang masuk dalam pemodelan meliputi variabel fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengaturan staf, fungsi pengarahan, fungsi pengendalian, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan.
- b. Tahap selanjutnya, sistem komputer secara otomatis mengeluarkan variabel yang memiliki $p > 0,05$, yaitu variabel yang memiliki p paling besar. Pada tahap kedua variabel yang tidak berpengaruh dan dikeluarkan dari pemodelan adalah variabel pengaturan staf dengan $p = 0,744$.
- c. Tahap ketiga, variabel pengorganisasian dikeluarkan dari pemodelan ($p = 0,563$).
- d. Tahap keempat variabel perencanaan dikeluarkan dari pemodelan ($p = 0,460$).
- e. Tahap kelima, variabel pelatihan dikeluarkan dari pemodelan ($p = 0,194$).
- f. Tahap keenam, variabel pendidikan dikeluarkan dari pemodelan ($p = 0,227$).

- g. Pemodelan akhir diperoleh variabel yang berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien adalah variabel pengarahan, pengendalian dan masa kerja perawat.

Tabel 5.8. Pemodelan Akhir Hasil Analisis Regresi Logistik pada Variabel Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien di IRNA IRSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)

Variabel	B	P	OR	95% CI
Fungsi pengarahan	1,027	0,071*	2,794	0,915-8,530
Fungsi pengendalian	2,009	0,001*	7,456	2,222-25,034
Masa kerja	-1,005	0,076*	0,348	0,109-1,116
Constant	-3,039	0,013*	0,048	

*bermakna α 0,05

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa variabel yang memiliki hubungan bermakna dengan penerapan keselamatan pasien yaitu fungsi pengarahan, pengendalian dan masa kerja perawat ($p < 0,05$; α 0,05). Hasil analisis didapatkan OR yang paling tinggi yaitu fungsi pengendalian (OR=7,456) sehingga dapat disimpulkan bahwa fungsi pengendalian merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien. Hasil OR tersebut dapat diartikan bahwa perawat pelaksana yang mempersepsikan fungsi pengendalian baik akan berpeluang untuk melakukan penerapan keselamatan pasien secara baik sebesar 7,456 kali lebih tinggi dibandingkan dengan perawat yang mempersepsikan fungsi pengendalian kurang setelah dikontrol dengan variabel fungsi pengarahan dan masa kerja.

5.3.2. Analisis multivariat variabel fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan perawat

5.3.2.1. Seleksi bivariat

Seleksi bivariat dilakukan untuk menentukan variabel bebas yang menjadi kandidat untuk masuk dalam pemodelan multivariat pada variabel penerapan keselamatan perawat. Variabel yang diikutsertakan dalam pemodelan adalah variabel dengan hasil uji bivariat menunjukkan $p < 0,25$. Hasil seleksi bivariat disajikan pada tabel 5.9.

Tabel 5.9. Hasil Seleksi Bivariat untuk Kandidat Model pada Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)

Variabel	P
Fungsi perencanaan	0,017*
Fungsi pengorganisasian	0,053*
Fungsi pengaturan staf	0,004*
Fungsi pengarahan	0,002*
Fungsi pengendalian	0,017*
Usia	0,906
Jenis kelamin	0,926
Pendidikan	0,204*
Masa kerja	0,436
Pelatihan	0,404

*variabel dengan $p < 0,25$

Tabel 5.9 menunjukkan ada enam variabel yang mempunyai $p < 0,25$. Variabel fungsi manajemen kepala ruang yang menjadi kandidat dalam pemodelan multivariat yaitu variabel fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengaturan staf, fungsi pengarahan, dan fungsi pengendalian. Variabel karakteristik perawat yang masuk dalam pemodelan hanya satu variabel yaitu pendidikan.

5.3.2.2. Pemodelan akhir

Tahap pemodelan multivariat menggunakan regresi logistik dengan metode *backward stepwise*. Tahap pemodelan pada variabel penerapan keselamatan perawat meliputi 5 tahap yaitu:

- a. Pertama adalah memasukkan variabel bebas yang memiliki $p > 0,25$ berdasar hasil seleksi bivariat secara bersama-sama. Variabel yang masuk dalam pemodelan meliputi variabel fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengaturan staf, fungsi pengarahan, fungsi pengendalian, dan pendidikan.
- b. Tahap selanjutnya, sistem komputer secara otomatis mengeluarkan variabel yang memiliki $p > 0,05$, yaitu variabel yang memiliki p paling besar. Pada tahap kedua variabel yang tidak berpengaruh dan dikeluarkan dari pemodelan adalah variabel pengorganisasian dengan $p 0,956$

- c. Tahap ketiga, variabel pengendalian dikeluarkan dari pemodelan ($p=0,804$).
- d. Tahap keempat variabel perencanaan dikeluarkan dari pemodelan ($p= 0,532$)
- e. Tahap kelima, variabel pengaturan staf dikeluarkan dari pemodelan ($p=0,198$).
- f. Tahap keenam, variabel pendidikan dikeluarkan dari pemodelan ($p=0,461$).
- g. Pemodelan akhir, diperoleh variabel yang berpengaruh terhadap penerapan keselamatan perawat adalah variabel fungsi pengarahan

Tabel 5.10. Pemodelan Akhir Hasil Analisis Regresi Logistik pada Variabel Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juni 2011 (n=77)

Variabel	B	P	OR	95% CI
Fungsi pengarahan	1,460	0,003*	4,308	1,657-11,199
Constan	-2,154	0,006	0,116	

*bermakna pada $\alpha 0,05$

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa hanya variabel fungsi pengarahan yang memiliki hubungan bermakna dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,003$; $\alpha 0,05$). Hasil analisis didapatkan OR fungsi pengarahan sebesar 4,308, dapat diartikan bahwa perawat pelaksana yang mempersepsikan fungsi pengarahan baik akan berpeluang untuk melakukan penerapan keselamatan perawat secara baik sebesar 4,308 kali lebih tinggi dibandingkan dengan perawat yang mempersepsikan fungsi pengarahan kurang.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan hasil penelitian sesuai dengan tujuan penelitian yang ditetapkan. Pembahasan meliputi tiga bagian. Pertama interpretasi dan diskusi hasil penelitian mengenai gambaran penerapan keselamatan pasien dan perawat, fungsi manajemen dan karakteristik perawat. Pembahasan dilanjutkan mengenai hubungan fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien dan perawat. Kedua mengenai keterbatasan penelitian serta ketiga membahas mengenai implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, ilmu keperawatan dan penelitian keperawatan.

6.1. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

6.1.1. Keselamatan pasien

Perawat yang mempersepsikan dirinya menerapkan keselamatan pasien secara baik lebih banyak persentasenya bila dibandingkan perawat yang mempersepsikan dirinya kurang dalam menerapkan keselamatan pasien. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Maryam (2009) dan Anugrahini (2010) meskipun persentase pada penelitian ini lebih kecil. Penelitian ini menunjukkan hasil perawat yang mempersepsikan dirinya menerapkan keselamatan pasien secara baik sebanyak 52%. Sementara penelitian Maryam (2009) menunjukkan hasil penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di IRNA Bedah dan IRNA Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya rata-rata 77,8%. Demikian pula dengan penelitian Anugrahini (2010) menunjukkan hasil perawat pelaksana di RSAB Harapan Kita Jakarta yang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* sebesar 73,6%.

Hasil penelitian yang menunjukkan gambaran perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien ini perlu mendapatkan perhatian dari pihak manajemen rumah sakit. Meskipun persentase perawat yang mempersepsikan dirinya menerapkan keselamatan pasien secara baik lebih tinggi daripada perawat yang mempersepsikan dirinya kurang dalam menerapkan keselamatan pasien,

namun perbedaan persentase tersebut hanya selisih 4%. Hal ini menandakan belum seluruh perawat pelaksana menerapkan keselamatan pasien secara baik, dibuktikan dengan masih ada 48% perawat yang menilai dirinya menerapkan keselamatan pasien secara kurang.

Keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, berperan penting dalam meningkatkan mutu pelayanan yang memberikan jaminan terhadap upaya keselamatan pasien. IOM (2001) menyatakan bahwa perawat memiliki peran yang besar dalam upaya menjamin keselamatan pasien. Komoditas utama dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah pelayanan keperawatan. Hal ini bukan berarti mengesampingkan pelayanan medis, namun mayoritas perawatan yang diperlukan oleh pasien adalah asuhan keperawatan (Ballard, 2002 dalam Ballard, 2003). Sehingga upaya keselamatan pasien tidak dapat lepas dari peran perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas.

Hasil penelitian didapatkan data penerapan keselamatan pasien yang masih kurang ada pada 4 komponen. Komponen tersebut meliputi komunikasi secara benar saat serah terima pasien, kepastian tindakan benar pada sisi tubuh yang benar, pengendalian cairan elektrolit pekat, dan meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial. Apabila kondisi ini dibiarkan, tidak menutup kemungkinan terjadi kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan yang dapat merugikan bagi pasien.

Penerapan keselamatan pasien yang masih kurang dalam komponen komunikasi meliputi tindakan untuk melakukan serah terima pasien dengan perawat shift berikutnya (operan dinas) di ruang pasien dan melibatkan pasien dalam proses operan dinas. Perawat harus selalu berkomunikasi dan melibatkan pasien dalam proses serah terima pasien sehingga pasien maupun keluarga memahami rencana perawatan pasien. Menurut Vincent dan Coulter dalam NPSA (2004) pasien berperan dalam memutuskan perawatan yang tepat, memastikan perawatan dan pengobatan telah dikelola dan dilaksanakan dengan baik oleh petugas kesehatan, mengidentifikasi kejadian tidak diharapkan dan mengambil tindakan yang sesuai.

Komunikasi memiliki peran penting dalam interaksi antar petugas kesehatan dalam pemberian asuhan kesehatan pada pasien. Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima/pengoperan pasien yang terjadi baik dalam satu tim pelayanan maupun antar tim pelayanan dapat mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan dan berisiko menyebabkan kesalahan pada pelayanan kesehatan pasien. Informasi yang tidak akurat dalam proses alih informasi antar petugas kesehatan dapat menimbulkan kesalahan. AHRQ melaporkan akar masalah KTD sebesar 65% disebabkan oleh masalah komunikasi (AHRQ, 2003 dalam Cahyono, 2008). Penerapan keselamatan pasien yang masih kurang juga terdapat pada komponen kepastian tindakan benar pada sisi tubuh yang benar yaitu masih ada perawat yang menyatakan tidak menjelaskan tujuan tindakan pada pasien, dan tidak melibatkan pasien dan keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan. Perawat harus memastikan tindakan yang benar dilakukan pada sisi tubuh yang benar pada pasien sehingga tidak terjadi pelaksanaan prosedur yang keliru.

Penerapan keselamatan pasien yang masih kurang pada komponen pengendalian cairan elektrolit pekat meliputi mempelajari protokol sebelum pemberian cairan infus elektrolit pekat, mengobservasi pemberian cairan infus elektrolit pekat secara berkala, dan mendokumentasikan pemberian cairan elektrolit pekat di catatan keperawatan. Perawat harus berhati-hati dalam memberikan cairan elektrolit pekat. Perawat harus memahami protokol pemberian dan mengobservasi pemberian cairan elektrolit pekat pada pasien karena dapat menimbulkan efek kematian atau cedera serius pada pasien apabila tidak dikelola dengan baik. Cairan elektrolit pekat yang dapat menimbulkan cedera serius bahkan kematian pada pasien adalah kalium chlorida, kalium fosfat dan salin hipertonil. *Joint Comission International* menyatakan bahwa insiden akibat kesalahan pada pemberian kalium klorida di Amerika Serikat menyebabkan sepuluh orang pasien meninggal pada tahun 1996-1997 sementara di Kanada antara tahun 1993-1996 sebanyak 23 pasien meninggal (*WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*, 2007).

Penerapan keselamatan pasien yang masih kurang pada komponen meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial adalah masih ada perawat yang menyatakan jarang mencuci tangan sebelum memberikan tindakan keperawatan, sering melakukan tindakan keperawatan tanpa memakai sarung tangan, jarang mencuci tangan dengan tujuh langkah cuci tangan secara benar, dan sering tidak mencuci tangan menggunakan alkohol *hand rub* sebelum kontak dengan pasien.

Perawat harus selalu memperhatikan kebersihan tangan pada saat melakukan tindakan pada pasien untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial. Kebersihan tangan merupakan cara yang efektif untuk mencegah masalah ini. *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* (2007) menyatakan bahwa insiden infeksi nosokomial di seluruh negara diperkirakan setiap saat lebih dari 1,4 juta orang menderita infeksi nosokomial.

6.1.2. Keselamatan perawat

Perawat yang mempersepsikan dirinya menerapkan keselamatan perawat secara baik lebih tinggi persentasenya bila dibandingkan perawat yang mempersepsikan dirinya kurang dalam menerapkan keselamatan perawat. Hasil ini mengindikasikan sudah ada kesadaran perawat terhadap keselamatan dirinya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.

Hasil penelitian pada penerapan keselamatan perawat ini sama dengan hasil pada penerapan keselamatan pasien. Manajemen rumah sakit juga perlu memberikan perhatian terhadap pelaksanaan keselamatan perawat sebab selisih antara perawat yang mempersepsikan penerapan keselamatan perawat secara baik dengan kurang hanya sedikit yaitu 4 %, masih ada 48% perawat yang menilai dirinya menerapkan keselamatan perawat secara kurang. Hal ini berarti belum seluruh perawat pelaksana memiliki perhatian yang baik pada penerapan keselamatan perawat dalam asuhan keperawatan. Kondisi ini dapat menimbulkan risiko kesalahan ataupun cedera bagi perawat dalam bekerja.

Hasil penelitian didapatkan data penerapan keselamatan perawat yang masih kurang ada pada seluruh komponen. Komponen tersebut meliputi tindakan aman pada penanganan agen biologi, kimia yang dalam penelitian ini dikhususkan pada pemberian sitostatika, fisik khususnya adalah tindakan terhadap luka tusuk jarum dan mekanis. Penerapan keselamatan perawat yang masih kurang pada tindakan aman dalam penanganan agen biologi yaitu masih ada perawat yang melakukan perawatan luka pada pasien tanpa mengenakan sarung tangan dan sering kontak dengan pasien yang berisiko menularkan penyakitnya lewat droplet (*air borne infection*) tanpa memakai masker. Penerapan keselamatan perawat yang masih kurang pada pemberian sitostatika yaitu masih ada perawat yang menyatakan tidak pernah dan jarang memakai masker, tidak pernah dan jarang menggunakan skort, tidak mengenakan kaca mata khusus, tidak memakai topi khusus, dan tanpa memakai sarung tangan pada saat memberikan obat sitostatika.

Penerapan keselamatan perawat yang masih kurang pada tindakan aman terhadap bahaya fisik khususnya luka tusuk jarum didapatkan masih ada perawat yang menyatakan tidak menerapkan teknik satu tangan saat menutup jarum spuit yang telah digunakan untuk tindakan pada pasien, tidak akan melapor bila mengalami luka tusuk jarum yang belum digunakan untuk tindakan pada pasien, jarang untuk mengambil tindakan segera melapor bila mengalami luka tusuk jarum saat melakukan tindakan pada pasien, dan menyatakan jarang untuk melakukan tindakan segera melapor bila mengalami luka tusuk jarum yang telah digunakan untuk tindakan pada pasien. Penerapan keselamatan perawat yang masih kurang terhadap bahaya mekanik yaitu masih ada perawat yang menyatakan melakukan tindakan mengangkat pasien yang memiliki berat badan lebih dari berat badannya tanpa meminta bantuan rekan perawat lainnya, dan sering memindahkan pasien tanpa memperhatikan teknik yang benar.

Perawat dalam bekerja memberikan asuhan perawatan pada pasien, selain harus memperhatikan keselamatan pasien juga harus memperhatikan keselamatan bagi dirinya sendiri. Foley (2004) menyatakan bahwa perawat merupakan petugas kesehatan yang paling banyak berinteraksi dengan pasien, dan memiliki risiko

lebih tinggi terhadap bahaya keselamatan dibandingkan petugas kesehatan yang lainnya.

Perawat terpapar oleh berbagai macam risiko bahaya dalam menjalankan pekerjaannya. Paparan terhadap agen infeksius biologi seperti penyakit yang dapat menular secara *air borne infection*, Hepatitis, *HIV AIDS*, paparan bahan kimia seperti obat sitostatika, pekerjaan perawat yang mengharuskan mengangkat atau memindahkan pasien yang memiliki berat badan lebih dari berat badannya, pemberian pengobatan injeksi maupun pengambilan spesimen darah untuk pemeriksaan laboratorium dapat menimbulkan risiko bagi kesehatan maupun kemungkinan terjadinya cedera (*injury*) pada perawat. Sehingga penting untuk perawat menerapkan tindakan yang menjamin keselamatan dirinya selama memberikan asuhan keperawatan, supaya terhindar dari risiko cedera maupun risiko kesehatan bagi dirinya.

6.1.3. Fungsi manajemen kepala ruang

Hasil penelitian terhadap fungsi manajemen kepala ruang menunjukkan perawat yang memiliki persepsi baik terhadap fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengaturan staf, fungsi pengarahan dan fungsi pengendalian lebih tinggi persentasenya dibanding perawat dengan persepsi kurang. Hasil mengindikasikan perawat lebih banyak mempersepsikan kepala ruang telah menjalankan fungsi manajemen dengan baik. Hal ini merupakan modal positif bagi kepala ruang dalam memimpin dan menggerakkan staf perawat untuk senantiasa memberikan asuhan keperawatan yang menjamin keselamatan pasien dan perawat.

Persepsi seseorang dapat mempengaruhi perilakunya. Seseorang yang memberikan penilaian atau memiliki persepsi baik terhadap orang lain akan memiliki kecenderungan untuk mengikuti arahan dari orang yang dipersepsikan baik tersebut. Selain itu, kepala ruang sebagai pemimpin merupakan pemegang kunci perubahan. Trevor dalam cahyono (2008) menyatakan bahwa pemimpin

memiliki tanggung jawab dalam memimpin dan menggerakkan seluruh komponen organisasi menuju perubahan.

6.1.4. Karakteristik perawat

Perawat pada penelitian ini rata-rata berusia 38,5 tahun. Usia perawat ini merupakan usia produktif dan berada pada tahap pematangan karir. Jenis kelamin perawat didominasi oleh perempuan. Hal ini sesuai dengan persepsi umum masyarakat bahwa pekerjaan perawat lebih identik dengan pekerjaan wanita. Pekerjaan sebagai perawat membutuhkan ketelatenan, kesabaran dan sikap kasih sayang yang lebih bisa ditunjukkan oleh perempuan. Kondisi ini didukung oleh kenyataan bahwa sebagian besar mahasiswa keperawatan baik tingkat diploma maupun sarjana lebih didominasi oleh perempuan.

Tingkat pendidikan perawat sebagian besar diploma III Keperawatan. Hal ini sesuai dengan gambaran kondisi ketenagaan perawat di RSUP Dr. Sardjito yang sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan diploma III Keperawatan. Hanya sebagian kecil perawat yang masih berpendidikan SPK, dan pada saat penelitian ini berlangsung perawat dengan pendidikan SPK tersebut masih dalam proses pendidikan diploma III Keperawatan. Tenaga perawat pelaksana dengan pendidikan S1 Keperawatan jumlahnya masih terbatas.

Karakteristik masa kerja responden menunjukkan bahwa perawat yang memiliki masa kerja $\geq 15,24$ tahun lebih banyak dibanding masa kerja $< 15,24$ tahun. Sementara perawat yang pernah mengikuti pelatihan sebanyak 54,4%. Hal ini menandakan belum semua perawat pelaksana mengikuti pelatihan yang berkaitan dengan keselamatan pasien maupun perawat.

6.1.5. Hubungan fungsi manajemen kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien

Keselamatan pasien merupakan hal penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit termasuk didalamnya pelayanan keperawatan. Keselamatan dinyatakan

sebagai komponen yang paling dasar, vital dan utama dari kualitas pelayanan kesehatan dan keperawatan (Ballard, 2003; Drosler et al, 2009; ICN, 2002). Keselamatan pasien rumah sakit merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman (Depkes, 2008a), yaitu bebas dari cedera, meminimalkan kemungkinan kesalahan/risiko bahaya dan memaksimalkan kemungkinan mencegah terjadinya kesalahan/insiden (IOM, 2000; Runciman, 2010).

Rumah sakit sebagai suatu sistem yang kompleks memungkinkan untuk terjadi kesalahan dalam pemberian layanan kesehatan pada pasien. Kesalahan yang terjadi pada pasien dapat menimbulkan dampak yang luas tidak hanya bagi pasien dan keluarga namun juga bagi petugas kesehatan yang melakukan dan institusi rumah sakit. Pasien dapat mengalami kerugian fisik maupun efek emosional. Petugas kesehatan mengalami stress terhadap kesalahan yang dilakukan, dan menurunkan kepuasan, sementara rumah sakit dapat menghadapi tuntutan hukum (NPSA, 2004).

Upaya menjamin keselamatan pasien dan meminimalkan risiko bahaya telah dicanangkan oleh WHO dengan menerbitkan panduan “*Nine life saving patient safety solution*” yang kemudian digunakan sebagai pedoman oleh Depkes dan KKPRS dalam pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit Indonesia (WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007; Depkes 2008a; KKPRS, 2007). Sembilan solusi keselamatan pasien rumah sakit tersebut meliputi: (1) memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip, (2) memastikan identifikasi pasien, (3) komunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan pasien, (4) memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar, (5) mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*), (6) memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan, (7) menghindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*), (8) menggunakan alat injeksi sekali pakai, dan (9) meningkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial.

Keperawatan sebagai bagian integral dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, memiliki peran penting dalam upaya menjamin keselamatan pasien. Perawat

berperan penting dalam keselamatan pasien di semua aspek pelayanan perawatan yang diberikan. ICN (2002) menyatakan bahwa peningkatan keselamatan pasien mencakup area yang luas mulai dari rekrutmen, pelatihan dan retensi tenaga profesional, peningkatan kinerja, keselamatan lingkungan dan manajemen risiko, termasuk pengendalian infeksi, penggunaan obat-obatan yang aman, peralatan yang aman, praktek klinis yang aman, lingkungan perawatan aman, dan mengakumulasikan dalam batang tubuh pengetahuan ilmiah yang berfokus pada keselamatan pasien dan infrastruktur yang mendukung pengembangan organisasi.

Perawat memiliki tanggung jawab yang luas dalam aspek keselamatan pasien, tidak hanya terbatas pada menghindari kesalahan pengobatan maupun mencegah pasien jatuh. Kontribusi perawat yang paling penting dalam upaya keselamatan pasien adalah kemampuan dalam melakukan koordinasi dan integrasi berbagai aspek untuk mendukung kualitas dalam pelayanan yang diberikan oleh perawat maupun tenaga kesehatan yang lain (Mitchell, 2008).

Perawat bekerja diberbagai unit pelayanan di rumah sakit, baik rawat jalan, rawat darurat, maupun rawat inap. Unit rawat inap yang memberikan pelayanan kesehatan pada pasien selama opname di rumah sakit melibatkan berbagai tenaga kesehatan dengan berbagai prosedur tindakan maupun peralatan, sangat rentan untuk terjadi risiko kesalahan dalam pelayanan. Risiko kesalahan tersebut dapat dilakukan oleh setiap petugas kesehatan, termasuk didalamnya adalah perawat.

Kepala ruang sebagai *lower manager* dalam keperawatan merupakan manajer keperawatan yang langsung berhubungan dengan kegiatan pelayanan kesehatan pada pasien di rawat inap. Kepala ruang harus mampu menjalankan fungsi manajemen sehingga tujuan organisasi dalam hal ini rumah sakit dapat tercapai. Manajemen keperawatan merupakan rangkaian fungsi dan aktivitas yang secara simultan saling berhubungan dalam menyelesaikan pekerjaan melalui anggota staf keperawatan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan keperawatan yang berkualitas (Gillies, 1996; Marquis & Huston, 2003). Kualitas pelayanan keperawatan dapat dilihat melalui pemberian asuhan keperawatan yang aman baik

bagi pasien maupun perawat. Tujuan pelayanan keperawatan yang berkualitas dapat tercapai apabila manajer keperawatan mampu melaksanakan fungsi manajemen dengan baik.

Fungsi manajemen merupakan suatu siklus untuk mencapai tujuan yang ditetapkan oleh organisasi. Fungsi manajemen meliputi fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan, dan pengendalian (Gillies, 1996; Marquis & Huston, 2003). Manajer keperawatan harus mampu menjalankan seluruh fungsi manajemen sehingga lingkungan dan kondisi kerja akan mendukung pelayanan keperawatan dalam mencapai keselamatan baik pasien maupun perawat.

6.1.1.1. Hubungan fungsi perencanaan dengan penerapan keselamatan pasien

Perencanaan yang dilakukan oleh kepala ruang berkaitan dengan penerapan keselamatan pasien dalam penelitian ini antara lain adalah menyusun tujuan ruangan, rencana kerja, dan aturan penerapan keselamatan pasien. Penerapan keselamatan pasien secara baik menunjukkan perbedaan jumlah prosentase antara perawat yang memiliki persepsi baik dengan kurang. Perawat yang mempersepsikan fungsi perencanaan baik lebih besar persentasenya dalam menerapkan keselamatan pasien secara baik dibandingkan perawat dengan persepsi fungsi perencanaan kurang.

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi perencanaan dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,032$; $\alpha 0,05$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Fenny (2007) yang menunjukkan ada hubungan antara perencanaan dengan kinerja perawat pelaksana. Namun tidak sesuai dengan penelitian Ratnasih (2001) yang menyatakan tidak ada hubungan antara fungsi perencanaan kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana. Pada penelitian Ratnasih kualitas kinerja perawat pelaksana tidak dipengaruhi oleh kemampuan kepala ruang dalam melaksanakan fungsi perencanaan.

Perencanaan yang baik dapat menjadi pedoman dasar dalam mencapai tujuan. Perencanaan yang dilakukan oleh kepala ruang juga menjadi acuan bagi staf dalam bekerja. Gillies (1996) serta Marquis dan Huston (2003) menyatakan bahwa perencanaan akan memberikan pandangan kedepan mengenai hal yang akan dikerjakan dalam mencapai tujuan. Perencanaan ditujukan untuk menjawab apa yang akan dilakukan, siapa yang melakukan, bagaimana, kapan, dan dimana hal tersebut dilaksanakan. Perencanaan kepala ruang yang baik dan dipahami oleh staf perawat akan mendukung pencapaian tujuan pelayanan keperawatan. Hal ini bisa dilihat dari nilai OR bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi perencanaan kepala ruang baik memiliki peluang 3,063 kali untuk menerapkan keselamatan pasien (CI 95%; OR= 3,063).

6.1.1.2. Hubungan fungsi pengorganisasian dengan penerapan keselamatan pasien

Fungsi pengorganisasian kepala ruang berkaitan dengan keselamatan pada penelitian ini antara lain menentukan staf yang terlibat dalam kegiatan keselamatan pasien maupun perawat, menentukan tugas dan tanggung jawab yang jelas kepada staf dalam kegiatan tersebut. Hasil penelitian mengindikasikan persepsi perawat yang semakin baik terhadap fungsi pengorganisasian kepala ruang akan meningkatkan penerapan keselamatan pasien. Pengorganisasian adalah pengelompokan aktivitas-aktivitas untuk tujuan mencapai objektif (Swansburg, 1993). Pada tahap pengorganisasian ini hubungan ditetapkan, prosedur diuraikan, perlengkapan disiapkan, dan tugas diberikan (Marquis & Huston, 2003).

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi pengorganisasian dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,008$; $\alpha 0,05$). Berdasar nilai OR dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengorganisasian kepala ruang baik memiliki peluang 4,22 kali untuk menerapkan keselamatan pasien (CI 95%; OR= 4,22). Fungsi pengorganisasian yang baik akan memberikan kejelasan mengenai peran, tugas dan tanggungjawab setiap staf perawat untuk mewujudkan keselamatan pasien

dalam pelayanan asuhan keperawatan. Pengorganisasian yang baik juga memungkinkan setiap staf untuk berperan serta secara aktif dalam kegiatan.

6.1.1.3. Hubungan fungsi pengaturan staf dengan penerapan keselamatan pasien

Peran kepala ruang dalam fungsi pengaturan staf adalah mengatur setiap sumber daya dalam staf keperawatan untuk dapat memenuhi tugas dan tanggung jawab sesuai peran dan fungsinya dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang bermutu. Hasil penelitian didapatkan perawat dengan persepsi baik terhadap fungsi pengaturan staf menunjukkan persentase lebih tinggi dalam menerapkan keselamatan pasien, dibandingkan perawat dengan persepsi fungsi pengaturan staf kurang.

Hasil penelitian menunjukkan lebih banyak perawat mempersepsikan baik terhadap fungsi pengaturan staf ini, antara lain dalam merencanakan kebutuhan staf perawat, menyusun jadwal dinas, memberikan orientasi bagi staf baru mengenai kebijakan, aturan maupun standar keselamatan yang harus ditaati dalam bekerja. Hal ini sesuai dengan pendapat Marquis dan Huston (2003) yang menyatakan bahwa fungsi kepala ruang dalam pengaturan staf antara lain adalah memberikan orientasi, dan meningkatkan perkembangan individu untuk mencapai tujuan organisasi

Hasil penelitian juga menunjukkan hubungan yang bermakna antara fungsi pengaturan staf dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,008$; $\alpha 0,05$). Kesimpulan yang dapat diambil berdasarkan nilai OR bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengorganisasian kepala ruang baik memiliki peluang 3,834 kali untuk menerapkan keselamatan pasien (CI 95%; OR= 3,834).

Pengaturan jadwal dinas di RSUP Dr. Sardjito menganut pola 7-7-10, dengan mempertimbangkan jam efektif kerja per minggu adalah 40 jam. Pengaturan jadwal ini tidak terlalu panjang dan masih memungkinkan perawat untuk mendapatkan istirahat yang cukup, sehingga memungkinkan untuk perawat dapat bekerja memberikan asuhan keperawatan yang aman. Penelitian Trinkoff et al

(2007 dalam Trinkoff et al, 2008) jam kerja perawat yang panjang meningkatkan risiko keselamatan pasien.

6.1.1.4. Hubungan fungsi pengarahan dengan penerapan keselamatan pasien

Hasil penelitian didapatkan persentase penerapan keselamatan pasien pada perawat yang mempersepsikan fungsi pengarahan kurang, lebih rendah dibanding perawat dengan persepsi baik terhadap fungsi ini. Hubungan antara fungsi pengarahan dengan penerapan keselamatan pasien menunjukkan hubungan yang bermakna ($p=0,008$; $\alpha 0,05$). Berdasar nilai OR dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengarahan kepala ruang baik memiliki peluang 5,492 kali untuk menerapkan keselamatan pasien (CI 95%; OR= 5,492).

Pengarahan yang diberikan oleh kepala ruang secara baik akan memberikan dampak positif bagi kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien. Pengarahan juga akan meningkatkan motivasi staf dalam memberikan asuhan keperawatan yang menjamin keselamatan pasien. Bimbingan dan penghargaan yang diberikan oleh kepala ruang dalam bentuk *reinforcement positif* misalnya memberikan pujian bagi staf yang bekerja dengan baik akan menimbulkan rasa penghargaan pada staf dan motivasi untuk mempertahankan perilaku baiknya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Warouw (2009) yang menunjukkan bahwa motivasi yang diberikan oleh kepala ruang memiliki hubungan dengan kinerja perawat pelaksana. Davis dan Newstrom (1985) juga menyatakan bahwa perilaku seseorang didorong melalui penguatan positif. Penguatan positif memberikan konsekuensi yang menyenangkan yang mendorong pengulangan perilaku. Menurut Marquis dan Huston (2003) pengarahan juga akan menciptakan suasana yang memotivasi dan memfasilitasi kerjasama.

6.1.1.5. Hubungan fungsi pengendalian dengan penerapan keselamatan pasien

Hasil penelitian didapatkan lebih banyak perawat yang mempersepsikan kepala ruang telah menjalankan fungsi pengendalian dengan baik. Penerapan

keselamatan pasien pada perawat dengan persepsi fungsi pengendalian baik lebih tinggi persentasenya dibandingkan dengan perawat dengan persepsi terhadap fungsi pengendalian kurang. Analisis menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi pengendalian dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,008$; $\alpha 0,05$). Berdasarkan nilai OR dapat diketahui perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengendalian kepala ruang baik memiliki peluang 8,141 kali untuk menerapkan keselamatan pasien (CI 95%; OR= 8,141).

Semakin baik persepsi perawat terhadap fungsi pengendalian, maka semakin baik pula perawat menerapkan keselamatan pasien. Fungsi pengendalian yang dilakukan dengan baik oleh kepala ruang akan dapat memberikan kepastian bahwa staf perawat dibawah kepemimpinannya telah menerapkan keselamatan pasien dalam asuhan keperawatan sesuai dengan pedoman.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2003) yang menyatakan bahwa pengendalian yang dikerjakan dengan baik dapat menjamin semua tujuan dari individu atau kelompok konsisten dengan tujuan organisasi. Urwick dalam Swansburg (1993) menyatakan bahwa fungsi pengendalian yang dijalankan dengan baik akan menjamin segala sesuatu dilaksanakan sesuai instruksi yang telah diberikan serta prinsip-prinsip yang telah diberlakukan.

6.1.2 Hubungan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien

6.1.2.1. Usia dengan penerapan keselamatan pasien

Usia berkaitan dengan kematangan, kedewasaan, dan kemampuan seseorang dalam bekerja. Semakin bertambah usia diasumsikan akan semakin besar kemungkinan seseorang menunjukkan kemampuan untuk melakukan tindakan secara hati-hati, lebih taat pada aturan dan prosedur, serta berkomitmen terhadap pekerjaan.

Hasil analisis hubungan antara umur dengan penerapan keselamatan pasien menggunakan *chi square* dengan derajat kepercayaan 95 % didapatkan $p 0,572$.

Hasil analisis ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan penerapan keselamatan pasien.

Hasil penelitian sesuai dengan penelitian Burdahyat (2009) dan Warouw (2009) yang menyatakan umur tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kinerja perawat pelaksana. Namun tidak sesuai dengan penelitian Anugrahini (2010) yang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Hasil penelitian juga tidak sesuai dengan hasil penelitian Setiowati (2010) yang menyatakan usia berhubungan dengan perilaku perawat menerapkan budaya keselamatan pasien.

Hasil analisis hubungan antara usia dengan penerapan keselamatan pasien menunjukkan hasil sebanyak 56,4% perawat berusia < 38,5 tahun menerapkan keselamatan pasien secara baik, dan 47,4% perawat berusia \geq 38,5 tahun menerapkan keselamatan pasien secara baik. Persentase perawat yang menerapkan keselamatan pasien secara baik pada perawat yang berusia lebih tua (\geq 38 tahun) ternyata lebih kecil dibandingkan dengan persentase penerapan keselamatan pasien pada perawat dengan usia < 38,5 tahun. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Anugrahini (2010) yang menunjukkan hasil usia perawat yang lebih tua lebih patuh dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien dibandingkan perawat yang berusia lebih muda.

Pendapat ahli mengenai faktor usia individu berbeda-beda. Robbins (2003) menyatakan bahwa usia yang lebih tua pada staf menunjukkan sejumlah kualitas positif dalam pekerjaan seperti pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat, dan lebih berkomitmen terhadap kualitas pekerjaan. Namun, staf yang berusia tua dianggap kurang luwes, menolak teknologi baru, dan kurang terbuka terhadap perubahan. Pertambahan usia sering diasumsikan dengan menurunnya kemampuan dalam kecepatan, kecekatan, kekuatan, dan koordinasi.

6.1.2.2 Jenis kelamin dengan penerapan keselamatan pasien

Hubungan antara jenis kelamin perawat dengan penerapan keselamatan pasien, diperoleh bahwa ada sebanyak 58,8% perawat laki-laki menerapkan keselamatan pasien secara baik, dan 50,0% perawat perempuan menerapkan keselamatan pasien secara baik. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin perawat dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,713$; $\alpha 0,05$).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Burdahyat (2009) yang menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kinerja perawat pelaksana. Menurut Gibson, Ivancevich, dan Donnelly (1997) bahwa pria dan wanita memiliki kemampuan yang sama dalam hal kemampuan belajar, daya ingat, kemampuan penalaran, kreativitas, dan kecerdasan. Pada masyarakat yang memberikan perlakuan dan kesempatan antara pria dan wanita secara sama, pria dan wanita lebih sama dalam hal perilaku di tempat kerja. Hal ini terbukti dengan kondisi kerja di RSUP Dr. Sardjito yang tidak membedakan antara perawat perempuan maupun laki-laki, sehingga perilaku dalam penerapan keselamatan pasien tidak berbeda jauh antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan.

6.1.2.3. Pendidikan dengan penerapan keselamatan pasien

Hubungan antara pendidikan perawat dengan penerapan keselamatan pasien, diperoleh bahwa perawat SPK dan Diploma III Keperawatan menerapkan keselamatan pasien baik sebanyak 48,5%, sementara perawat dengan pendidikan S 1 keperawatan menerapkan keselamatan pasien secara baik sebanyak 77,8%. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan perawat dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,156$; $\alpha 0,05$).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Anugrahini (2010) yang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Namun hasil penelitian ini memiliki kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin besar persentase perawat yang menerapkan keselamatan pasien dengan

baik. Hal ini karena faktor pendidikan akan berpengaruh terhadap kemampuan dan perilaku seseorang dalam bekerja. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diasumsikan memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang lebih baik dalam kemampuan menyelesaikan pekerjaan. Peneliti juga berasumsi bahwa seseorang dengan pendidikan yang lebih tinggi akan berusaha untuk mengaktualisasikan diri terhadap lingkungannya bahwa dirinya mampu berkomitmen terhadap pekerjaannya.

6.1.2.4. Masa kerja dengan penerapan keselamatan pasien

Hubungan antara masa kerja perawat dengan penerapan keselamatan pasien diperoleh hasil perawat dengan masa kerja $< 15,24$ tahun menerapkan keselamatan pasien baik sebanyak 70%, sementara perawat dengan pendidikan masa kerja $\geq 15,24$ tahun menerapkan keselamatan pasien secara baik sebanyak 45,6%. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja perawat dengan penerapan keselamatan pasien ($p=106$; $\alpha 0,05$).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Burdahyat (2009) dan Warouw (2009) yang menunjukkan tidak ada hubungan antara masa kerja dengan kinerja perawat pelaksana. Menurut Warouw (2009) lama bekerja perawat pelaksana dapat meningkatkan kinerja apabila didukung oleh pendidikan dan pelatihan serta kepemimpinan dan motivasi yang baik dari manajer.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Anugrahini (2010) yang menunjukkan ada hubungan bermakna antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Perawat yang patuh memiliki rata-rata masa kerja 11,71 tahun, sedangkan perawat yang tidak patuh memiliki rata-rata masa kerja lebih rendah dari 11,71 tahun. Hasil penelitian juga tidak sesuai dengan pendapat Robbins (2003) yang menyatakan bahwa masa kerja menunjukkan hubungan positif dengan produktivitas pekerjaan. Masa kerja yang semakin bertambah identik dengan peningkatan produktivitas pekerjaan.

Hasil penelitian ini ternyata menunjukkan hasil yang berkebalikan dengan pendapat Robbins. Masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja pada penelitian ini ternyata tidak bisa menjadi penentu dalam memperkirakan produktivitas staf. Kemungkinan karena banyak faktor lain yang mempengaruhi produktivitas seseorang. Selain itu masa kerja yang lama dengan rutinitas pekerjaan yang sama tidak lagi menimbulkan tantangan sehingga dapat memicu kejenuhan pada perawat. Hal ini akan mempengaruhi perilakunya dalam bekerja dan menurunkan kinerja.

6.1.2.5. Pelatihan dengan penerapan keselamatan pasien

Hasil penelitian menunjukkan perawat yang belum pernah pelatihan menerapkan keselamatan pasien baik sebanyak 65,7%, sementara perawat yang pernah mengikuti pelatihan menerapkan keselamatan pasien secara baik sebanyak 40,5%. Hasil menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan penerapan keselamatan pasien ($p=0,048$; $\alpha 0,05$). Berdasar nilai OR dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang pernah mengikuti pelatihan memiliki peluang 0,355 kali untuk menerapkan keselamatan pasien (CI 95%; OR= 0,355).

Pelatihan merupakan upaya untuk mengembangkan kemampuan staf. Pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan khusus seseorang atau sekelompok orang (Notoatmodjo, 2003). Pelatihan mengenai keselamatan pasien yang diberikan kepada perawat pelaksana diharapkan dapat meningkatkan kemampuan staf dalam hal pengetahuan, ketrampilan, dan sikap dalam menerapkan keselamatan pasien.

6.1.3 Hubungan fungsi manajemen kepala ruang dengan penerapan keselamatan perawat

Keselamatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien penting untuk diperhatikan. Perawat yang bekerja dalam lingkungan yang mendukung keselamatan perawat akan memungkinkan untuk dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang aman pula. Kehadiran perawat yang sehat dan cukup istirahat sangat diperlukan untuk dapat memberikan asuhan keperawatan

dengan empati, meningkatkan kewaspadaan dalam monitoring kondisi pasien, dan melaksanakan advokasi pasien secara adekuat (Trinkoff et al, 2008).

Perawat merupakan petugas kesehatan yang memiliki risiko lebih tinggi terhadap bahaya keselamatan dibandingkan petugas kesehatan yang lainnya (Foley, 2004). Perawat bekerja dalam lingkungan pelayanan kesehatan yang kompleks (Elbright, 2004 dalam Myers et al, 2010), pelayanan cepat dan menggunakan teknologi yang tinggi (Sedlak, 2004). Hal ini terbukti dengan data kejadian luka tusuk jarum dari tim icn RSUP Dr. Sardjito tahun Januari 2006 - Maret 2011, bahwa tenaga perawat menempati urutan pertama yang mengalami kejadian luka tusuk jarum dibandingkan tenaga kesehatan yang lainnya.

Perawat terpapar oleh berbagai macam risiko bahaya dalam menjalankan pekerjaannya. Rogers (1997, dalam Foley, 2004) membagi ancaman bahaya terhadap keselamatan perawat menjadi lima kelompok yaitu risiko paparan agen infeksius biologi, risiko bahan kimia, risiko yang berasal dari lingkungan/mechanis, risiko fisik, dan risiko psikososial. Risiko terhadap paparan agen infeksius terjadi pada saat perawat berinteraksi dengan pasien berpenyakit menular (*communicable disease*) seperti *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) dan tuberkulosis (TBC), infeksi melalui darah seperti Hepatitis B, Hepatitis C dan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan risiko infeksi dari jarum suntik (*needlestick injury*). Paparan bahan kimia dapat berasal dari bahan sterilisasi, desinfektan maupun agen kemoterapi. Risiko mekanik dapat terjadi dalam proses mengangkat maupun memindahkan pasien karena prosedur yang tidak benar. Lingkungan fisik yang dapat menyebabkan trauma seperti panas maupun dingin, kebisingan dan paparan radiasi. Risiko psikososial berkaitan dengan tindakan kekerasan yang dilakukan terhadap perawat oleh pasien. Namun laporan terhadap masalah ini masih kurang. Perawat yang menangani pasien dengan kedaruratan psikiatris memiliki risiko yang paling tinggi (Foley, 2004).

Lingkungan pekerjaan perawat dapat menimbulkan risiko bagi kesehatan maupun kemungkinan terjadinya cedera (*injury*) pada perawat. Perawat dituntut bekerja

secara fisik maupun psikis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Kepala ruang sebagai atasan langsung dari staf perawat di ruang rawat inap diharapkan dapat menjalankan fungsi manajerial sehingga memungkinkan menciptakan kondisi lingkungan kerja yang mendukung perawat untuk dapat penerapan keselamatan bagi dirinya dalam bekerja.

Risiko pada perawat terjadi karena adanya stressor di tempat kerja yang dapat mengakibatkan penyakit dan cedera pada perawat. Stressor berhubungan dengan cara pengorganisasian dalam keperawatan (misalnya pengaturan shift kerja, jam kerja, dan lembur), tuntutan kecepatan dalam bekerja, pekerjaan fisik seperti mengangkat/memindahkan pasien, karakteristik organisasi, dan perubahan diluar organisasi (lingkungan eksternal) yang mempengaruhi pelayanan kesehatan di rumah sakit (Trinkoff et al, 2008).

6.1.3.1. Hubungan fungsi perencanaan dengan penerapan keselamatan perawat

Analisis hubungan antara fungsi perencanaan dengan penerapan keselamatan perawat menunjukkan bahwa perawat yang mempersepsikan fungsi perencanaan kurang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 36,4%, sementara perawat yang mempersepsikan fungsi perencanaan baik menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 63,6%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi perencanaan dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,032$; $\alpha 0,05$). Berdasar nilai OR dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi perencanaan kepala ruang baik memiliki peluang 3,063 kali untuk menerapkan keselamatan perawat (CI 95%; OR= 3,063).

Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan hasil pada penerapan keselamatan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa perencanaan yang baik dari kepala ruang dapat menjadi pedoman bagi staf untuk menunjukkan perilaku kerja yang baik, dalam hal ini adalah menerapkan keselamatan perawat. Perencanaan juga dapat menjadi jembatan yang penting antara masa sekarang dan yang akan datang yang memungkinkan tercapainya hasil yang diinginkan (David, 2009).

6.1.3.2. Hubungan fungsi pengorganisasian dengan penerapan keselamatan perawat

Hasil penelitian ini tidak menunjukkan hubungan yang bermakna antara fungsi pengorganisasian dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,092$; $\alpha 0,05$). Akan tetapi memiliki kecenderungan semakin baik persepsi perawat terhadap fungsi pengorganisasian yang dilakukan oleh kepala ruang maka penerapan keselamatan perawat juga baik. Hal ini dapat dilihat dari persentase perawat yang mempersepsikan fungsi pengorganisasian kurang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 37,0%, sementara perawat yang mempersepsikan fungsi pengorganisasian baik menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 60,0%.

Fungsi pengorganisasian akan memberikan kejelasan tugas dan tanggung jawab setiap staf perawat. Meskipun dalam penelitian ini secara statistik tidak menunjukkan adanya hubungan antara fungsi pengorganisasian dengan penerapan keselamatan perawat, namun tetap perlu bagi kepala ruang untuk menentukan staf yang dapat dilibatkan dalam pemantauan penerapan keselamatan perawat dengan disertai kejelasan tugas dan tanggung jawab.

6.1.3.3. Hubungan fungsi pengaturan staf dengan penerapan keselamatan perawat.

Perawat yang mempersepsikan fungsi pengaturan staf kurang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 35,1%, sementara perawat yang mempersepsikan fungsi pengaturan staf baik menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 67,5%. Hasil menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi pengaturan staf dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,009$; $\alpha 0,05$). Berdasarkan nilai OR dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengaturan staf kepala ruang baik memiliki peluang 3,83 kali untuk menerapkan keselamatan perawat (CI 95%; OR= 3,83).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih banyak perawat mempersepsikan baik terhadap fungsi pengaturan staf ini, antara lain dalam merencanakan kebutuhan

staf perawat, menyusun jadwal dinas, memberikan orientasi bagi staf baru mengenai kebijakan, aturan maupun standar keselamatan yang harus ditaati dalam bekerja. Pengaturan jadwal dinas di RSUP Dr. Sardjito menganut pola 7-7-10, dengan mempertimbangkan jam efektif kerja per minggu adalah 40 jam. Pengaturan jadwal ini tidak terlalu panjang dan masih memungkinkan perawat untuk mendapatkan istirahat yang cukup.

Hubungan antara pengaturan jadwal dinas dengan kesehatan dan keselamatan perawat sangat kompleks. Hubungan ini dipengaruhi oleh karakteristik dari pengaturan jadwal dinas seperti pengaturan waktu dinas, rotasi, lama kerja, pola hari libur, pengaturan waktu istirahat; karakteristik pekerjaan, perawat dan lingkungan kerja (Trinkoff et al, 2008).

Pengaturan jadwal dinas dapat memberikan efek terhadap kesehatan dan keselamatan perawat dalam bekerja. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat dapat mengalami gangguan dalam irama sirkadian, tidur, dan kehidupan keluarga maupun sosial (Barton et al, 1995 dan Monk, 2000 dalam Trinkoff et al, 2008). Gangguan dalam irama sirkadian dapat menyebabkan penurunan kualitas tidur, meningkatkan kelelahan dan rasa mengantuk, menimbulkan gejala psikologis, sistem gastrointestinal, dan kardiovaskuler. Jadwal kerja yang panjang meningkatkan waktu pajanan perawat terhadap lingkungan kerja yang dapat menimbulkan risiko seperti pajanan bahan kimia maupun agen infeksius dan kebutuhan fisik, mental dan emosional dalam bekerja.

Pengaturan dinas dapat menimbulkan gangguan tidur pada perawat. Perawat yang bekerja shift malam beresiko untuk kurang tidur, yang mengancam keselamatan pasien dan perawat. Kemampuan untuk tidur pada saat shift malam dipengaruhi oleh tuntutan kebutuhan perawatan dan keselamatan pasien, pengaturan jumlah staf, faktor organisasi dan lingkungan (Critical care medicine, 2011). Hasil penelitian menunjukkan bahwa 32% perawat yang bekerja malam (antara jam 21.00 – 08.00) dan 26% perawat dengan rotasi dinas pagi-sore-malam mengalami insomnia, peningkatan rasa mengantuk, dan tidak dapat memenuhi kebutuhan

tidur secara adekuat selama menjalankan jadwal dinas ini (Drake et al, 2005 dalam Trinkoff et al 2008). Tidur yang tidak adekuat menyebabkan perawat mengalami rasa mengantuk pada saat bekerja, mempengaruhi kemampuan untuk bekerja secara aman, efisien, dan menurunkan tingkat kewaspadaan. Tidur yang tidak adekuat pada shift malam dan ketidakcukupan tidur pada siang hari dianggap sebagai faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan risiko cedera. Risiko cedera meningkat 18% pada shift sore dan 34% pada shift malam (Folkard, Lombardi, & Tucker, 2005 dalam Trinkoff et al, 2008).

Pengaturan dinas perawat juga dapat mempengaruhi kehidupan keluarga dan sosial. Jadwal dinas malam menyebabkan perawat bekerja pada malam hari dan tidur pada pagi/siang hari sesudahnya. Selain itu jadwal dinas perawat adakalanya menuntut perawat untuk bekerja pada hari minggu atau hari libur ketika banyak aktivitas sosial atau keluarga berlangsung. Hal ini dapat mengurangi partisipasi dalam aktivitas sosial maupun keluarga (Trinkoff et al, 2008).

Pengaturan dinas juga dikaitkan dengan terjadinya gangguan kesehatan pada perawat. Trinkoff et al (2008) menyajikan beberapa hasil penelitian terkait hal tersebut, antara lain hasil penelitian Caruso, Lusk, dan Gillespie (2004) yang menyatakan bahwa gangguan yang berhubungan dengan sistem pencernaan (*gastrointestinal*) merupakan gangguan yang sering terjadi. Hal ini dapat terjadi karena adanya pengaruh perubahan irama sirkadian terhadap fungsi sistem pencernaan, adanya gangguan tidur yang memicu respon stress dan merubah fungsi sistem kekebalan, atau jenis makanan yang disediakan selama perawat bekerja. Hasil penelitian Schernhammer et al (2003) melaporkan terjadinya peningkatan risiko kanker usus besar pada perawat yang bekerja pada shift malam selama tiga hari atau lebih setiap bulan selama minimal 15 tahun. Penelitian Trinkoff et al (2007 dalam Trinkoff et al, 2008) menunjukkan bahwa jam kerja yang panjang berhubungan dengan kejadian cedera muskuloskeletal dan tertusuk jarum (*needlestick*) pada perawat.

6.1.3.4. Hubungan fungsi pengarahan dengan penerapan keselamatan perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat yang mempersepsikan fungsi pengarahan kurang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 33,3%, sementara perawat yang mempersepsikan fungsi pengarahan baik menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 68,3%. Hasil ini secara statistik menunjukkan hubungan yang bermakna antara fungsi pengarahan dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,005$; $\alpha 0,05$). Berdasarkan nilai OR dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengarahan kepala ruang baik memiliki peluang 4,3 kali untuk menerapkan keselamatan perawat (CI 95%; OR= 4,30).

Fungsi pengarahan dengan pemberian bimbingan, motivasi, penguatan positif misalnya berupa pujian, maupun teguran kepada staf yang tidak bekerja sesuai dengan prosedur dapat memberikan penguatan bagi perilaku staf untuk bekerja dengan memperhatikan keselamatan perawat. Pengarahan yang dijalankan dengan baik akan meningkatkan motivasi staf untuk menunjukkan produktivitas kerja yang baik pula. Swansburg (1993) menyatakan bahwa pengarahan yang dilakukan oleh kepala ruang dapat menimbulkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan serta mengusahakan suasana lingkungan kerja yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja.

6.1.3.5. Hubungan fungsi pengendalian dengan penerapan keselamatan perawat

Hasil penelitian didapatkan data perawat yang mempersepsikan fungsi pengendalian kurang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 37,1%, sementara perawat yang mempersepsikan fungsi pengendalian baik menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 64,3%. Hasil penelitian ini secara statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara fungsi pengendalian dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,032$; $\alpha 0,05$). Berdasarkan nilai OR dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi fungsi pengendalian kepala ruang baik memiliki peluang 3,04 kali untuk menerapkan keselamatan perawat (CI 95%; OR= 3,04).

Fungsi pengendalian disebut juga pengawasan atau monitoring. Fungsi pengendalian ini mencakup segala aktivitas yang dilakukan untuk memastikan aktivitas staf sejalan dengan pedoman yang telah ditetapkan (David, 2009). Fungsi pengendalian yang dilakukan dengan baik oleh kepala ruang akan mendorong staf perawat untuk bekerja sesuai dengan prosedur dan pedoman termasuk didalamnya menerapkan keselamatan perawat selama melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien.

6.1.4 Hubungan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan perawat

6.1.4.1. Hubungan usia dengan penerapan keselamatan perawat

Usia berkaitan dengan kematangan, kedewasaan, dan kemampuan seseorang dalam bekerja. Semakin bertambah usia, semakin besar kemungkinan seseorang akan menunjukkan kemampuan untuk menentukan keputusan dan tindakan secara bijaksana, hati-hati, pengendalian emosi, lebih taat pada aturan dan prosedur, serta berkomitmen terhadap pekerjaan.

Analisis hubungan antara usia perawat dengan penerapan keselamatan perawat, diperoleh bahwa ada sebanyak 51,3% perawat berusia $< 38,5$ tahun menerapkan keselamatan perawat secara baik, dan 52,6% perawat berusia $\geq 38,5$ tahun menerapkan keselamatan perawat secara baik. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan penerapan keselamatan perawat ($p=1,0$; $\alpha 0,05$).

Hasil analisis statistik penelitian pada faktor usia tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dengan penerapan keselamatan perawat. Namun apabila dilihat dari persentase perawat yang memiliki persepsi baik dalam menerapkan keselamatan perawat, perawat dengan usia $\geq 38,5$ tahun lebih tinggi persentasenya bila dibanding perawat usia < 38 tahun. Hal ini sesuai dengan pendapat bahwa Usia yang lebih tua pada staf menunjukkan sejumlah kualitas positif dalam pekerjaan seperti pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat, dan lebih berkomitmen terhadap kualitas pekerjaan Robbins (2003). Sementara itu penelitian Anugrahini (2010) menunjukkan hasil yang berbeda yaitu ada

hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Rata-rata usia perawat yang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* 40,38 tahun dan perawat yang kurang patuh mempunyai rata-rata usia 34,42 tahun.

6.1.4.2. Hubungan jenis kelamin dengan penerapan keselamatan perawat

Analisis hubungan antara jenis kelamin perawat dengan penerapan keselamatan perawat menunjukkan bahwa perawat laki-laki yang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 52,9%, sementara perawat perempuan yang menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 51,7%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin perawat dengan penerapan keselamatan perawat ($p=1,0$; $\alpha 0,05$).

Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat yang menyatakan bahwa jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan, secara umum tidak menunjukkan perbedaan yang berarti dalam hal produktivitas kerja (Robbins, 2003). Gibson, Ivancevich, dan Donnelly (1997) juga menyatakan bahwa bahwa pria dan wanita memiliki kemampuan yang sama dalam hal kemampuan belajar, daya ingat, kemampuan penalaran, kreativitas, dan kecerdasan. Pada masyarakat yang memberikan perlakuan dan kesempatan antara pria dan wanita secara sama, pria dan wanita lebih sesama dalam hal perilaku di tempat kerja.

6.1.4.3. Hubungan pendidikan dengan penerapan keselamatan perawat

Analisis hubungan antara pendidikan perawat dengan penerapan keselamatan perawat, diperoleh bahwa perawat SPK dan DIII Keperawatan menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 48,5%, sementara perawat dengan pendidikan S 1 keperawatan menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 77,8%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan perawat dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,156$; $\alpha 0,05$).

Analisis hubungan antara faktor pendidikan dengan penerapan keselamatan perawat memang menunjukkan hasil yang tidak bermakna secara uji statistik, namun apabila dilihat persentase persepsi perawat yang baik dalam menerapkan keselamatan perawat maka perawat dengan pendidikan S1 Keperawatan lebih tinggi dibandingkan perawat dengan pendidikan SPK dan DIII. Pendidikan akan berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam bekerja. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diasumsikan memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang lebih baik dalam bekerja.

6.1.4.4. Hubungan masa kerja dengan penerapan keselamatan perawat

Analisis hubungan antara masa kerja perawat dengan penerapan keselamatan perawat menunjukkan bahwa perawat dengan masa kerja $< 15,24$ tahun menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 60,0%, sementara perawat dengan pendidikan masa kerja $\geq 15,24$ tahun menerapkan keselamatan perawat secara baik sebanyak 49,1%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja perawat dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,564$; $\alpha 0,05$).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Anugrahini (2010) yang menunjukkan hasil perawat yang patuh memiliki rata-rata masa kerja lebih dari 11,71 tahun, sedangkan perawat yang tidak patuh memiliki rata-rata masa kerja lebih rendah dari 11,71 tahun. Hasil penelitian juga tidak sesuai dengan pendapat Robbins (2003) yang menyatakan bahwa masa kerja menunjukkan hubungan positif dengan produktivitas pekerjaan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa masa kerja yang identik dengan pengalaman kerja ternyata tidak dapat digunakan untuk memprediksi produktivitas staf. Masa kerja yang lama tidak selalu menunjukkan kinerja yang baik, sebab ada faktor lain yang mempengaruhi.

6.1.4.5. Hubungan pelatihan dengan penerapan keselamatan perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat yang belum pernah pelatihan menerapkan keselamatan perawat baik sebanyak 57,1%, sementara perawat yang pernah mengikuti pelatihan menerapkan keselamatan perawat secara baik

sebanyak 47,6%. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,546$; $\alpha 0,05$).

Perawat pelaksana di RSUP Dr. Sardjito belum semuanya mengikuti pelatihan keselamatan perawat yang diadakan oleh rumah sakit. Pelatihan khusus mengenai keselamatan perawat belum pernah diadakan di rumah sakit ini, pelatihan yang pernah diikuti oleh perawat berkaitan dengan keselamatan perawat adalah pelatihan mengenai kesehatan dan keselamatan kerja. Pelatihan ini dilaksanakan lebih dari 3 tahun yang lalu.

Pelatihan merupakan upaya untuk mengembangkan kemampuan staf. Pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan khusus seseorang atau sekelompok orang (Notoatmodjo, 2003). Pelatihan diharapkan dapat meningkatkan kemampuan staf dalam hal pengetahuan, ketrampilan, dan sikap dalam bekerja. Oleh karena itu kegiatan pelatihan harus senantiasa dilakukan menyesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan yang terbaru.

6.1.4. Variabel yang paling berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien

Analisis multivariat dilakukan terhadap delapan variabel yang menjadi kandidat dalam pemodelan multivariat yaitu variabel fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengaturan staf, fungsi pengarahan, fungsi pengendalian, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan.

Tahap pemodelan akhir diketahui variabel yang memiliki hubungan bermakna dengan penerapan keselamatan pasien yaitu fungsi pengarahan, fungsi pengendalian dan masa kerja perawat ($p < 0,05$; $\alpha 0,05$). Hasil analisis didapatkan OR yang paling tinggi yaitu fungsi pengendalian (OR=17,208) sehingga dapat disimpulkan bahwa fungsi pengendalian merupakan faktor yang paling berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien. Hasil OR tersebut dapat diartikan bahwa perawat pelaksana yang mempersepsikan fungsi pengendalian

baik akan berpeluang untuk melakukan penerapan keselamatan pasien sebesar 17,208 kali lebih tinggi dibandingkan dengan perawat yang mempersepsikan fungsi pengendalian kurang setelah dikontrol dengan variabel masa kerja.

Fungsi pengendalian merupakan fungsi pengawasan atau monitoring. Fungsi pengendalian ini mencakup segala aktivitas yang dilakukan untuk memastikan aktivitas staf sejalan dengan pedoman yang telah ditetapkan (David, 2009). Pengendalian merupakan suatu proses pemantauan prestasi dan pengambilan tindakan untuk menjamin hasil yang diharapkan, tampak seperti mengawasi bahwa segala sesuatunya berjalan secara tepat pada waktu yang tepat. Manajer mengukur kinerja menggunakan standar yang telah ditentukan sebelumnya dan mengambil tindakan untuk mengoreksi ketidakcocokan antara standar dan kinerja yang sebenarnya (Marquis & Huston, 2003).

Penerapan keselamatan pasien berkaitan dengan bagaimana perawat melaksanakan asuhan keperawatan yang memberikan jaminan keselamatan dan keamanan bagi pasien, mencegah terjadinya kejadian tidak diharapkan maupun kejadian nyaris cidera pada orang lain, dalam hal ini adalah pasien. Peran kepala ruang sangat diperlukan untuk memantau dan memastikan bahwa tindakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dilaksanakan sesuai dengan prosedur atau pedoman. Peran ini dapat dijalankan melalui fungsi pengendalian. Kepala ruang harus mengevaluasi dan mengawasi sehingga kinerja perawat dapat memberikan jaminan bagi keselamatan pasien.

Fungsi pengendalian dapat dilakukan oleh kepala ruang antara lain dengan menilai kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh staf perawat, mengevaluasi penerapan keselamatan pasien, mendiskusikan dalam pertemuan dengan staf perawat apabila ada insiden keselamatan pasien, membahas hambatan dan mencari solusi dalam penerapan keselamatan pasien. Berdasar hasil penelitian ini kepala ruang perlu melakukan kegiatan monitoring terhadap penerapan keselamatan pasien yang masih kurang yaitu pada komponen komunikasi secara

benar saat serah terima pasien, kepastian tindakan benar pada sisi tubuh yang benar, pengendalian cairan elektrolit pekat, dan kepatuhan penerapan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

6.1.5. Variabel yang paling berpengaruh terhadap penerapan keselamatan perawat Analisis multivariat dilakukan terhadap enam variabel yang menjadi kandidat dalam pemodelan multivariat yaitu variabel fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengaturan staf, fungsi pengarahan, fungsi pengendalian, dan pendidikan. Hasil pemodelan akhir didapatkan hanya variabel fungsi pengarahan yang memiliki hubungan bermakna dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,003$; $\alpha 0,05$). Hasil analisis didapatkan OR fungsi pengarahan sebesar 4,308, dapat diartikan bahwa perawat pelaksana yang mempersepsikan fungsi pengarahan baik akan berpeluang untuk melakukan penerapan keselamatan perawat sebesar 4,308 kali lebih tinggi dibandingkan dengan perawat yang mempersepsikan fungsi pengarahan kurang.

Hasil penelitian didapatkan data penerapan keselamatan perawat yang masih kurang ada pada seluruh komponen. Komponen tersebut meliputi tindakan aman pada penanganan agen biologi, kimia khususnya pada pemberian sitostatika, fisik khususnya adalah tindakan terhadap luka tusuk jarum dan mekanis. Pengarahan yang perlu dilakukan oleh kepala ruang untuk mendukung penerapan keselamatan perawat antara lain adalah memberikan motivasi kepada staf untuk bekerja sesuai dengan standar operasional prosedur, bimbingan baik langsung maupun tidak langsung dalam penerapan keselamatan perawat, memberi teguran kepada staf perawat yang bekerja tidak sesuai prosedur ataupun mengabaikan aspek keselamatan perawat, maupun penguatan positif misalnya berupa pujian terhadap staf yang sudah menunjukkan kinerja yang baik. Tindakan kepala ruang ini dapat memberikan penguatan bagi perilaku staf untuk bekerja dengan memperhatikan keselamatan perawat.

Pengarahan yang dilakukan oleh manajer dapat berfungsi untuk menciptakan kerjasama yang efisien, mengembangkan kemampuan dan ketrampilan staf,

menimbulkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan, mengusahakan suasana lingkungan kerja yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja (Swansburg, 1993). Penerapan keselamatan perawat berkaitan dengan bagaimana perawat melaksanakan asuhan keperawatan dengan memperhatikan prinsip yang menjamin keselamatan bagi dirinya sendiri.

Pengarahan yang dijalankan dengan baik dapat meningkatkan motivasi staf untuk menunjukkan produktivitas kerja yang baik pula. Pengarahan yang diberikan oleh kepala ruang secara baik memberikan dampak positif bagi kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip-prinsip keselamatan. Davis dan Newstrom (1985) yang menyatakan bahwa perilaku seseorang didorong melalui penguatan positif. Penguatan positif memberikan konsekuensi yang menyenangkan yang mendorong pengulangan perilaku. Menurut Marquis dan Huston (2003) pengarahan juga menciptakan suasana yang memotivasi dan memfasilitasi kerjasama.

6.2. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai keterbatasan terutama berkaitan dengan lokasi penelitian. Penelitian ini direncanakan dilaksanakan di dua instalasi rawat inap (IRNA) yaitu IRNA I dan IRNA II. Penelitian hanya dapat dilaksanakan di IRNA I karena ada hambatan dalam prosedur perijinan yang berkaitan dengan uji etik yang dipersyaratkan oleh RSUP Dr. Sardjito. Uji etik untuk penelitian di IRNA II harus didapatkan dari FK UGM.

6.3. Implikasi Hasil Penelitian

6.3.1. Implikasi terhadap pelayanan keperawatan

Penelitian ini menunjukkan variabel fungsi pengendalian sebagai variabel yang paling berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien, sementara variabel fungsi pengarahan merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap keselamatan perawat. Hasil penelitian ini dapat sebagai masukan bagi kepala ruang maupun manajemen rumah sakit untuk merancang kegiatan monitoring dan evaluasi kaitannya dengan penerapan keselamatan pasien dalam pemberian

asuhan keperawatan. Sementara untuk kegiatan yang berkaitan dengan keselamatan perawat, kepala ruang lebih meningkatkan fungsi pengarahan dalam hal ini bimbingan, pemberian motivasi, penguatan positif maupun teguran terhadap staf yang tidak memperhatikan penerapan keselamatan bagi perawat.

Hasil penelitian juga memberikan gambaran terhadap komponen penerapan keselamatan pasien maupun perawat yang masih kurang, serta fungsi manajemen kepala ruang yang masih dipersepsikan kurang oleh perawat pelaksana. Hasil ini sebagai masukan untuk kepala ruang melakukan perbaikan dalam penerapan keselamatan pasien maupun perawat. Hasil juga memberi masukan bagi kepala ruang maupun manajemen IRNA I untuk memperbaiki fungsi manajemen kepala ruang yang masih dipersepsikan kurang.

6.3.2. Implikasi terhadap pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan wawasan mengenai hubungan fungsi manajemen kepala ruang terhadap penerapan keselamatan pasien maupun perawat. Fungsi manajemen yang dilakukan dengan baik oleh kepala ruang dapat memberikan dampak positif bagi penerapan keselamatan pasien dan perawat di ruang rawat inap. Penerapan keselamatan pasien dan keselamatan perawat yang dilakukan dengan baik oleh seluruh perawat dapat menjadi *role model* bagi mahasiswa perawat yang melaksanakan praktik di rumah sakit.

6.3.3. Implikasi terhadap penelitian keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya. Penelitian mengenai keselamatan perawat masih terbatas dan perlu diteliti lebih lanjut. Faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan keselamatan perawat perlu diteliti dengan pendekatan kuantitatif maupun kualitatif. Penelitian mengenai pengaruh faktor lingkungan eksternal, lingkungan fisik, lingkungan sosial, dan sifat dasar pekerjaan terhadap keselamatan pasien perlu dilakukan.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan tentang kesimpulan dari hasil penelitian dan saran. Kesimpulan disusun untuk menjawab tujuan penelitian, sedangkan saran untuk memberi masukan bagi perawat, rumah sakit, maupun penelitian selanjutnya.

7.1. Kesimpulan

Hasil penelitian tentang hubungan fungsi manajemen kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien dan perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dapat disimpulkan:

- 7.1.1. Gambaran perawat yang mempersepsikan dirinya menerapkan keselamatan pasien secara baik lebih tinggi persentasenya dibanding perawat dengan persepsi penerapan keselamatan pasien kurang.
- 7.1.2. Gambaran perawat yang mempersepsikan dirinya menerapkan keselamatan perawat secara baik lebih tinggi persentasenya dibanding perawat dengan persepsi penerapan keselamatan pasien kurang.
- 7.1.3. Fungsi manajemen kepala ruang menunjukkan lebih banyak perawat yang memiliki persepsi baik terhadap fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan dan pengendalian kepala ruang dibandingkan dengan perawat yang memiliki persepsi kurang baik.
- 7.1.4. Karakteristik responden menunjukkan lebih banyak perawat berusia < 38,5 tahun, jenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan D III Keperawatan dengan masa kerja \geq 15,24 tahun, dan pernah mengikuti pelatihan.
- 7.1.5. Hubungan antara fungsi manajemen kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien menunjukkan hasil sebagai berikut ada hubungan yang bermakna antara fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengaturan staf, fungsi pengarahan, dan fungsi pengendalian dengan penerapan keselamatan pasien.
- 7.1.6. Hubungan antara karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien menunjukkan hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara usia, jenis kelamin, pendidikan, dan masa kerja perawat dengan penerapan

keselamatan pasien, sementara pelatihan ada hubungan yang bermakna dengan penerapan keselamatan pasien.

- 7.1.7. Hubungan antara fungsi manajemen kepala ruang dengan penerapan keselamatan perawat menunjukkan hasil ada hubungan yang bermakna antara fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengaturan staf, fungsi pengarahan, dan fungsi pengendalian dengan penerapan keselamatan perawat.
- 7.1.8. Hubungan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan perawat menunjukkan hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan dengan penerapan keselamatan perawat.
- 7.1.9. Fungsi pengendalian merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien.
- 7.1.10. Fungsi pengarahan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap penerapan keselamatan perawat.

7.2. Saran

Hasil penelitian ini memberikan saran pada manajemen rumah sakit, perawat, dan penelitian selanjutnya

- 7.2.1. Untuk manajemen rumah sakit
 - 7.2.1.1. Manajemen RSUP Dr. Sardjito perlu mengupayakan pendidikan lanjut keperawatan minimal sampai dengan S1 Keperawatan. Hal ini karena dilihat dari hasil penelitian bahwa persentase perawat yang menerapkan keselamatan pasien dan keselamatan perawat memiliki kecenderungan untuk semakin meningkat seiring dengan peningkatan pendidikan.
 - 7.2.1.2. Manajemen RSUP Dr. Sardjito agar menggerakkan seluruh kepala ruang untuk lebih meningkatkan upaya pengendalian terhadap penerapan keselamatan pasien dalam pemberian asuhan keperawatan sehingga menjamin mutu pelayanan keperawatan. Kepala ruang perlu melakukan kegiatan monitoring terhadap penerapan keselamatan pasien pada komponen komunikasi secara benar saat serah terima pasien, kepastian tindakan benar pada sisi tubuh yang benar, pengendalian cairan elektrolit

pekat, dan kepatuhan penerapan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial

- 7.2.1.3. Kepala ruang perlu melaksanakan fungsi pengendalian antara lain dengan menilai kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh staf perawat, mengevaluasi penerapan keselamatan pasien dan perawat, melaksanakan pertemuan staf untuk mendiskusikan insiden keselamatan pasien maupun perawat, membahas hambatan dan mencari solusi dalam penerapan keselamatan pasien maupun perawat.
- 7.2.1.4. Manajemen RSUP Dr Sardjito agar mendorong kepala ruang untuk meningkatkan fungsi pengarahan terhadap staf perawat dalam penerapan keselamatan perawat. Pengarahan kepala ruang pada staf perawat meliputi pengarahan terhadap penerapan tindakan aman pada penanganan agen biologi, kimia khususnya pada pemberian sitostatika, fisik khususnya adalah tindakan terhadap luka tusuk jarum dan mekanis yaotu mengangkat atau memindahkan pasien
- 7.2.1.5. Kepala ruang perlu melaksanakan fungsi pengarahan untuk mendukung penerapan keselamatan perawat antara lain dengan memberikan motivasi, bimbingan baik langsung maupun tidak langsung dalam penerapan keselamatan perawat, memberi teguran kepada staf perawat yang bekerja tidak sesuai prosedur ataupun mengabaikan aspek keselamatan perawat, maupun penguatan positif misalnya berupa pujian terhadap staf yang sudah menunjukkan kinerja yang baik.

7.2.2. Untuk perawat

- 7.2.2.1. Perawat diharapkan dapat meningkatkan penerapan keselamatan pasien dalam pemberian asuhan keperawatan dengan melaksanakan sembilan pedoman keselamatan pasien.
- 7.2.2.2. Perawat diharapkan dapat meningkatkan penerapan keselamatan bagi perawat dalam bekerja memberikan asuhan keperawatan pada pasien sehingga perawat dapat terhindar dari risiko sakit maupun cedera bagi dirinya sendiri.

7.2.3. Untuk peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan keselamatan pasien maupun penerapan keselamatan perawat, dengan menggunakan metode pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Penelitian secara prospektif perlu dilakukan untuk mengetahui pengaruh kerja perawat kaitannya dengan paparan agen biologi, kimia, fisik maupun mekanik terhadap risiko kesehatan dan penyakit yang dapat diderita oleh perawat. Penelitian juga dapat mengambil topik mengenai pengaruh faktor lingkungan eksternal, lingkungan fisik, lingkungan sosial, dan sifat dasar pekerjaan terhadap keselamatan.



DAFTAR PUSTAKA

- Aini, S.N. (2009). *Insidensi luka tusuk jarum pada perawat dan mahasiswa keperawatan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. Yogyakarta: PSIK FK UGM. Skripsi tidak dipublikasikan.
- American Nurses Association. (2004). *Standards of professional nursing practice*. <http://www.statepen.org/ana.htm>. Diunduh 16 Februari 2011.
- Anugrahini, C. (2010). *Hubungan faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman pasien safety di RSAB Harapan Kita*. Jakarta: FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Depok: FKM UI.
- Aspden, P., Corrigan, J.M., Wolcott, J., Erickson, S.M. (Ed). Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services. (2004). *Patient safety: Achieving a new standard for care*. Washington DC: The National Academies Press.
- Ballard, K.A. (2003). Patient safety: A shared responsibility. *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 8 No. 3.
- Burdahyat. (2009). *Hubungan budaya organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Sumedang Tahun 2009*. Jakarta: FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan
- Cahyono, B. (2008). *Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktik kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (2003). *Fundamentals of nursing human health and function*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Critical Care Medicine. (2011). *Researchers at University of Manitoba Publish New Data on Critical Care Medicine*. Atlanta: Health & Medicine Week. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. Diunduh 14 Juli 2011.
- Depkes RI. (2008). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (patient safety)*. Jakarta: Depkes RI.
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan. (2008). *Pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan.

- Donaldson, M.S. (2008). An Overview of to err is human: Re-emphasizing the message of patient safety. Dalam Hughes R.G (Ed), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Drosler, S.E., Klazinga, N.S., Romano, P. S., Tancredi, D.J., Gogorcena, M.A., Hewitt, M.C, et al. (2009). Application of patient safety indicators internationally: A pilot study among seven countries. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol 21, no 4.
- Dugas, B.W., Esson, L., & Ronaldson, S.E. (1999). *Nursing foundation a Canadian perspective*. (2nd ed). Ontario: Prentice Hall Canada Inc.
- Foley, M. (2004). Caring for those who care: A tribute to nurses and their safety. *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol 9 No 3.
- Gillies, D.A. (1996). *Manajemen keperawatan suatu pendekatan sistem*. (Ed 2) Illinois: WB Saunders.
- Gottlieb, S. (2003). *Patients are at risk because of nurses' long hours, says report*. <http://www.bmj.com>. Diunduh 16 Februari 2011.
- Henriksen, K., Dayton, E., Keyes, M.A., Carayon, P., Hughes, P. (2008). Understanding adverse event: A human factors framework. Dalam Hughes R.G (Ed), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Hughes, R.G. (2008). Nurses at the “sharp end” of patient care. Dalam Hughes R.G (Ed), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (Ed). Washington DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press.
- International Council of Nurses. (2002). *Position statement: Patient safety*. <http://www.icn.ch/>. Diunduh 26 Februari 2011.
- International Council of Nurses. (2002). *Patient safety: World health professions alliance fact sheet*. <http://www.icn.ch/>. Diunduh 26 Februari 2011.
- KEPK-BPPK. (2003). *Pedoman nasional etik penelitian kesehatan*. Departemen Kesehatan RI. www.knepk.litbang.depkes.go.id. Diunduh tanggal 7 Maret 2011.

- Khushf, G., Raymond, J., & Beaman, C. (2008). *The Institute of medicine's report on quality and safety: Paradoxes and tension*. HEC Forum 20 (1): 1-14. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. Diunduh 26 februari 2011.
- KKP-RS. (2007). *Sembilan solusi live-saving keselamatan pasien rumah sakit*. <http://www.inapatsafety-persi.or.id>. Diunduh 3 Maret 2011.
- KKP-RS. (2008). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien*. Jakarta: KKP-RS.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S.J. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*. (7th ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (1998). *Management decision making for nurses: 124 case studies*. (3th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2003). *Leadership roles and management function in nursing: Theory & application*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Maryam, D. (2009). *Hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di IRNA Bedah dan IRNA Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Jakarta: FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Mitchell, P.H. (2008). Defining patient safety and quality care. Dalam Hughes R.G (Ed), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Myers, S., et all. (2010). Safety concerns of hospital based new to practice registered nurses and their preceptors. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41 (4).
- National Patient Safety Agency. (2004). *Seven steps to patient safety. An overview guide for NHS staff*. www.npsa.nhs.uk/sevensteps. Diunduh 26 Februari 2011.
- National Patient Safety Agency. (2004). *The full reference guide. Seven step to patient safety*. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/> . Diunduh 26 Februari 2011.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pengembangan sumber daya manusia*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Page, A. (Ed). (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington DC: The National Academies Press.

- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Fundamentals of nursing*. (6th ed). Missouri: Mosby.
- Powell, S. (2004). *Patient safety: It's not just carefulness, it's a culture*. <http://www.nursingcenter.com/>. Diunduh 15 Februari 2011.
- PPNI. (2010). *Standar profesi & kode etik perawat Indonesia*. Jakarta: PP-PPNI
- Prawitasari, S. (2009). *Hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien di RS Husada Jakarta*. Jakarta: FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Reason, J. (1995). Safety in the operating theatre. Part 2: Human error and organisational failure. *Qual Saf Health Care* 2005;14: 56-61.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320 : 768-70.
- Reason, J. (2006). *Human factors: A personal perspective*. <http://www.vtt.fi/liitetiedostot/>. Diunduh 15 Februari 2011.
- Reason, J., Carthey, J., & DeLeval, M. (2001). Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care* 2001;10(Suppl II):ii21–ii25.
- Rosdahl, C.B. (1999). *Textbook of basic nursing*. (7th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Roy, V., Gupta, P., & Srivastava, S. (2005). Medication errors: causes & prevention. *Health Administrator Vol : XIX Number 1: 60-64*.
- Runciman, W.B, Baker, G.S., Michel, P., Dovey, S., Lilford, R.J., Jensen, N., et al. (2010). Tracing the foundation of a conceptual framework for a patient safety ontology. *Qual Saf Health Care* 2010;19.
- Sastroasmoro ,S., Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. (Ed 3). Jakarta: Sagung Seto.
- Sedlak, C. (2004). Overview and summmary nurse safety: Have we addressed the risk ? *Online Journal of Issues in Nursing. Vol 9. No 3*.
- Sugiyono. (2007). *Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif dan R & D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Swansburg, R.C. (1993). *Introductory management and leadership for clinical nurses*. Jones & Bartlett Publishers.

Trinkoff, A.M., Brown, J.M., Caruso, C.C., Lipscomb, J.A., Johantgen, M., Nelson, A.L., et al. (2007). *Personal safety for nurses*. <http://www.ahrq.gov/>. Diunduh 16 Februari 2011.

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. (2007). *Look-alike, sound-alike medication names. Patient safety solution*. Volume 1, solution 1. <http://www.ccforspatientsafety.org/>. Diunduh 3 Maret 2011.

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. (2007). *Patient safety solutions preamble*. www.who.int/entity/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf. Diunduh 3 Maret 2011.

Ratnasih, R. (2001). *Hubungan antara kemampuan kepala ruang dalam melaksanakan fungsi-fungsi manajemen dengan kinerja perawat pelaksana di ruangan rawat inap RS Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta*. Jakarta: FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.

Fenny, Y. A. (2007). *Hubungan persepsi perawat tentang perencanaan jangka pendek kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUP Fatmawati Jakarta*. Jakarta : FIK UI

Warouw, H.J. (2009). *Hubungan pengarahan kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta*. Jakarta: FIK UI. Tesis

Lampiran 1 Jadwal kegiatan penelitian

NO	Kegiatan	Februari				Maret					April				Mei				Juni					Juli	
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2
1	Pengajuan judul	■	■																						
2	Studi pendahuluan			■	■	■	■	■	■																
3	Penyusunan proposal				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■											
4	Seminar proposal													■											
5	Revisi proposal													■											
6	Prosedur administrasi														■	■	■	■							
7	Prosedur teknis																		■	■	■				
8	Pelaksanaan penelitian																			■	■	■	■		
9	Analisis data																						■		
10	Penyusunan laporan																						■		
11	Seminar hasil penelitian																							■	
12	Revisi hasil penelitian																							■	
13	Sidang tesis																								■
14	Penyusunan laporan akhir																								■

Lampiran 2 Lembar Penjelasan Penelitian

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Salam sejahtera untuk kita semua.

Saya Sari Candra Dewi, mahasiswa Program Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan FIK UI, bermaksud mengadakan penelitian guna menyelesaikan tesis dengan judul: *Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien dan Perawat Di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.*

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien dan perawat di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Manfaat penelitian ini diharapkan memberi kontribusi dalam penyusunan kebijakan yang mendukung peningkatan kemampuan manajerial kepala ruang dalam program keselamatan, dan penyusunan pedoman bagi perawat dalam pelaksanaan keselamatan pasien dan perawat sehingga meminimalkan risiko yang dapat terjadi baik pada pasien maupun perawat dalam pemberian layanan kesehatan pada umumnya dan keperawatan pada khususnya.

Peneliti menjamin pengambilan data penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif terhadap perawat maupun institusi. Peneliti sangat menghargai hak-hak responden dengan menjamin kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan dan hanya digunakan untuk penelitian semata. Peneliti berharap partisipasi dari Bapak/Ibu/Saudara rekan sejawat dalam penelitian ini. Atas kesediaan bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum. Wr wb.

Peneliti,

Lampiran 3 Lembar Persetujuan Responden

**FORMULIR “*INFORM CONSENT*” PENELITIAN
HUBUNGAN FUNGSI MANAJEMEN KEPALA RUANG DAN
KARAKTERISTIK PERAWAT DENGAN PENERAPAN KESELAMATAN
PASIEN DAN PERAWAT DI IRNA I RSUP Dr. SARDJITO
YOGYAKARTA**

Yang bertandatangan di bawah ini :

Inisial nama responden :

Alamat :

Jenis kelamin:

Umur: th

Dengan sesungguhnya serta sejujurnya, telah berdiskusi, tanya jawab, atas informasi penelitian yang akan dilakukan, yang memilih saya sebagai calon subyek penelitian, dalam hal :

(Hitamkan bulatan, informasi yang didiskusikan)

- Karakteristik individu
- Fungsi manajemen kepala ruang
- Penerapan keselamatan pasien
- Penerapan keselamatan perawat

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa melalui diskusi informasi penelitian yang akan berlanjut selama masa penelitian, tanpa paksaan, tekanan dengan kesadaran dan pemahaman informasi dengan sukarela memberikan (Lingkari pernyataan yang dipilih):

1. Pernyataan bersedia mengikuti tatalaksana penelitian telah didiskusikan sebagai subyek penelitian yang terpilih
2. Pernyataan menolak mengikuti tatalaksana penelitian yang terpilih

Yogyakarta,2011

Responden

(.....)

**FORMULIR "INFORMED CONSENT"
MENGUNDURKAN DIRI/BERHENTI
SEBAGAI SUMBER INFORMASI PENELITIAN**

JUDUL/JENIS PENELITIAN: Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang Dan Karakteristik Perawat Dengan Penerapan Keselamatan Pasien Dan Perawat Di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Inisial nama responden:.....

Jeniskelamin :.....

Umur :.....th.

Dengan sesungguhnya serta sejujurnya kami telah berdiskusi, tanya jawab pada penelitian yang telah kami jalani, dalam hal:

(Hitamkan bulatan, informasi yang didiskusikan)

- Karakteristik individu
- Fungsi manajemen kepala ruang
- Penerapan keselamatan pasien
- Penerapan keselamatan perawat

Menyatakan dengan sesungguhnya tanpa paksaan, tekanan, dengan kesadaran dan pemahaman informasi dengan sukarela, memberikan:

Pernyataan mengundurkan diri/menghentikan tatalaksana penelitian yang telah didiskusikan sebagai subyek penelitian

Yogyakarta, 2011

Tanda tangan

No	Pernyataan	SL	SR	JR	TP
	Kepala ruang saya:				
13	Menyusun uraian tugas staf yang terlibat dalam kegiatan pemantauan keselamatan pasien dengan jelas				
14	Menyusun uraian tugas staf yang terlibat dalam kegiatan pemantauan keselamatan perawat dengan jelas				
15	Menangani insiden keselamatan pasien tanpa melakukan koordinasi dengan bagian lain yang terkait				
16	Melakukan koordinasi dengan bagian terkait apabila ada insiden keselamatan perawat				
17	Menyusun perencanaan kebutuhan tenaga staf keperawatan baik secara kuantitas maupun kualitas				
18	Menyusun jadwal dinas perawat <i>shift</i> pagi, sore, malam dengan mempertimbangkan kebutuhan ruangan				
19	Mengecek kelengkapan jadwal dinas yaitu kekurangan/kelebihan staf keperawatan				
20	Memberikan orientasi pada perawat baru tentang penerapan keselamatan pasien dalam tindakan asuhan keperawatan				
21	Tidak memberikan orientasi pada perawat baru tentang penerapan keselamatan perawat				
22	Menugaskan staf perawat untuk mengikuti pelatihan mengenai keselamatan pasien				
23	Tidak menugaskan staf perawat untuk mengikuti pelatihan mengenai keselamatan kerja perawat				
24	Memotivasi staf keperawatan untuk bekerja sesuai dengan SOP				
25	Memotivasi staf perawat untuk melaporkan setiap insiden keselamatan pasien				
26	Tidak memotivasi staf perawat untuk melaporkan setiap kejadian kecelakaan kerja yang dialami perawat				
27	Memberikan bimbingan pada staf mengenai penerapan keselamatan pasien dalam asuhan keperawatan				
28	Memberikan bimbingan pada staf mengenai penerapan keselamatan perawat				
29	Memberi teguran pada staf perawat yang mengabaikan aspek keselamatan pasien				
30	Memberi teguran pada staf perawat yang mengabaikan aspek keselamatan perawat				
31	Tidak memberi pujian pada staf yang bekerja sesuai standar operasional prosedur				

Keterangan :

SL= selalu

JR= jarang

SR= sering

TP= tidak pernah

No	Pernyataan	SL	SR	JR	TP
	Kepala Ruang Saya				
32	Menilai tindakan asuhan keperawatan yang dilakukan staf perawat				
33	Melakukan penilaian kinerja secara objektif				
34	Melakukan evaluasi penerapan keselamatan pasien yang dilakukan oleh staf perawat				
35	Tidak melakukan evaluasi terhadap penerapan keselamatan perawat				
36	Mendiskusikan insiden keselamatan pasien dalam pertemuan staf keperawatan				
37	Tidak mendiskusikan insiden keselamatan perawat dalam pertemuan staf keperawatan				
38	Membahas hambatan mengenai penerapan keselamatan pasien dengan staf perawat				
39	Tidak membahas hambatan mengenai penerapan keselamatan perawat dengan staf perawat				

Keterangan :

SL= selalu

JR= jarang

SR= sering

TP= tidak pernah

No	Pernyataan	SL	SR	J	TP
13	Saya tidak melakukan serah terima pasien dengan perawat shift berikutnya diruang pasien				
14	Saya melakukan serah terima pasien (operan jaga) tanpa melibatkan pasien				
15	Saya melakukan klarifikasi kembali terhadap informasi yang kurang jelas saat melakukan serah terima pasien antar shift				
16	Saya tidak memberikan penjelasan tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan pada pasien				
17	Saya memberi tahu pasien mengenai bagian tubuh yang akan dilakukan tindakan				
18	Saya menanyakan kepada pasien bagian tubuh yang sakit saat akan melakukan tindakan keperawatan				
19	Saya memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar saat akan melakukan tindakan keperawatan				
20	Saya memberikan asuhan keperawatan tanpa melibatkan pasien dan keluarga				
21	Saya memastikan ketepatan jenis cairan elektrolit pekat sebelum memberikan infus pada pasien				
22	Saya memberikan infus cairan elektrolit pekat pada pasien tanpa terlebih dahulu mempelajari protokol pemberian cairan elektrolit pekat				
23	Saya melakukan tindakan pemberian cairan elektrolit pekat sesuai standar operasional prosedur				
24	Saya tidak mengobservasi tetesan cairan infus elektrolit pekat secara berkala				
25	Saya mendokumentasikan tindakan pemberian cairan elektrolit pekat (tanggal, jam pemberian, dosis) dalam catatan keperawatan pasien				
26	Saya melakukan klarifikasi pengobatan pasien saat menerima pasien masuk				
27	Saya tidak mengkaji riwayat pengobatan pasien sebelum dirawat di RS				
28	Saya tidak menyusun daftar obat-obatan pasien secara lengkap sebelum pasien dipindahkan ke unit perawatan lainnya				
29	Saya menjelaskan obat pasien secara lengkap pada waktu serah terima pasien				
30	Saya melakukan klarifikasi setelah serah terima obat pada saat perpindahan pasien				

Keterangan :

SL= selalu

JR= jarang

SR= sering

TP= tidak pernah

No	Pernyataan	SL	SR	J	TP
31	Saya mengecek slang infus sebelum memberikan obat melalui slang infus				
32	Saya tidak mengecek ketepatan sambungan infus secara berkala				
33	Saya mengecek ketepatan posisi slang sonde sebelum memberikan makanan melalui NGT				
34	Saya tidak mengecek penyambungan selang kateter dengan urinal bag secara berkala				
35	Saya mengecek penyambungan <i>drain</i> dengan kantong secara berkala				
36	Saya menggunakan <i>sput</i> sekali pakai untuk tindakan injeksi pada pasien				
37	Saya membuang alat injeksi sekali pakai di tempat yang tersedia				
38	Saya tidak mempertahankan kesterilan alat injeksi				
39	Saya melakukan tindakan injeksi dengan memperhatikan standar operasional prosedur				
40	Saya mencuci tangan sebelum memberikan tindakan keperawatan				
41	Saya mencuci tangan sesudah melakukan tindakan keperawatan				
42	Saya melakukan tindakan perawatan pada pasien tanpa memakai sarung tangan				
43	Saya mencuci tangan dengan menggunakan tujuh langkah cuci tangan secara benar				
44	Saya tidak mencuci tangan menggunakan alkohol <i>hand rub</i> sebelum kontak dengan pasien				

Keterangan :

SL= selalu

JR= jarang

SR= sering

TP= tidak pernah

No	Pernyataan	SL	SR	JR	TP
12	Saya segera melapor apabila mengalami luka tertusuk jarum saat melakukan tindakan pada pasien				
13	Saya segera melapor apabila mengalami luka tertusuk jarum yang telah digunakan untuk tindakan pada pasien				
14	Saya mendapat penanganan sesuai prosedur saat mengalami luka tusuk jarum				
15	Saya akan mengangkat pasien yang memiliki berat badan lebih dari saya tanpa meminta bantuan rekan perawat lain.				
16	Saya mengangkat pasien dengan teknik yang benar				
17	Saya memindahkan pasien tanpa memperhatikan teknik yang benar				
18	Saya mengatur penerangan yang cukup saat melakukan tindakan pada pasien				
19	Saya mengatur lingkungan yang tenang saat memberi tindakan pada pasien				
20	Saya mengatur lingkungan sehingga nyaman untuk bekerja				
21	Saya dinas lebih dari satu shift pada hari yang sama				

Keterangan :

SL= selalu

JR= jarang

SR= sering

TP= tidak pernah



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 1407/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin uji instrument penelitian

25 April 2011

Yth. Direktur
RSUD. Dr. Moewardi
Surakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Sari Candra Dewi
0906594734

akan mengadakan uji instrument penelitian dengan judul : "**Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat Dengan Penerapan Keselamatan Pasien dan Perawat di RSUD. Dr. Sardjito Yogyakarta**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrument penelitian di RSUD. Dr. Moewardi Surakarta.

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



Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan RSUD. Dr. Moewardi
3. Kepala Bagian Diklit RSUD. Dr. Moewardi
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peringgal



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RSUD Dr. MOEWARDI

Jl. Kol. Soetarto 132 Telp. 634 634 Fax. 637412 Surakarta 57126

Surakarta, 18 Mei 2011

Nomor : 375 / DIK / V / 2011
Lampiran : -
Perihal : Pengantar Penelitian

Kepada Yth. :

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. Ka. Ruang Mawar 2 | 5. Ka. Ruang Melati 3 |
| 2. Ka. Ruang Mawar 3 | 6. Ka. Ruang Anggrek 1 |
| 3. Ka. Ruang Melati 1 | 7. Ka. Ruang Anggrek 2 |
| 4. Ka. Ruang Melati 2 | |

RSUD Dr. Moewardi Surakarta
di-

SURAKARTA.

Memperhatikan Surat dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, nomor : 1407/H2.F12.D/PDP.04.02/2011; Perihal Ijin Penelitian dan Disposisi Direktur tanggal 09 Mei 2011, maka dengan ini kami menghadapkan mahasiswa :

Nama : Sari Candra Dewi
NIM : 0906594734
Institusi : Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas
Indonesia

Untuk melaksanakan **Uji Instrumen Penelitian** dalam rangka penyusunan **Tesis** dengan judul : "**Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien dan Perawat di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta**".

Demikian untuk menjadikan periksa dan atas kerjasamanya di ucapkan terima kasih.

Kepala
Bagian Pendidikan & Penelitian,

BAMBANG SUGENG WIJONARKO,
NIP. 19650308 199003 1 007

Tembusan Kepada Yth.:

1. Wadir Umum RSDM (sebagai laporan)
2. Ka. Ranap 1,2 dan 4
3. Arsip



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 404/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

25 April 2011

Yth. Direktur SDM dan Pendidikan
RSUP. Dr. Sardjito
Yogyakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Sari Candra Dewi
0906594734

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat Dengan Penerapan Keselamatan Pasien dan Perawat di RSUP. Dr. Sardjito Yogyakarta"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUP. Dr. Sardjito Yogyakarta.

Atas perhatian Saudara 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. Direktur Medik dan Keperawatan RSUP. Dr. Sardjito
3. Kepala Diklit RSUP. Dr. Sardjito
4. Kepala Bidang Keperawatan RSUP. Dr. Sardjito
5. Sekretaris FIK-UI
6. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
7. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
8. Koordinator M.A. "Tesis"
9. Pertinggal



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien dan Perawat di IRNA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Nama peneliti utama : **Sari Candra Dewi**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 23 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

**LEMBAR KONFIRMASI
IJIN PENELITIAN**

Tanggal	Ditanyakan Kepada	Isi
	Yth : <u>Ka IRNA I</u> <hr/>	<p>Dengan hormat,</p> <p>Mohon informasi dan persetujuan ijin penelitian a.n. : <u>SARI CANDRA DEWI</u></p> <p>Institusi : <u>FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UI</u></p> <p>Topik : <u>Hubungan Fungsi Manajemen Keperawatan dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien dan Perawat di RSUP Dr Sardjito Yogyakarta</u></p> <p>Subyek/Responden : <u>Perawat</u></p> <p>Cara pengambilan data : <u>Kuesioner</u></p> <p>Lokasi : <u>IRNA I</u></p> <p>Waktu : <u>Mei - Juli 2011</u></p> <p>Jika penelitian tersebut disetujui, mohon Bpk/UMbu/Sdr. Berkenan menandatangani dan mengirimkan kembali ke Bagian Pendidikan & Penelitian formulir bukti persetujuan di bawah ini, guna proses lebih lanjut. Tetapi bila ada sesuatu hal sehingga penelitian belum dapat disetujui, mohon dapat diinformasikan juga alasannya. Atas informasi dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.</p> <p><i>U/</i> Kepala Bagian Pendidikan & Penelitian</p> <p style="text-align: right;"><u>Yulis Quarti, SE., Akt., M. Si</u> NIP. 196707261995022002</p>

BUKTI PERSETUJUAN

Setelah mencermati proposal a. n. : Sari Candra Dewi

Maka pada prinsipnya kami setuju / ~~tidak setuju~~ (coret seperlunya), yang bersangkutan melakukan pengambilan data penelitian di Anggota 1, 2 Unit Stroke, Bugenvil 1, 2, 3, 4
Cerdana 1, 2, 3, 4, 5 Dahlan 1, 2, 3, 4

Demikian, agar bukti persetujuan ini dapat dipergunakan sebagai penyelesaian administrasi lebih lanjut. Terimakasih.

Yogyakarta, **31 MAY 2011**

Kepala Bagian / Ka Instalasi Rawat Inap I

[Signature]
dr. Liecyatningsih
NIP. 195505131985102001



RUMAH SAKIT DR. SARDJITO YOGYAKARTA
INSTALASI RAWAT INAP I

Jl. Kesehatan 1, Sekip, Yogyakarta, Tel. 587333 psw. 511, 479



DAFTAR HADIR

Hari/ tanggal : Rabu, 1 Juni 2011
Pukul : 12.30 WIB
Tempat : Ruang Pertemuan IRNA I
Acara : Presentasi Penelitian an: Retno K, Sari CD, Wahyu R dan Thierma ND

NO	NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
1.	Dr. Himpitanugah	KR. DRP I	1
2.	Susi W	Pj yan L I	2.
3.	Manik Sri Khodiyati	Ka Ru Bang 2	3
4.	Sungar		4
5.	Rahayu W	Ka Ru Cend 2	5
6.	E Redjanta	Mgk II	6
7.	Murdani		7
8.	APRI DAVS	Ka. Ru Dahli 2	8
9.	Titi Guswani	Pj yan L 2	9
10.	Ely Pratiwi	Pa	10
11.	Tri Alim	Ka Ru Cend 3	11
12.	Nung Funda	Ka Ru Cend 3	12
13.	Ngahini	U-Straho	13
14.	Fardal	Pj. yan L 3	14
15.	Wigati	Ka Ru cendana 4	15
16.	Siti Khandiyah	Ka Ru Dahli 3	16
17.	Kardi	Ka Ru Bangwid	17
18.	Setya Tri Wibowo	Ka Ru Bang. 1	18
19.	Edina - S	" " " " " "	19
20.	Sedekyana	P. K. T. T. T.	20
21.	Hurhayati	Pj Yan L 2	21
22.	Retno Kuswandari	Mahasiswa FIK UI	22
23.	Sari Candra Dewi	"	23
24.	Wahyu R	"	24
25.			25
26.			26

Lampiran 13 Daftar Riwayat Hidup



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Sari Candra Dewi
Tempat tanggal lahir : Gunungkidul, 13 Agustus 1977
Alamat rumah : Jogokaryan Jalan Modang MJ III/ 472 Yogyakarta
Alamat kantor : Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Yogyakarta. Jl Tatabumi No 3 Banyuraden, Gamping,
Sleman. (0274) 617858

Riwayat pendidikan :

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| 1. FKM Universitas Diponegoro | lulus tahun 2003 |
| 2. AKPER Depkes Yogyakarta | lulus tahun 1998 |
| 3. SMA Negeri I Wonosari | lulus tahun 1995 |
| 4. SMP Negeri II Wonosari | lulus tahun 1992 |
| 5. SD Negeri I Wonosari | lulus tahun 1989 |

Riwayat pekerjaan :

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Politeknik Kesehatan Yogyakarta Jurusan Keperawatan | tahun 2003-sekarang |
| 2. AKBID Depkes Yogyakarta | tahun 2000-2003 |
| 3. SPK Depkes Yogyakarta | tahun 1999-2000 |