



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS DETERMINAN KEJADIAN NYARIS CEDERA DAN
KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN DI UNIT PERAWATAN
RUMAH SAKIT PONDOK INDAH
JAKARTA**

TESIS

OLEH

**Yully Harta Mustikawati
0906505180**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JUNI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS DETERMINAN KEJADIAN NYARIS CEDERA DAN
KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN DI UNIT PERAWATAN
RUMAH SAKIT PONDOK INDAH
JAKARTA**

TESIS

diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

OLEH

Yully Harta Mustikawati
0906505180

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JUNI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Yully Harta Mustikawati

NPM : 0906505180

Tanda tangan :



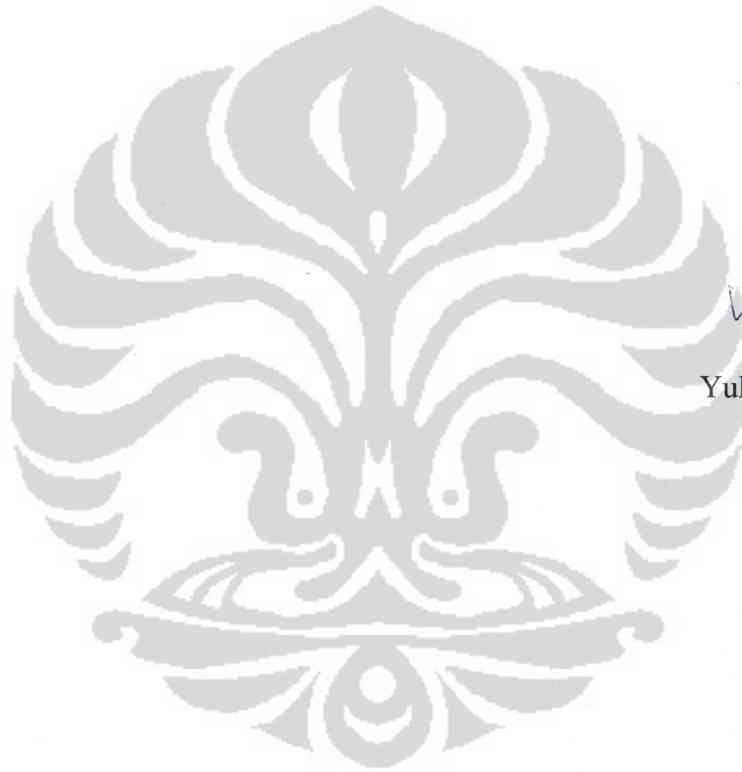
Tanggal : 23 Juni 2011



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



Depok, 23 Juni 2011

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yully Harta Mustikawati', is written over the watermark.

Yully Harta Mustikawati

LEMBAR PERSETUJUAN

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

Jakarta, 23 Juni 2011

Pembimbing I



Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc

Pembimbing II

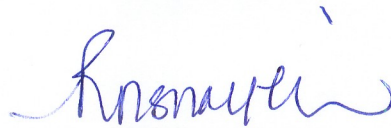


Hanny Handiyani, SKp, MKep

NAMA ANGGOTA PENGUJI TESIS

Jakarta, 23 Juni 2011

Pembimbing I



Krisna Yetti, SKp, M.App.SC

Pembimbing II



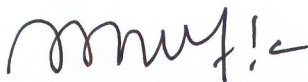
Hanny Handiyani, SKp, MKep

Anggota



Eva Trisna, SKM, MKep

Anggota



Rita Herawati, SKp, MKep

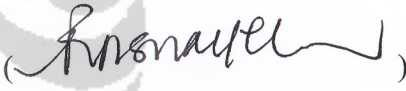
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Yully Harta Mustikawati
NPM : 0906505180
Program Studi : Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Judul Tesis : Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

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 : Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc ()
Pembimbing II : Hanny Handiyani, SKp, MKep ()
Penguji : Eva Trisna, SKM, MKep ()
Penguji : Rita Herawati, SKp, MKep ()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 23 Juni 2011

KATA PENGANTAR

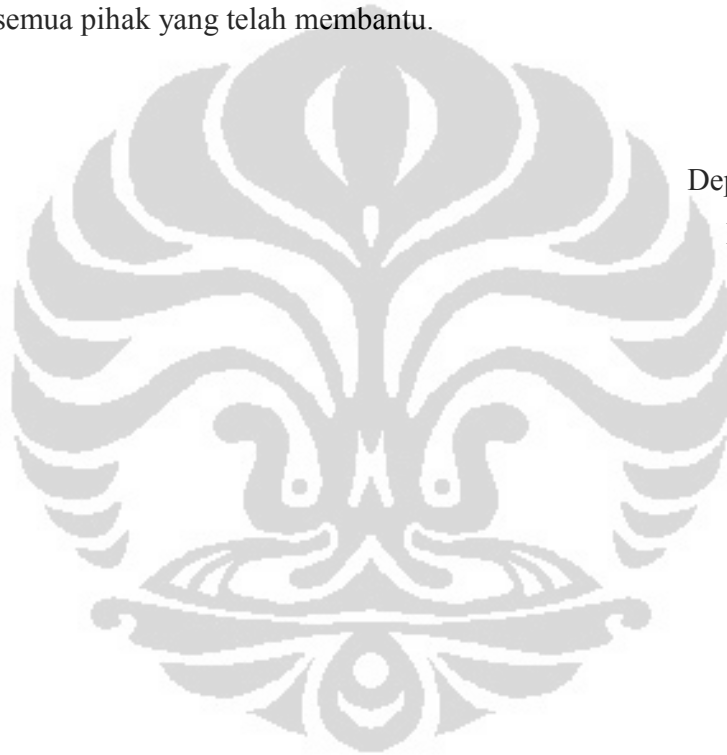
Puji syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa. Berkat limpahan rahmat dan karunia, Tesis dengan judul Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta, dapat diselesaikan. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan Jurusan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis banyak menerima bantuan, bimbingan, dan pengarahan dari berbagai pihak pada proses penyusunan. Dengan segala hormat dan penghargaan yang setinggi-tingginya, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan masukan, arahan, dan bimbingan dalam penyelesaian tesis ini
2. Hanny Handiyani, SKp, MKep selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan masukan, arahan, dan bimbingan dalam penyelesaian tesis ini
3. Dr. Yanwar Hadiyanto selaku CEO Pondok Indah *Healthcare Group* yang telah memberi kesempatan melakukan penelitian
4. Dr. Agus Wahyudi, MBA selaku COO Rumah Sakit Pondok Indah yang telah memberi kesempatan melakukan penelitian
5. Yuliana SB, SKM. MM selaku Manager Keperawatan Rumah Sakit Pondok Indah yang telah banyak membantu dalam melakukan penelitian
6. Hans Karius Sembiring, ST suami tercinta yang telah memberi dukungan penuh baik moral dan material selama proses perkuliahan hingga penyelesaian tesis ini
7. Orang tua dan keluarga yang telah memberi dukungan baik moral, doa, dan cinta kasih selama proses perkuliahan hingga penyelesaian tesis ini
8. Rekan-rekan perawat lantai 5C yang telah memberi dukungan, semangat, dan cinta kasih selama penulis mengikuti perkuliahan hingga penyelesaian tesis ini

9. Rekan-rekan KUP RSPI yang telah memberikan dukungan dan semangat selama penulis mengikuti perkuliahan hingga penyelesaian tesis ini
10. Rekan-rekan mahasiswa Program Magister Ilmu keperawatan yang telah memberi dukungan dan semangat dalam pembuatan tesis ini

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat diharapkan, demi kesempurnaan tesis ini. Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.



Depok, 23 Juni 2011

Penulis

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

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

Nama : Yully Harta Mustikawati
NPM : 0906505180
Program Studi : Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demikian 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: Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan Di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta.

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.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 23 Juni 2011

Yang menyatakan



Yully Harta Mustikawati

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA-FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juni 2011
Yully Harta Mustikawati

Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan
Di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

xv + 128 hal + 12 tabel + 9 gambar + 1 skema + 11 lampiran

Abstrak

Keselamatan pasien menjadi bagian penting dalam pelayanan keperawatan. Penelitian retrospektif ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta. Pengumpulan data menggunakan data sekunder dari 95 dokumen laporan kejadian. Instrumen yang digunakan adalah kertas kerja yang dirancang sendiri oleh peneliti. Hasil penelitian didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara *training* dan edukasi, kompetensi, status kawin, tingkat pendidikan, kompleksitas pengobatan pasien, alur pekerjaan, kehadiran dan ketidakhadiran staf, peralatan, tingkat ketergantungan pasien, lokasi pelayanan terhadap KNC dan KTD ($P=0.13-1.00$). Variabel yang berhubungan dengan KNC dan KTD adalah masa kerja ($P=0.03$), umur perawat ($P=0.04$) dan umur pasien ($P=0.02$). Rekomendasi untuk rumah sakit dalam penerimaan perawat baru perlu dipertimbangkan faktor umur dan pengalaman kerja perawat saat melamar, pembuatan kebijakan penerimaan pasien baru sesuai umur pasien dan penempatan pasien beresiko mengalami cedera, pendampingan (*perceptorship program*) yang optimal untuk perawat dengan masa kerja yang baru (perawat dengan *level novice*).

Kata kunci: Kejadian Nyaris Cedera; Kejadian Tidak Diharapkan; Keselamatan pasien

Daftar Pustaka: 112 (1984-2011)

UNIVERSITY OF INDONESIA
MASTER PROGRAM IN NURSNG SCIENCE
MAJORING IN NURSING LEADERSHIP AND MANAGEMENT
POST GRADUATE PROGRAM-FACULTY OF NURSING

Thesis, June 2011
Yully Harta Mustikawati

Determinant Analysis of Near Miss and Adverse Event
At the Nursing Unit of Pondok Indah Hospital Jakarta

xv + 128 pages + 12 tables + 9 pictures + 1 scheme + 11 appendices

Abstract

Patient safety is an important part of nursing care. This retrospective research is aimed to identify factors associated with occurrences of near miss and adverse event at the nursing unit of Pondok Indah Hospital Jakarta. Data collection using secondary data from 95 documents of incident reports. The instrument used is a working paper which was designed by the researcher. The results are there was no significant correlation between training and education, competence of nurses, marital status, level of education, complexity of patient treatment, the flow of work, absenteeism of staff, equipment, dependency level of patients, location of services ($P=0.13-1.00$). There was a significant correlation between year of service ($P=0.03$), age of nurses ($P=0.04$), and patient's age ($P=0.02$) with near miss and adverse event. The recommendations for hospitals in the acceptance of new nurses are to consider the factor of age and work experience when applying for nurses, make policy on acceptance of new patients according to age of patient and placement of patient at risk of injury, provide optimal assistance in the perceptorship program for nurses with a new period of employment (the nurse with a novice level).

Key words: Near miss; Adverse event; Patient safety.

References: 112 (1984-2011)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1: PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	11
1.3 Tujuan Penelitian	13
1.4 Manfaat Penelitian	14
BAB 2: TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Moral Perawat	16
2.2 Manajemen Keperawatan	19
2.3 Keselamatan Pasien	22
2.4 Kejadian Nyaris Cedera (KNC)	26
2.5 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)	29
2.6 Faktor-faktor yang Berpengaruh Terhadap KNC dan KTD	35
2.7 Kerangka Teori Penelitian	56
BAB 3: KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	58
3.2 Hipotesis	60
3.3 Definisi Operasional	61
BAB 4: METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian	67
4.2 Populasi dan Sampel.....	68
4.3 Tempat Penelitian.....	70
4.4 Waktu Penelitian	70
4.5 Etika Penelitian	71
4.6 Alat Pengumpulan Data	72
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	73
4.8 Pengolahan dan Analisis Data	75

BAB 5: HASIL PENELITIAN	
5.1 Pengumpulan Data	81
5.2 Hasil Penelitian	82
5.2.1 Analisis Univariat	82
5.2.2 Analisis Bivariat	85
5.2.3 Analisis Multivariat	94
 BAB 6: PEMBAHASAN	
6.1 Keterbatasan Penelitian	100
6.2 Pembahasan Hasil Penelitian	100
6.3 Implikasi terhadap Pelayanan Keperawatan, Pendidikan, dan Penelitian Selanjutnya	123
 BAB 7: KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan	125
7.2 Saran	126
 DAFTAR PUSTAKA	



DAFTAR TABEL

		Hal
1	Tabel 3.1 Definisi Operasional	61
2	Tabel 4.1 Rencana Waktu Penelitian	70
3	Tabel 4.2 Analisis Uji Statistik Variabel Penelitian Faktor-faktor yang Berhubungan dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta	77
4	Tabel 5.1 Distribusi Responden menurut Karakteristik Individu Perawat di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta, tahun 2009-2010	82
5	Tabel 5.2 Distribusi Responden menurut Sifat Dasar Pekerjaan di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta, tahun 2009-2010	83
6	Tabel 5.3 Distribusi Responden menurut Faktor Pasien di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta, tahun 2009-2010	84
7	Tabel 5.4 Distribusi Responden menurut Karakteristik Individu Perawat di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta, tahun 2009-2010 (Bivariat)	86
8	Tabel 5.5 Distribusi Responden menurut Sifat Dasar Pekerjaan di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta, tahun 2009-2010 (Bivariat)	90
9	Tabel 5.6 Distribusi Responden menurut Faktor Pasien di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta, tahun 2009-2010 (Bivariat)	92
10	Tabel 5.7 Hasil Analisis Regresi Logistik Variabel Independen terhadap Variabel Dependen	94
11	Tabel 5.8 Pemodelan Multivariat Variabel Independen terhadap Variabel Dependen	97
12	Tabel 5.9 Uji Regresi Logistik Tahap Akhir	98

DAFTAR GAMBAR

	Hal
1 Gambar 2.1 <i>Incident Causation Model</i>	27
2 Gambar 2.2 Perbedaan Proses Terjadinya KNC dan KTD	30
3 Gambar 2.3 <i>The “Swiss Chesse” Model of Accident Causation</i>	31
4 Gambar 2.4 Teori Wood: <i>Blunt End and Sharp End Model</i> untuk Menerangkan Model Proses Penyembuhan	33
5 Gambar 2.5 Teori Wood: <i>Blunt End and Sharp End Model</i> untuk Menerangkan Faktor Manusia Menyebabkan KTD	34
6 Gambar 2.6 Faktor yang Berhubungan dengan KNC dan KTD	37
7 Gambar 2.7 Kerangka Teori Penelitian	56
8 Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan	58
9 Diagram 5.1 Diagram KNC dan KTD	85

DAFTAR SKEMA

1	Skema 4.1	Kerangka Konsep Model Regresi	Hal 79
---	-----------	-------------------------------	-----------



DAFTAR LAMPIRAN

- 1 Lampiran 1 Standar Keselamatan Pasien
- 2 Lampiran 2 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien
- 3 Lampiran 3 Sembilan Solusi Keselamatan Pasien
- 4 Lampiran 4 Lembar Persetujuan untuk Perawat
- 5 Lampiran 5 Lembar Persetujuan untuk Direktur
- 6 Lampiran 6 Formulir Pengumpulan Data dari Dokumen Laporan Kejadian
- 7 Lampiran 7 Permohonan Pengambilan Data Awal
- 8 Lampiran 8 Permohonan Ijin Penelitian
- 9 Lampiran 9 Persetujuan Pelaksanaan Penelitian
- 10 Lampiran 10 Keterangan Lolos Kaji Etik
- 11 Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup



BAB 1 PENDAHULUAN

Bab 1 ini berisi latar belakang masalah yang menguraikan tentang alasan pentingnya dilakukan penelitian, rumusan masalah penelitian, tujuan penelitian yang memberikan gambaran arah penelitian, serta manfaat penelitian yang berguna bagi rumah sakit tempat penelitian, perkembangan ilmu keperawatan, dan bagi peneliti selanjutnya.

1.1 Latar Belakang

Keselamatan pasien menjadi bagian penting dalam pelayanan keperawatan. Perawat sebagai tenaga terdepan yang bersentuhan langsung dengan pasien bertanggung jawab menyediakan layanan yang menunjang keselamatan tersebut. Ballard (2003) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan komponen penting dan vital dalam asuhan yang berkualitas. Hal ini menjadi penting karena keselamatan pasien merupakan satu langkah untuk memperbaiki mutu layanan (Cahyono, 2008), dan menjadi salah satu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan (Dirbinyankep, 2008).

Pelayanan yang bermutu merupakan suatu hal yang diharapkan oleh setiap individu yang bersentuhan dengan pelayanan kesehatan. IOM (2000) dalam Cahyono (2008) menetapkan enam dimensi dalam mutu pelayanan kesehatan adapun dimensi tersebut: keselamatan pasien (*safety*), efisiensi (*efficient*), efektif (*effective*), tepat waktu (*timeliness*), berorientasi pada pasien (*patient centered*) dan keadilan (*equity*). Enam dimensi ini harus mampu dijalankan agar memperoleh pelayanan yang berkualitas. Cedera yang terjadi karena kesalahan dalam perawatan jelas mencerminkan pelayanan yang kurang bermutu.

Keselamatan pasien selain menjadi bagian penting dalam pelayanan keperawatan. Keselamatan pasien merupakan tanggung jawab moral perawat serta pengelola rumah sakit (Cook, Hoas, Guttmanova, & Joyner, 2004). Moral merupakan perilaku yang diharapkan oleh orang lain, moral berbicara mengenai prinsip dan aturan dari tingkah laku yang benar, serta mengenal hal yang benar atau salah

dalam perbuatan (Burkhardt & Nathaniel, 2008). Moral sangat penting dan menjadi dasar untuk mengenal praktik profesional. Moralitas memberikan kesempatan kepada perawat untuk mempertimbangkan nilai yang berbeda dalam memberikan pelayanan, termasuk bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien (ANA, 2001).

Prinsip dalam moral adalah berbuat baik dan menghindari berbuat kesalahan karena hal ini menjadi tuntutan peran profesional (Lachman, 2007). Terdapat tujuh kaidah dasar moral yang harus dipahami dan diamalkan oleh perawat meliputi otonomi (*autonomy*), berbuat baik (*benefecience*), keadilan (*justice*), tidak merugikan (*nonmaleficience*), kejujuran (*veracity*), menepati janji (*fidelity*), dan kerahasiaan (*confidentiality*) (Burkhardt & Nathaniel, 2008). Kaidah moral ini harus diyakini dan dijalankan perawat saat memberikan asuhan keperawatan, agar setiap perbuatan yang dilakukan mengarah pada kebaikan yang dapat berdampak pada meningkatnya keselamatan pasien.

Pelaksanaan prinsip dasar moral untuk mencapai keselamatan pasien tidak terlepas dari fungsi dan peran manajemen keperawatan. Manajemen keperawatan merupakan proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien, keluarga dan masyarakat (Gillies, 1994). Fungsi manajemen keperawatan meliputi: perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), ketenagaan (*staffing*), pengarahan (*directing*), dan pengendalian (*controlling*) (Marquis & Houston, 2010).

Keselamatan pasien merupakan prinsip dasar dalam pemberian pelayanan dan merupakan komponen yang kritical dalam manajemen (WHO, 2005). Fungsi perencanaan termasuk usaha merancang kegiatan untuk menetapkan aktivitas yang dapat mendukung keselamatan pasien (Yahya, 2008). Fungsi pengorganisasian terkait penetapan tim dan anggota yang bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien (Yahya, 2006). Pada fungsi ketenagaan kesesuaian jumlah staf dengan beban kerja menjadi perhatian dalam usaha menjamin

keselamatan pasien (Ballard, 2003). Bentuk pengarahan terkait keselamatan pasien dapat berupa komunikasi dan melakukan supervisi serta bentuk audit keselamatan pasien pada fungsi pengendalian. Keberhasilan fungsi tersebut tergantung dari partisipasi perawat dalam memberikan pelayanan yang berkualitas bagi pasien (Potter & Perry, 2005).

Elemen penting lainnya dalam manajemen keperawatan adalah peran perawat (Marquis & Houston, 2010). Berbagai peran dijalankan oleh perawat saat memberikan asuhan, salah satunya sebagai pembela pasien (*client advocate*). Perawat diharapkan mampu membantu mempertahankan lingkungan yang aman bagi pasien dan mengambil tindakan, untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan melindungi pasien dari kemungkinan efek yang tidak diinginkan dari suatu tindakan diagnostik atau pengobatan (Potter & Perry, 2005). Perawat diharapkan mampu bertanggung jawab dan melindungi hak pasien. Salah satu hak yang harus dipenuhi adalah hak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit (UU No. 44/2009 pasal 32n tentang Rumah Sakit). Perawat memiliki kontribusi yang besar dalam menjamin keselamatan pasien.

Keselamatan pasien dapat diperoleh bila faktor yang berkontribusi terhadap insiden keselamatan dapat diminimalisir bahkan dihindari. Faktor yang berkontribusi terhadap hal ini menurut Henriksen, et.al (2008) adalah faktor manusia yang meliputi: sumber daya yang tidak memenuhi persyaratan, kesalahan dalam mengambil keputusan klinis, salah persepsi, pengetahuan manusia, keterbatasan mengoperasikan alat dan mesin, sistem, tugas dan pekerjaan. Hal ini juga diungkapkan oleh ICN (2002) yang menyatakan faktor yang berpengaruh terhadap KNC dan KTD melibatkan faktor manusia dan sistem. Faktor manusia meliputi pengetahuan, keterampilan, lama kerja sedangkan sistem meliputi standar, kebijakan dan aturan dalam organisasi. Teori Burke dan Litwin dalam Cahyono (2008) mengungkapkan faktor yang berpengaruh adalah lingkungan eksternal, kepemimpinan, budaya organisasi, manajemen, struktur dan sistem, serta tugas dan keterampilan individu.

Delapan faktor diungkapkan oleh DepKes (2008) sebagai faktor yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien meliputi: faktor eksternal rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, lingkungan kerja, kerjasama tim, petugas, beban kerja, pasien dan komunikasi. Hasil penelitian Van der Schaaf (1992) dalam Aspden, et.al (2004) mengungkapkan berbagai faktor penyebab terjadinya insiden keselamatan dikelompokkan kedalam tiga bagian besar: 1) teknikal meliputi peralatan dan perangkat lunak, 2) organisasi meliputi kebijakan, prosedur, dan protokol, 3) manusia atau sumber daya manusia meliputi kesalahan dan pelanggaran.

Sumber-sumber yang disebutkan sebagai faktor yang berhubungan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan dapat dimasukkan dalam beberapa faktor. Adapun faktor tersebut adalah: faktor karakteristik individu meliputi pengalaman, *training* dan edukasi, kompetensi perawat, usia, tingkat pendidikan dan status perkawinan. Faktor sifat dasar pekerjaan meliputi kompleksitas pengobatan pasien, alur pekerjaan, kehadiran dan ketidakhadiran staf, dan peralatan. Faktor pasien meliputi umur, tingkat ketergantungan, dan jenis penyakit. (AHRQ, 2003); (DepKes, 2008); (Dineen, 2002); (Henriksen, 2008) dan (Vincent, 2003 dalam Cahyono, 2008).

Faktor pengalaman kerja perawat merupakan hal yang berpotensi menimbulkan cedera. Pengalaman membuat staf lebih matang dalam memutuskan suatu tindakan yang dilakukan. Menurut pendapat Robbins (2003) bahwa ada hubungan positif antara senioritas dengan produktivitas pekerjaan. Faktor *training* dan edukasi sangat berpeluang meningkatkan keselamatan pasien. Pembelajaran dapat memberikan sifat-sifat motivasional, membantu dan melatih untuk mengingat mana yang benar dan dapat digunakan sebagai acuan kerja (Robbins, 2003). Faktor kompetensi ikut juga berperan sebagai faktor yang berkontribusi. Kompetensi yang dimiliki oleh perawat menunjang penampilan klinik, hal ini membuat perawat memberikan asuhan lebih optimal (Henriksen, et.al, 2008).

Faktor lain adalah faktor kompleksitas pengobatan pasien, semakin kompleks pengobatan pasien kecenderungan terjadi kesalahan semakin besar. Hal ini didukung oleh pernyataan (Leape, et.al, 1993 dalam Kohn, Corringan & Donaldson, 2000) dimana rumah sakit merupakan tempat pelayanan kesehatan yang padat karya dan sangat kompleks, berbagai macam prosedur, kebijakan dan peralatan berpotensi besar terjadinya kesalahan. Faktor alur pekerjaan terkait dengan standar prosedur yang berlaku, kepatuhan menjalankan prosedur dapat menurunkan insiden. Faktor kehadiran dan ketidakhadiran staf lebih melihat pada beban kerja perawat. Perawat yang mengemban beban kerja lebih tinggi dilaporkan lebih sering melakukan kesalahan dan mengalami kejadian pasien jatuh pada saat mereka berdinamis (Sochalski, 2004).

Faktor peralatan seperti kesiapan alat, kemampuan mengoperasikan alat sangat mendukung dalam meminimalisir terjadinya insiden. Faktor umur pasien berdampak pada potensi cedera, pasien dengan lanjut usia cenderung tidak kooperatif terhadap asuhan yang diberikan. Pasien lanjut usia memiliki resiko terjadinya kecelakaan lebih tinggi selama dalam perawatan (Thornlow, 2009). Data yang didapat dari HCUPnet mengindikasikan pasien yang dirawat pada usia diatas 65 tahun mendapat insiden kecelakaan lebih tinggi dibanding dengan pasien usia muda (Thornlow, 2009).

Faktor tingkat ketergantungan pasien memberikan indikasi seberapa besar waktu perawat terpakai, menurut Anderson & Webster (2001) dalam Simons (2010) bahwa pemberian obat-obatan pada pasien merupakan resiko terbesar terjadinya kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan, dimana pemberian obat dilakukan sebagean besar oleh perawat. Faktor lokasi pelayanan dari hasil penelitian yang dilakukan, dari 64 insiden dan kejadian nyaris cedera yang dikumpulkan selama lebih dari satu tahun menyebutkan, terdapat 20 kejadian karena masalah teknis dan 44 kejadian terkait organisasi. Lebih dalam organisasi yang dimaksud adalah unit kerja yaitu 15 kejadian di ruang perawatan dan 29 kejadian di kamar operasi (Bathia, et al. 2003)

Faktor umur perawat juga menjadi alasan terjadinya resiko ataupun kesalahan. Robbins (2003) berpendapat bahwa kinerja dan produktivitas menurun dengan semakin meningkatnya usia. Untuk faktor status perkawinan, penelitian mengatakan bahwa karyawan yang telah menikah, lebih rendah tingkat ketidakhadirannya (Robbins, 2003). Faktor tingkat pendidikan diyakini bahwa, semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya (Siagian, 1997). Faktor-faktor ini jika tidak diperhatikan, dipenuhi atau tidak dijalankan dengan baik dapat mengakibatkan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan.

Kejadian Nyaris Cedera (KNC) merupakan suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, yang disebabkan karena keberuntungan, pencegahan atau peringanan (KPP-RS, 2008). Lebih jauh dikatakan KNC merupakan suatu kejadian yang berhubungan dengan keamanan pasien yang berpotensi atau mengakibatkan efek diakhir pelayanan, yang dapat dicegah sebelum konsekuensi aktual terjadi atau berkembang (Van der Schaaf, 1992 dalam Aspden, 2004).

KNC terjadi sebanyak tujuh sampai seratus kali dibandingkan dengan KTD (Aspden, 2004). Bentuk KNC yang dilaporkan oleh Shaw et.al, (2005) dari total insiden sebanyak 28.998 yang dilaporkan sebanyak (41%) pasien tergelincir, tersandung dan jatuh, (9%) insiden terkait manajemen obat, (8%) insiden terkait sumber dan fasilitas, (7%) terkait pengobatan. 138 merupakan masalah besar (*catastrophic*) dan 260 KTD. Kejadian tergelincir, tersandung dan jatuh dilaporkan merupakan hal yang paling besar (n = 11.766). Sebuah penelitian di Utah dan Colorado (USA) melaporkan KNC sebanyak 2.9% dimana 6.6% nya meninggal dunia. Sebanyak 44.000 warga Amerika meninggal setiap tahunnya sebagai akibat kesalahan medis (*medical error*) (IOM, 2000).

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*omission*) dan bukan karena *underlying disease* atau kondisi pasien (KKP-RS, 2008). Lebih jauh *Medical Human Resources* (2008) mendefinisikan KTD sebagai kejadian yang tidak diduga atau tidak diharapkan tetapi menimbulkan cedera, kerugian, atau kerusakan.

Bentuk KTD yang dilaporkan oleh Ballard (2003) meliputi: 28% reaksi dari pengobatan atau obat-obat yang diberikan, 42% adalah kejadian yang mengancam kehidupan tetapi dapat dicegah, 20% pelayanan yang didapat di poliklinik, 10%-30% merupakan kesalahan hasil laboratorium. Yahya (2006) memaparkan di Indonesia sepanjang tahun 2004-2005 laporan dari berbagai sumber tentang dugaan malpraktik didapatkan data 47 insiden meliputi: pasien meninggal karena operasi, meninggal saat melahirkan, operasi yang mengakibatkan luka dan cacat, keracunan obat, salah pemberian obat, dan kelalaian yang mengakibatkan kematian. Bentuk KTD lain yang dilaporkan oleh Mengis & Nicholini, (2010) berupa kesalahan dalam pemberian obat-obatan dan kurang optimalnya intervensi pembedahan.

Di dunia penelitian mengenai KTD dilakukan oleh *The Harvard Medical Practice* yang melibatkan lebih dari 30.000 pasien yang dipilih secara random dari 51 rumah sakit di New York pada tahun 1984. Penelitian ini menyimpulkan terjadi KTD pada 3.7% pasien rawat inap yang akhirnya memerlukan perpanjangan lama hari rawat, atau menimbulkan kecacatan pasien paska perawatan. Analisis lebih lanjut dari riset menunjukkan bahwa lebih dari 58% KTD tersebut sebetulnya dapat dicegah (*preventable adverse events*) dan 27.6% terjadi akibat kelalaian rumah sakit atau klinik (*hospital or clinical negligence*). Pada evaluasi berikutnya didapatkan hasil, sebagian kecacatan akibat KTD tersebut pulih dalam waktu tidak lebih dari 6 bulan, namun 13.6% diantaranya akhirnya meninggal dan 2.6% mengalami kecacatan permanen (Brennan, et al., 1991 dalam Kertadikara, 2008).

Data dari *International and Australian patient safety* memperlihatkan bahwa, sekurangnya satu dari sepuluh pasien yang dirawat di rumah sakit menderita atau mengalami KTD sebagai hasil dari perawatan yang diterimanya. Hal ini dapat dicegah bila dalam pelayanan peran kepemimpinan ditingkatkan, dilakukan *redisgn* pada proses dan alur kerja serta merubah tingkah laku manusia atau sumber daya manusianya (Lim, 2010).

Di Indonesia data tentang KTD dan KNC masih sulit didapatkan (KKP-RS, 2008). Laporan insiden keselamatan pasien berdasarkan provinsi pada 2007 ditemukan provinsi DKI Jakarta menempati urutan tertinggi yaitu 37.9% diantara delapan provinsi lainnya (Jawa Tengah 15.9%, DI Yogyakarta 13.8%, Jawa Timur 11.7%, Sumatera Selatan 6.9%, Jawa Barat 2.8%, Bali 1.4%, Aceh 10.7%, dan Sulawesi Selatan 0.7%). Bidang spesialisasi unit kerja ditemukan paling banyak pada unit penyakit dalam, bedah dan anak yaitu sebesar 56.7% dibandingkan unit kerja lain, sedangkan untuk pelaporan jenis kejadian: KNC lebih banyak dilaporkan sebesar 47.6% dibandingkan dengan KTD sebesar 46.2% (KKP-RS, 2008).

Dampak yang ditimbulkan dari KNC dan KTD dapat merugikan baik pihak rumah sakit, staf yang terlibat terutama pasien yang menerima layanan. Dampak yang ditimbulkan antara lain menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan (Walshe & Boaden, 2006), rendahnya kualitas atau mutu asuhan yang diberikan, karena keselamatan pasien adalah bagian dari mutu (Flynn, 2002 dalam Cahyono, 2008), dan tentunya tuntutan hukum terkait cedera yang dialami pasien karena rumah sakit wajib mendahulukan keselamatan nyawa pasien (UU Kesehatan No. 36 tahun 2009). Kondisi ini harus mampu diantisipasi oleh penyelenggara layanan agar keselamatan pasien terjamin, kontinuitas pelayanan dan organisasi tetap berjalan.

Rumah Sakit Pondok Indah merupakan Rumah Sakit Swasta Nasional tipe B dengan kapasitas 220 tempat tidur. Data tahun 2010 menyebutkan jumlah karyawan 896 orang (perawat 362 orang dengan rincian kualifikasi S1 Keperawatan 3.87%, D3 Keperawatan 86.7%, dan SPK 11.05%). *Bed Occupancy Rate* (BOR) rata-rata adalah 73.4%, dengan *Avarage length Of Stay* (ALOS) 4.0 hari, *Turn Over Interval* (TOI) 1.5. Memiliki 9 jenis pelayanan spesialis, dengan kunjungan pasien rawat jalan rata-rata 800 orang perhari, jumlah pasien rawat inap 157 orang perhari, jumlah kunjungan pasien di Unit Gawat Darurat rata-rata 78 orang perhari, jumlah pasien baru rata-rata 79 orang perhari (*profile* RSPI tahun 2010).

Rumah Sakit Pondok Indah dalam pemberian pelayanan terus berusaha untuk mencapai mutu pelayanan dengan berusaha memenuhi standar rumah sakit yang ditentukan, sertifikasi ISO 9001:2008 dan Akreditasi Rumah Sakit 16 bidang pelayanan. Dalam menjamin keselamatan pasien Rumah Sakit Pondok Indah menerapkan prinsip keselamatan pasien yang tertuang dalam visi, misi dan tujuan rumah sakit.

Visi Rumah Sakit Pondok Indah: menjadi rumah sakit pilihan dengan menyediakan layanan perawatan kesehatan terbaik, aman, bermutu tinggi dan inovatif, sedangkan Misi Rumah Sakit Pondok Indah: menyediakan pelayanan secara utuh, konsisten dan terpadu berfokus pada pasien melalui praktek berbasis bukti yang sesuai dan pelayanan prima dengan komitmen kerjasama tim, keterlibatan dari pihak terkait dan peningkatan kompetensi individu yang berkesinambungan. Tujuan rumah sakit: memenuhi kebutuhan pasien, berkomitmen pada keselamatan pasien, menjadikan kualitas sebagai falsafah dalam melakukan segala sesuatu, bekerjasama sebagai tim, meningkatkan kompetensi perorangan secara kontinyu, menempatkan integritas tertinggi dalam setiap tindakan.

Berdasarkan hasil rekapitulasi laporan kejadian (*incident report*) Departemen Keperawatan sepanjang tahun 2010 terdapat sebanyak 90 laporan kejadian. Laporan kejadian terkait obat 23.33% (salah identitas, obat kadaluarsa, jenis obat yang datang dari farmasi tidak sesuai permintaan, jumlah obat yang datang tidak sesuai pesanan, salah pemberian dosis obat, obat pasien terbawa dalam dokumen). Terkait pasien jatuh 11.11% (jatuh saat berjalan ke kamar mandi, jatuh saat menunggu di poliklinik). Terkait identifikasi hasil pemeriksaan penunjang 13.33%. Terkait prosedur kerja atau SOP 41.12% dan lingkungan rumah sakit 11.11%. Jumlah laporan kejadian ini meningkat jika dibandingkan tahun 2009 yang hanya 76 buah laporan kejadian.

Bentuk pelaporan KNC dan KTD melalui mekanisme yang ditetapkan yaitu jika ada kejadian di suatu ruangan harus dilaporkan dalam waktu 1 X 24 jam dan sudah diserahkan kepada *risk management officer* selambat-lambatnya dalam waktu 48 jam setelah insiden terjadi. Laporan ini dapat langsung dikirimkan oleh siapapun yang menemukan kejadian atau terlibat dalam kejadian, dengan menggunakan formulir laporan kejadian yang sudah ditentukan dan sudah tersedia dalam sistem komputer. Data dari laporan tersebut dibuatkan penilaian resikonya, dilanjutkan dengan mencari akar penyebab masalah (*root cause analysis*) dan tindak lanjut.

Laporan kejadian bidang perawatan tahun 2010 dari hasil *Root Cause Analysis* (RCA) yang dibuat oleh setiap unit belum memperlihatkan secara rinci faktor apa saja yang berpengaruh besar terhadap kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan. Beberapa akar masalah yang dituangkan dalam laporan kejadian meliputi: perawat kurang teliti, perawat kurang informasi kepada pasien, perawat tidak bekerja sesuai SOP. Secara mendalam faktor apa saja yang berhubungan atau berkontribusi belum terkaji dengan lebih terperinci.

Hasil wawancara tidak terstruktur pada bulan Desember 2010 dengan Manager Keperawatan dan beberapa Kepala Unit Perawatan, diperoleh informasi bahwa KNC dan KTD yang terjadi di unit masing-masing, faktor penyebabnya antara lain: kurang telitnya petugas, kurang kepedulian, tidak mengikuti SOP yang ada, dan komunikasi yang tidak berjalan optimal baik komunikasi antar perawat, dokter, departemen lain maupun dengan pasien.

Belum diketahuinya dengan lebih terperinci faktor yang berpengaruh terhadap kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan, dan berdasarkan fenomena menjadi perhatian dan alasan peneliti untuk melakukan penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta.

1.2 Rumusan Masalah

Konsep keselamatan pasien terdiri dari standar keselamatan, tujuh langkah menuju keselamatan, sembilan solusi terkait keselamatan dan komponen yang dapat menunjang keselamatan, menjadi acuan penting dalam setiap asuhan yang diberikan. Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap penyebab terjadinya kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan yang dikemukakan oleh AHRQ, (2003); DepKes (2008); Dineen (2002); Henrikson, et al (2008); Leape (1994) dalam Cahyon (2008) meliputi karakteristik individu, sifat dasar pekerjaan, lingkungan fisik, penyatuan sistem dan manusia, lingkungan organisasi dan sosial, manajemen, lingkungan eksternal dan pasien.

Berbagai sumber yang sudah disebutkan, faktor yang berhubungan dengan KNC dan KTD dimasukkan dalam beberapa kelompok faktor, yaitu: faktor karakteristik individu meliputi masa kerja atau pengalaman, *training* dan edukasi, kompetensi perawat, umur, tingkat pendidikan, status perkawinan. Faktor sifat dasar pekerjaan meliputi kompleksitas pengobatan pasien, alur pekerjaan, kehadiran dan ketidakhadiran staf, peralatan. Faktor pasien meliputi umur, tingkat ketergantungan, jenis penyakit (AHRQ, 2003); (DepKes, 2008); (Dineen, 2002); (Henriksen, 2008) dan (Vincent, 2003).

Salah satu program yang menjadi dasar keselamatan pasien adalah menurunkan KNC dan KTD serta pelaporan insiden dan tindak lanjutnya (Depkes, 2008). Tahun 2009 terdapat 76 buah laporan kejadian yang dikelola oleh Departemen Keperawatan Rumah sakit Pondok Indah. Laporan ini menyebutkan kejadian terkait hasil faktor pemeriksaan penunjang sebesar 3.95%, terkait SOP 18.42%, alat dan fasilitas 19.74%, pasien jatuh 9.21%, komunikasi 9.21%, identifikasi obat 19.74%, faktor pasien 1.32% dan hal lain 18.41%. Jumlah laporan kejadian ini meningkat pada tahun 2010 yaitu sebanyak 90 laporan kejadian yang dikelola oleh Departemen keperawatan. Laporan kejadian terkait obat 23.33% (salah identitas, obat kadaluarsa, jenis obat yang datang dari farmasi tidak sesuai permintaan, jumlah obat yang datang tidak sesuai pesanan, salah pemberian dosis obat, obat pasien terbawa dalam dokumen). Laporan terkait pasien jatuh 11.11% (jatuh saat berjalan ke kamar mandi, jatuh saat menunggu di poliklinik). Laporan terkait identifikasi hasil pemeriksaan penunjang 13.33%. Laporan terkait prosedur kerja atau SOP 41.12% dan lingkungan rumah sakit 11.11%.

Faktor penyebab yang dicatatkan pada dokumen laporan kejadian dan dari wawancara tidak terstruktur dengan manajer keperawatan dan kepala unit perawatan menyebutkan faktor yang menjadi penyebab kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan meliputi perawat kurang teliti, perawat kurang informasi kepada pasien, perawat tidak bekerja sesuai SOP, kurang kepedulian dan komunikasi. Faktor-faktor yang diungkapkan dilihat dari hasil analisis akar penyebab masalah (*root cause analysis*).

Belum diketahuinya secara lebih spesifik faktor yang berhubungan dengan KNC dan KTD menjadi dasar permasalahan penelitian. Rumusan pertanyaan penelitian adalah “Apakah faktor masa kerja, *training* dan edukasi, kompetensi perawat, umur perawat, status perkawinan, tingkat pendidikan, kompleksitas pengobatan pasien, alur pekerjaan, kehadiran dan ketidakhadiran staf, peralatan, umur pasien, tingkat ketergantungan, lokasi pelayanan berhubungan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian tidak diharapkan (KTD) di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah mengidentifikasi:

- 1.3.2.1 Gambaran karakteristik individu perawat meliputi masa kerja, *training* dan edukasi, kompetensi, umur, status kawin, tingkat pendidikan.
- 1.3.2.2 Sifat dasar pekerjaan meliputi kompleksitas pengobatan, alur pekerjaan, kehadiran dan ketidakhadiran staf, peralatan.
- 1.3.2.3 Faktor pasien meliputi umur, tingkat ketergantungan, lokasi pelayanan.
- 1.3.2.4 Kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian tidak diharapkan (KTD).
- 1.3.2.5 Hubungan faktor masa kerja perawat dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
- 1.3.2.6 Hubungan faktor *training* dan edukasi perawat dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
- 1.3.2.7 Hubungan faktor kompetensi perawat dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
- 1.3.2.8 Hubungan faktor umur perawat dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
- 1.3.2.9 Hubungan faktor status kawin perawat dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
- 1.3.2.10 Hubungan faktor tingkat pendidikan perawat dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
- 1.3.2.11 Hubungan faktor kompleksitas pengobatan dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
- 1.3.2.12 Hubungan faktor alur pekerjaan dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
- 1.3.2.13 Hubungan faktor kehadiran dan ketidakhadiran perawat dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

- 1.3.2.14 Hubungan faktor peralatan dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
- 1.3.2.15 Hubungan faktor umur pasien dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
- 1.3.2.16 Hubungan faktor tingkat ketergantungan pasien dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
- 1.3.2.17 Hubungan lokasi pelayanan pasien dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
- 1.3.2.18 Faktor yang paling berhubungan dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi pelayanan kesehatan dan keperawatan KNC dan KTD merupakan indikator keselamatan pasien, yang menjadi salah satu indikator mutu layanan keperawatan. Pelayanan yang bermutu berdampak pada peningkatan mutu asuhan yang diberikan. Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan dan masukan bagi Manajemen Rumah Sakit Pondok Indah, dalam menyusun rencana kerja dan pengembangan rumah sakit, sehingga rumah sakit menjadi pilihan masyarakat karena menyediakan pelayanan yang aman, nyaman dan bermutu tinggi.

Hasil penelitian ini juga dapat menjadi masukan dan pertimbangan Bidang Perawatan dalam membimbing perawat di lapangan untuk berupaya menurunkan angka kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan dalam setiap pemberian asuhan keperawatan, sehingga profesi keperawatan menjadi salah satu profesi yang mendukung upaya keselamatan pasien. Selain itu hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan evaluasi bagi penerapan keselamatan pasien, sehingga perawat mampu memberikan asuhan yang aman bagi pasien.

1.4.2 Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini dapat berkontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang keperawatan sehingga dapat dijadikan sebagai salah satu rujukan dalam *evidence base practice*.

1.4.3 Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat menjadi bahan rujukan dan dikembangkan terutama untuk penelitian sejenis. Hasil ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi perkembangan riset keperawatan, khususnya ranah penelitian manajemen keperawatan. Selain itu dapat menjadi dasar penelitian lanjutan tentang keselamatan pasien di rumah sakit maupun area pelayanan kesehatan lain.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 menguraikan tentang dasar teori yang dipakai dalam penelitian meliputi moral perawat, manajemen keperawatan, keselamatan pasien, kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak diharapkan (KTD), dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan. Teori-teori ini sebagai landasan penelitian yang dilakukan.

2.1 Moral perawat

Tingkahtaku, perbuatan, atau kegiatan yang dilakukan oleh perawat baik bagi diri sendiri, orang lain dan masyarakat, dilandasi oleh moral yang diyakininya. Moral mengacu pada standar pribadi, mengenal hal yang benar maupun salah dalam setiap perbuatan serta berpegang pada prinsip dan aturan dari tingkah laku yang benar (Rushton, 2010). Terdapat tujuh kaidah dasar moral yang harus dipahami oleh perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan sebagai usaha menjamin keselamatan pasien (Burkhardt & Nathaniel, 2008).

2.2.1 Otonomi (*autonomy*)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri (Burkhardt & Nathaniel, 2008).

Praktik profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak pasien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya. Dalam keselamatan pasien otonomi menjadi hal penting, perawat harus mampu mengenal dengan baik otonomi setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya dan berusaha menggabungkan hal tersebut dengan tujuan perawatannya (Burkhardt & Nathaniel, 2008).

2.2.2 Berbuat baik (*beneficence*)

Berbuat baik berarti hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan memerlukan pencegahan dari kesalahan, penghapusan kesalahan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain (Burkhardt & Nathaniel, 2008). Hal ini menjadi penting karena keselamatan pasien didasari oleh motivasi untuk berbuat baik bagi orang lain. Keselamatan pasien bertujuan untuk menurunkan KNC dan KTD serta pelaporan insiden dan tindak lanjutnya (Depkes, 2008). Melalui dasar berbuat baik hal ini sangat mungkin untuk dicapai.

2.2.3 Tidak merugikan (*nonmaleficence*)

Tidak merugikan berarti tidak menimbulkan bahaya atau cedera fisik dan psikologis pada pasien (Burkhardt & Nathaniel, 2008). Hal ini sangat sesuai dengan prinsip keselamatan pasien. Prinsip keselamatan pasien bertujuan untuk mengidentifikasi, mempelajari masalah keselamatan pasien, dan mencari solusi berupa sistem dan intervensi sehingga mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien dan meningkatkan keselamatan pasien (WHO, 2005).

2.2.4 Kejujuran (*veracity*)

Kejujuran berarti penuh dengan kebenaran, mengatakan atau mengungkapkan sesuatu yang benar (Burkhardt & Nathaniel, 2008). Hal ini berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran, mengatakan yang sebenarnya kepada klien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan.

Prinsip kejujuran sangat mendasar dalam keselamatan pasien. Setiap kejadian kesalahan baik KNC maupun KTD harus dilaporkan baik kronologis kejadian maupun hal-hal yang sudah dilakukan dalam mengatasi insiden tersebut (Cahyono, 2008). Pelaporan ini membutuhkan nilai kejujuran agar tidak terjadi tindakan menutupi kesalahan atau perbutan yang tidak benar yang dapat merugikan keselamatan pasien.

2.2.5 Menjaga kerahasiaan (*confidentiality*)

Menjaga kerahasiaan mencakup seluruh informasi tentang pasien harus dijaga oleh seluruh petugas kesehatan yang terlibat. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan pasien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan pasien. Didalam menjaga kerahasiaan juga bertujuan menjaga *privacy*. *Privacy* lebih kepada bagaimana individu memberikan persetujuan hal apa saja yang boleh dan tidak boleh diketahui oleh orang lain (Burkhardt & Nathaniel, 2008).

Prinsip menjaga kerahasiaan menjadi landasan penting dalam keselamatan pasien (Lachman, 2007). Seseorang tidak diperbolehkan memperoleh informasi tentang kesehatan pasien kecuali jika diijinkan oleh pasien dengan bukti persetujuan. Membicarakan atau berdiskusi tentang kesehatan dan pengobatan pasien dengan tenaga kesehatan lain ataupun dengan sesama perawat diluar area pelayanan harus dihindari.

2.2.6 Keadilan (*justice*)

Prinsip keadilan mengacu kepada adil, persamaan, mendapat pengobatan yang tepat. Nilai ini direfleksikan dalam praktik profesional ketika perawat bekerja benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memberikan pelayanan yang sama pada semua pasien (Burkhardt & Nathaniel, 2008). Prinsip keadilan dalam keselamatan pasien menjadi hal yang penting. Tidak membedakan pelayanan, memberikan pelayanan untuk semua orang memakai standar yang sama, tidak memandang status sosial atau kemampuan ekonomi pasien, membuat KNC dan KTD dapat dihindari.

2.2.7 Menepati janji (*fidelity*)

Prinsip *fidelity* berkaitan dengan kemampuan individu untuk menepati janji, menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain (Burkhardt & Nathaniel, 2008). Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji atas kontrak dan kesepakatan yang sudah dibuat untuk pasien (Veatch, 2000 dalam Burkhardt & Nathaniel, 2008).

Ketaatan dan kesetiaan pada pemenuhan janji adalah kewajiban perawat untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya dan kepatuhan perawat terhadap kode etik profesi. Permasalahan antara perawat dengan pasien dapat terjadi jika perawat tidak dapat menepati janji atau kontrak yang sudah dibuat bersama pasien. Pasien menjadi kehilangan kepercayaan pada perawat yang dapat berakibat pasien menghentikan pengobatan dan semua hal yang berkaitan dengan perawatannya, yang dapat berdampak pada ancaman keselamatan pasien.

2.2 Manajemen keperawatan

Manajemen keperawatan memiliki peranan yang penting dalam keselamatan pasien. Manajemen keperawatan merupakan proses bekerja melalui staf keperawatan, untuk memberikan pelayanan keperawatan, pengobatan, dan bantuan pada pasien (Gillies, 1994). Fungsi manajemen keperawatan meliputi perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan dan pengendalian (Marquis & Houston, 2010). Kepala ruangan sebagai bagian dari manajemen keperawatan yang berada pada manajemen tingkat bawah (*low management*) memiliki peran yang penting dan kritis dalam mendukung keselamatan pasien, karena berada digaris pertama yang bersentuhan langsung dengan pasien dan staf (Marquis & Houston, 2010).

2.2.1 Fungsi perencanaan

Perencanaan merupakan keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang hal-hal yang akan dikerjakan dimasa yang akan datang dalam rangka mencapai tujuan yang sudah ditetapkan (Marquis & Houston, 2010). Perencanaan yang baik dapat menjawab apa yang akan direncanakan, bagaimana rencana tersebut dilakukan, mengapa dilakukan, bagaimana kegiatan dilaksanakan, siapa yang akan melaksanakan dan dimana rencana tersebut akan dilakukan. Hirarki perencanaan meliputi visi dan misi, filosofi, tujuan, perencanaan strategi rumah sakit, kebijakan, prosedur dan peraturan rumah sakit (Marquis & Houston, 2010).

Bentuk perencanaan terkait keselamatan pasien merupakan suatu ide atau rancangan kegiatan untuk menetapkan aktifitas yang dapat mendukung keselamatan pasien (Yahya, 2006). Perencanaan yang matang diperlukan untuk menghindari kesalahan dan meningkatkan efektifitas kerja (Gillies, 1994).

2.2.2 Fungsi pengorganisasian

Pengorganisasian merupakan pengelompokan aktivitas-aktivitas untuk mencapai tujuan, menunjukkan spesialisasi pekerjaan, menentukan cara pengkoordinasian aktivitas yang tepat baik vertikal maupun horizontal yang bertanggung jawab untuk mencapai tujuan organisasi (Marquis & Houston, 2010). Bentuk pengorganisasian terkait keselamatan pasien adalah dengan menetapkan kelompok kerja yang bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien mulai dari pasien kontak dengan layanan kesehatan hingga pasien mengakhiri pelayanan (Yahya, 2006). Pengorganisasian memudahkan dalam mengarahkan seluruh sumber daya yang ada dalam organisasi baik *man, money, machine, method, material* untuk mencapai tujuan organisasi (Huber, 2006).

2.2.3 Fungsi ketenagaan

Fungsi ketenagaan berhubungan dengan penyediaan jumlah dan jenis personil yang dibutuhkan untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai standar yang ditetapkan (Marquis & Houston, 2010). Fungsi ini meliputi rencana kebutuhan tenaga, penghitungan tenaga, jadwal dinas, penanggung jawab penugasan, rekrutmen, seleksi, orientasi, pengembangan staf dan pengembangan karir perawat (Marquis & Houston, 2010).

Manajer keperawatan mempunyai tanggung jawab besar dalam fungsi ketenagaan, bila pengelolaan ketenagaan tidak sesuai berdampak pada peningkatan beban kerja. Terdapat hubungan yang bermakna antara beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien (Prawitasari, 2009). Semakin besar jumlah hari perawatan dan kerumitan perawatan yang diperlukan oleh pasien yang dirawat dirumah sakit, semakin besar beban pekerjaan yang dialami oleh perawat semakin besar resiko kesalahan terjadi (Huber, 2006).

Rumah sakit yang tidak memiliki kecukupan tenaga perawat mempunyai resiko lebih tinggi dalam menimbulkan dampak merugikan bagi pasien seperti peningkatan angka kejadian infeksi, shock dan kegagalan untuk memberikan pertolongan kepada pasien (Kane, et al. 2007).

2.2.4 Fungsi pengarahan

Pengarahan merupakan penerapan perencanaan dalam bentuk tindakan dalam rangka mencapai tujuan organisasi yang sudah ditetapkan (Marquis & Houston, 2010). Pada fungsi ini manajer perlu mengembangkan motivasi agar staf termotivasi dalam bekerja dan merasa senang dengan pekerjaannya sehingga komitmen terhadap tugas dan organisasi tercapai (Huber, 2006). Bentuk pengarahan terkait keselamatan pasien dapat berupa komunikasi. Komunikasi merupakan bagian penting dalam keberhasilan penerapan keselamatan pasien (Alvarado, et al. 2006). Salah satu bentuk komunikasi dalam keperawatan adalah timbang terima (*hand over*). Proses timbang terima merupakan bagian yang sangat penting dalam menjamin kualitas asuhan keperawatan, kontinuitas pelayanan dan yang lebih besar adalah keselamatan pasien (Pothier, et al. 2000).

Bentuk lain dari pengarahan terkait keselamatan pasien adalah supervisi dan ronde keperawatan. Supervisi merupakan pengamatan langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilakukan oleh bawahannya, bila ditemukan masalah segera diberikan bantuan yang bersifat langsung untuk menyelesaikannya (Suarli, 2009). Ronde keperawatan terkait keselamatan pasien sangat dibutuhkan, saat ronde merupakan waktu melihat langsung keadaan pasien baik pengobatan maupun lingkungan yang mungkin dapat menimbulkan cedera yang dapat segera diantisipasi (Cahyono, 2008).

2.2.5 Fungsi pengendalian

Pengendalian merupakan proses memastikan bahwa aktivitas yang dilakukan sudah sesuai dengan aktivitas yang direncanakan dan dengan standar yang ditetapkan (Marquis & Houston, 2010). Fungsi pengendalian bertujuan untuk menjamin kualitas dan penampilan kinerja. Bentuk dari pengendalian yang dilakukan dapat berupa audit keperawatan. Audit bertujuan agar penggunaan sumber daya dapat lebih diefisienkan, dan tugas-tugas staf untuk mencapai tujuan dari program yang sudah ditetapkan dapat lebih diefektifkan (Muninjaya, 2004). Bentuk pengendalian dalam keselamatan pasien dengan memberikan umpan balik pada staf hasil pelaksanaan audit. Temuan hasil audit dilakukan pembahasan akar penyebab masalah, pengambilan tindakan koreksi atau tindakan perbaikan, dilanjutkan menetapkan langkah pencegahan agar permasalahan tersebut tidak terjadi lagi dikemudian hari (*Risk Strategy Development Manager*, 2007).

2.3 Keselamatan pasien

Keselamatan pasien menjadi prioritas, isu penting dan global dalam pelayanan kesehatan (IOM, 2000). Rumah sakit sebagai tempat yang padat karya dengan berbagai prosedur, profesi, teknologi, dan standar menjadi tempat yang paling rawan terhadap keselamatan pasien. Akibat insiden pada pasien dapat mengakibatkan cedera, membahayakan jiwa, perpanjangan rawat, bahkan kematian (Lumenta, 2008 dalam Cahyono, 2008).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh IOM (2000) memperkirakan antara 44.000–98.000 orang meninggal tiap tahun karena *medical error* saat mereka berada di rumah sakit, yang seharusnya kondisi ini dapat dicegah. Kejadian ini diakibatkan oleh kesalahan dalam perencanaan ataupun perencanaan yang sudah dibuat gagal untuk dilakukan.

Batasan tentang keselamatan pasien di rumah sakit dikeluarkan oleh DepKes RI & KKP-RS (2008) yaitu sebagai suatu sistem agar asuhan yang diberikan pada pasien lebih aman. Hal ini mencakup assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis

insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindaklanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem ini dibuat untuk mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Keselamatan pasien merupakan penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan kesehatan (Ballard, 2003). Hal ini juga diungkapkan oleh *Canadian Nurse Association* (2004) yang menyatakan keselamatan pasien merupakan suatu penurunan tindakan yang tidak aman kepada pasien dan pemberian tindakan terbaik untuk mendapatkan derajat kesehatan yang optimal dalam sistem pelayanan kesehatan.

Tujuan keselamatan pasien adalah terciptanya budaya keselamatan rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya KTD di rumah sakit dan terlaksananya program-program pencegahan agar tidak terjadi pengulangan KTD (DepKes, 2008). Hal ini juga diungkapkan Kohn, et al (2000) dalam Cahyono (2008); IOM (2001); Khushf, Raymond dan Beamen (2008) tujuan lain dari keselamatan pasien adalah pasien terhindar dari cedera *iatrogenic*, pelayanan menjadi lebih efektif dengan adanya bukti terapi yang perlu atau tidak diberikan untuk pasien, berfokus pada pasien, pengurangan waktu tunggu pasien dalam menerima pelayanan dan efisien dalam penggunaan sumber-sumber, adil dengan tidak memberikan perawatan yang berbeda (tidak membedakan perlakuan).

Segala upaya dilakukan untuk menjamin asuhan yang diberikan terbebas dari kesalahan dan cedera yang dapat merugikan pasien dan keluarganya. Rekomendasi dari IOM berupa empat rangkaian pendekatan dalam mencapai keselamatan pasien: 1) Meningkatkan kemampuan *leadership*, penelitian, protokol untuk meningkatkan pengetahuan dasar tentang *safety*, 2) Identifikasi dan belajar dari kesalahan yang terjadi dengan mengembangkan sistem pencatatan dan pelaporan pada setiap kejadian yang ada, 3) Meningkatkan standar kerja dan

standar harapan untuk meningkatkan keselamatan melalui pembelajaran dari kesalahan, 4) Mengimplementasikan sistem keselamatan pada organisasi untuk menjamin praktik yang aman pada setiap tingkatan pelayanan. Upaya menjamin keselamatan pasien di negara kita dilakukan dengan mengeluarkan Panduan Nasional Keselamatan Pasien (DepKes, 2008) meliputi: standar keselamatan pasien rumah sakit, tujuh langkah menuju keselamatan pasien dan sembilan solusi keselamatan pasien yang mengacu pada *Hospital Patient Safety Standards* (JCHO, 2002).

2.3.1 Standar keselamatan pasien

Standar keselamatan pasien rumah sakit meliputi: 1) hak pasien, dengan memperhatikan pemberian informasi terkait rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya cedera, 2) mendidik pasien dan keluarga, tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan keperawatan, 3) jaminan keselamatan dan kesinambungan pelayanan, rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan koordinasai antar tenaga dan unit pelayanan, 4) penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, 5) peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, 6) mendidik staf tentang keselamatan pasien, 7) peningkatan komunikasi bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien (KKP-RS, 2008). (Lampiran 1)

2.3.2 Tujuh langkah menuju keselamatan pasien

Langkah menuju keselamatan pasien bagi staf rumah sakit dilakukan dengan tujuh cara meliputi: 1) membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien dengan membuat kebijakan rumah sakit terkait peran dan tanggung jawab individu bila terjadi insiden, 2) membangun komitmen yang kuat tentang keselamatan pasien dengan memasukan keselamatan pasien sebagai agenda kerja dan program pelatihan staf, 3) mengembangkan sistem dan proses pengelolaan resiko dengan menetapkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan resiko dan penilaian resiko, 4) mengembangkan sistem pelaporan insiden, 5) mengembangkan cara berkomunikasi dengan pasien bila terjadi insiden, 6) mengembangkan sistem

analisis terhadap akar penyebab masalah, 7) mengimplementasikan sistem keselamatan pasien yang sudah dibuat (KKP-RS, 2008). (Lampiran 2)

2.3.3 Sembilan solusi keselamatan pasien

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit juga mengeluarkan sembilan solusi keselamatan pasien (*nine life-saving patient safety solutions*), yaitu suatu sistem atau intervensi yang dibuat mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatan: 1) memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike, and medication names*), 2) memastikan identifikasi pasien, 3) berkomunikasi secara benar saat serah terima atau 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 selang (*tube*), 8) menggunakan alat injeksi sekali pakai, 9) meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial. (WHO, 2007). (Lampiran 3)

Tercapainya keselamatan pasien juga didukung oleh beberapa komponen yang dapat menentukan keberhasilan keselamatan pasien, komponen ini meliputi: 1) lingkungan eksternal: dalam konteks organisasi kesehatan, tekanan eksternal dapat bersumber dari tuntutan penerapan mutu keselamatan pasien (akreditasi), kompetisi dalam pelayanan, meningkatnya kesadaran masyarakat, dan tuntutan medicolegal. 2) kepemimpinan: pimpinan adalah pemegang kunci perubahan karena ia memiliki tanggung jawab untuk memimpin perubahan, tanpa dukungan pimpinan yang kuat maka tidak akan pernah terjadi perubahan dalam organisasi. 3) budaya organisasi: budaya keselamatan pasien merupakan fondasi keselamatan pasien, mengubah budaya keselamatan pasien dari *blaming culture* menjadi *safety of culture* merupakan kata kunci dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien (Cahyono, 2008). 4) praktik manajemen: mencakup perencanaan, pendanaan, organisasi, staf, pengendalian dan pemecahan masalah serta evaluasi. 5) struktur dan sistem: dengan merancang sistem agar setiap kesalahan dapat dilihat (*making errors visible*), agar kesalahan dapat dikurangi (*mitigating the effects of errors*),

agar tidak terjadi kesalahan (*error prevention*). 6) tugas dan keterampilan individu terkait keselamatan pasien. 7) lingkungan kerja, kebutuhan individu, dan motivasi: lingkungan kerja yang kondusif dapat menumbuhkan motivasi kerja dan akan mempermudah implementasi keselamatan pasien (Teori Burke dan Litwin, dalam Cahyono, 2008).

Standar keselamatan, tujuh langkah keselamatan, sembilan solusi menuju keselamatan, serta memperhatikan beberapa komponen yang menjamin keberhasilan menuju keselamatan, jika mampu dilakukan secara optimal KNC dan KTD terjadi sangat minimal bahkan dapat dicegah. Jika hal-hal diatas tidak mampu dilakukan, diantisipasi bahkan dilaksanakan keselamatan pasien tidak mungkin tercapai.

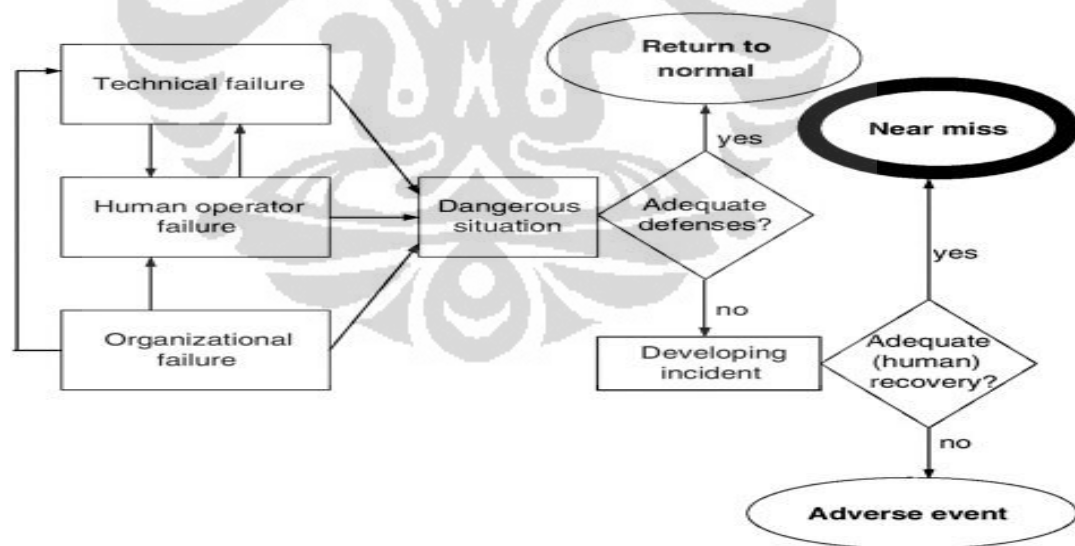
2.4 Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Kejadian nyaris cedera mengacu pada salah satu definisi dalam literatur *safety management* sebagai suatu kejadian yang berhubungan dengan keamanan pasien yang berpotensi atau mengakibatkan efek diakhir pelayanan, yang dapat dicegah sebelum konsekuensi aktual terjadi atau berkembang (Van der Schaaf, 1992 dalam Aspden, 2004). KNC juga dapat diungkapkan sebagai kejadian yang berpotensi menimbulkan cedera atau kesalahan, yang dapat dicegah karena tindakan segera atau karena kebetulan, dimana hasil akhir pasien tidak cedera (*Medical Human Resources*, 2008). Sedangkan KKP-RS (2008) mengatakan KNC adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi karena: keberuntungan (misal pasien menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), pencegahan (suatu obat dengan *overdosis lethal* akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), peringatan (suatu obat dengan *overdosis lethal* diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya).

KNC lebih sering terjadi dibandingkan dengan kejadian tidak diharapkan, frekuensi kejadian ini tujuh sampai seratus kali lebih sering terjadi. Data KNC harus dianalisis agar pencegahan dan pembentukan sistem dapat dibuat sehingga cedera aktual tidak terjadi. Pada sebagian besar kasus KNC memberi dampak pada pembuatan model penyebab dari insiden (*incident causation model*) atau proses hingga kejadian nyaris cedera terjadi.

Model penyebab terjadinya insiden, KNC berperan sebagai pelopor awal sebelum terjadinya KTD. Kejadian nyaris cedera menyediakan dua tipe informasi terkait dengan keamanan pasien: 1) kelemahan dari sistem pelayanan kesehatan (kesalahan dan kegagalan termasuk tidak adekuatnya sistem pertahanan) dan 2) kekuatan dari sistem pelayanan kesehatan (tidak ada perencanaan, tindakan pemulihan secara informal) (Robert, 2002 dalam Aspden, 2004).

Gambar. 2.1
Incident causation model



Sumber: Van der Schaaf (1992) dalam *Patient safety: Archiving a new standard of care* (2004)

Penyebab dari insiden ini meliputi kegagalan teknis (*technical failure*), kegagalan manusia (*human operator failure*) dan kegagalan organisasi (*organizational failure*). Kegagalan pada awal kegiatan, sebagai pencetus adalah kesalahan

manusia, teknikal, kegagalan organisasi atau kombinasi keduanya. Jika hal ini tidak dapat dicegah proses berlanjut pada situasi yang berbahaya (peningkatan resiko sementara akibat dari kegagalan awal tetapi tidak menimbulkan akibat aktual), jika pertahanan adekuat kondisi kembali normal. Jika pertahanan tidak adekuat, kegagalan dalam pertahanan seperti prosedur pengecekan ulang (*double check procedures*), penggantian otomatis dari peralatan yang siap pakai, atau tim pemecahan masalah kurang optimal, dapat berkembang kearah insiden. Pengembangan kearah insiden melalui proses pemulihan atau *recovery* (merupakan pertahanan informal dengan menemukan situasi yang beresiko terjadinya insiden). Pertahanan ini untuk menghentikan insiden atau membiarkan insiden menjadi kejadian yang tidak diharapkan (Van der Schaaf, 1992 dalam *Patient safety: Archieving a new standard for care*, 2004).

Terciptanya keselamatan pasien sangat didukung oleh sistem pelaporan yang baik setiap kali insiden terjadi. Faktor penyebab kejadian nyaris cedera sulit didapatkan jika tidak didukung oleh dokumentasi yang baik (sistem pelaporan). Hal ini dapat mengakibatkan langkah pencegahan dan implementasi untuk perbaikan sulit dilakukan (Cahyono, 2008).

Tujuan sistem pelaporan kejadian nyaris cedera: 1) Pemodelan: bertujuan melihat lebih mendalam bagaimana kegagalan atau kesalahan berkembang menjadi KNC. Mengidentifikasi faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi terjadinya kejadian diawal, bagaimana meningkatkan keamanan pasien, bagaimana mencegah hal ini tidak terjadi, memberi penguatan pada model pemecahan masalah yang diambil pada kasus sebelumnya. 2) Arah atau kecenderungan: bertujuan melihat kecenderungan terjadinya masalah (masalah apa yang sering terjadi, faktor apa saja yang berkontribusi terhadap terjadinya masalah, menyediakan cara pemecahan masalah yang paling efektif dan prioritas untuk dijalankan. 3) Meningkatkan kesadaran dan kehati-hatian (Kaplan, 2002).

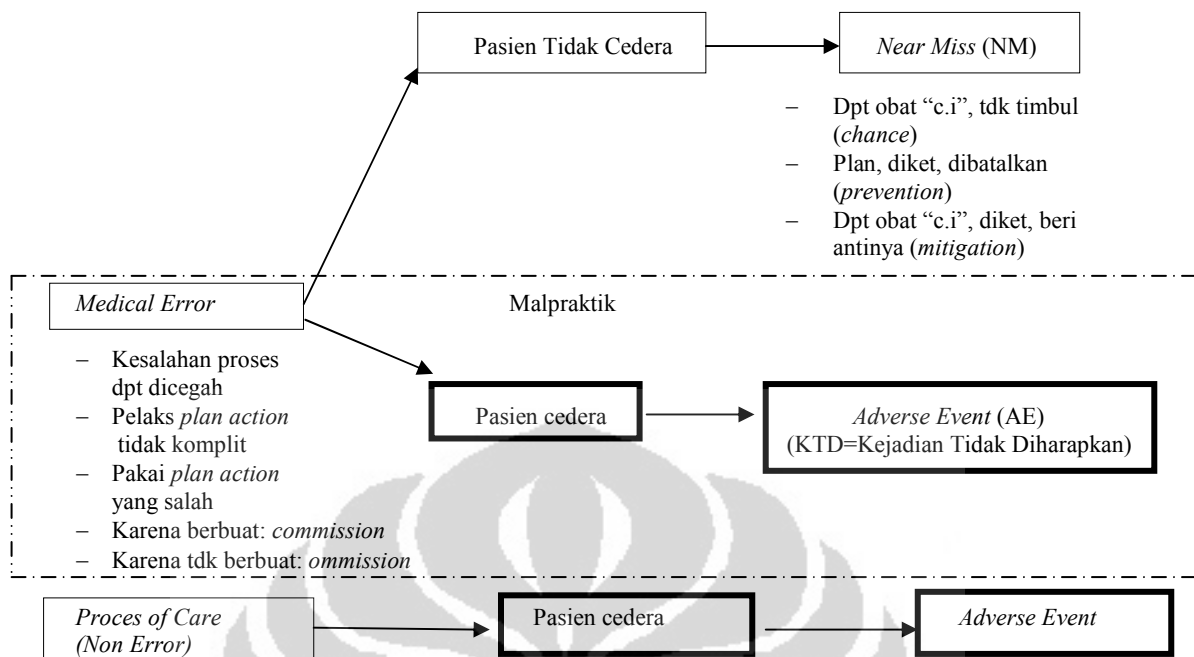
2.5 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Kejadian tidak diharapkan didefinisikan sebagai kejadian yang hasilnya tidak diharapkan mencelakakan pasien karena melakukan suatu tindakan atau karena tidak bertindak dan bukan karena kondisi sakit pasien (*Institute of Medicine*, 2000). Menurut *Medical Human Resources* (2008) KTD merupakan kejadian yang tidak diduga atau tidak diharapkan tetapi menimbulkan cedera, kerugian atau kerusakan. KKP-RS (2008) mendefinisikan KTD sebagai suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*omission*), dan bukan karena *underlying disease* atau kondisi pasien.

KTD ada yang dapat dicegah dan ada yang tidak dapat dicegah. KTD yang dapat dicegah (*preventable adverse event*) berasal dari kesalahan proses asuhan pasien. KTD sebagai dampak dari kesalahan proses asuhan sudah banyak dilaporkan terutama di negara maju. KTD yang tidak dapat dicegah adalah suatu kesalahan akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah (*unpreventable adverse event*) walaupun dengan pengetahuan yang mutakhir (Cahyono, 2008).

Institute of Medicine Amerika Serikat dalam *To Err Is Human, building a safer health system* (2000), melaporkan pada pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit terdapat sekitar 3-16 % kejadian tidak diharapkan terjadi. KTD bukanlah hal yang baru hampir seluruh rumah sakit pernah mengalami kejadian ini, dengan meningkatnya angka insiden hal ini menjadi pusat perhatian baik pasien maupun penyelenggara kesehatan untuk lebih memperhatikan sistem keselamatan bagi pasiennya. Seperti halnya kejadian nyaris cedera kejadian tidak diharapkan terjadi juga melalui suatu proses atau tahapan. Proses ini menggambarkan rangkaian kejadian sehingga pada hasil akhir terlihat perbedaan KNC dengan KTD.

Gambar 2.2
Perbedaan proses terjadinya KNC dan KTD



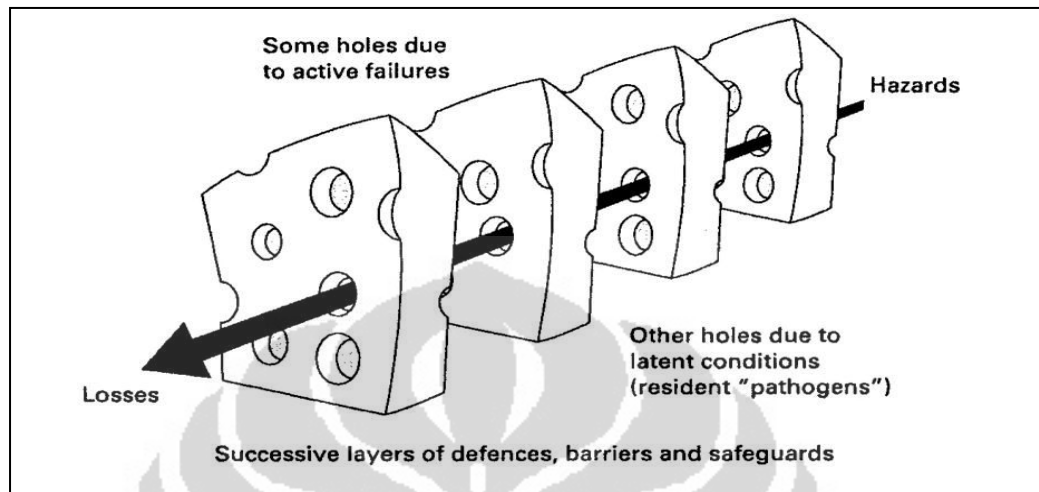
Sumber: Konvensi Nasional Mutu Rumah Sakit (Yahya, 2006).

Proses dapat dilihat dari dua kondisi yaitu proses yang diawali kesalahan medis. Kesalahan dapat berupa kesalahan proses yang dapat dicegah, melaksanakan rencana kegiatan yang tidak lengkap, menggunakan rencana kegiatan yang salah, melakukan tindakan yang seharusnya tidak perlu dilakukan atau tidak melakukan suatu tindakan yang seharusnya diambil, yang dapat mengakibatkan pasien tidak cedera ataupun cedera. Pasien yang tidak mengalami cedera masuk dalam kelompok nyaris cedera (*near miss*) dan pasien yang mengalami cedera dalam kelompok yang mengalami kejadian tidak diharapkan (*adverse event*). Proses lain merupakan proses pemberian pelayanan tanpa melakukan kesalahan tetapi pada hasil akhir pasien tetap mengalami cedera maka masuk dalam kelompok kejadian tidak diharapkan (*adverse event*).

Setiap organisasi yang bergerak dibidang apapun, menerapkan suatu sistem pengamanan untuk mencegah terjadinya suatu insiden termasuk organisasi rumah sakit. Menurut James Reason pendekatan sistem dapat digunakan untuk menggambarkan bagaimana suatu insiden terjadi.

Teori James Reason dalam (Cahyono, 2008) yang dikenal dengan Reason “*Swiss Chesse*” *Model of Human Error* banyak dipakai untuk menjelaskan mengenai hal ini.

Gambar. 2.3
The “swiss chesse” model of accident causation



Sumber: (Reason, 1991) dalam *Quality Health Care* (2001).

Penyebab insiden terjadi dilustrasikan dengan empat potongan keju swiss (*swiss chesse*) sebagai *system barrier* atau mekanisme pertahanan terhadap kesalahan atau pelanggaran yang dilakukan oleh manusia. Kondisi ideal mekanisme pertahanan ini dalam keadaan utuh tanpa lubang. Lubang pada potongan ini dapat diartikan bahwa sistem pertahanan mampu diterobos. Lubang ini diakibatkan oleh kondisi kegagalan aktif dan kondisi laten (Henrikson, et al., 2008). Hampir semua KTD terjadi karena kombinasi dari kegagalan aktif dan kondisi laten. Kegagalan aktif berupa faktor manusia yang melakukan pelanggaran, serta kondisi yang memudahkan terjadinya pelanggaran. Kondisi laten berupa kegagalan organisasi dan manajemen.

Keempat potongan sistem pertahanan tersebut berupa: 1) pengaruh organisasi (proses manajemen, kepemimpinan, kebijakan dan prosedur). 2) pengawasan yang aman. 3) kondisi lingkungan yang mendukung keselamatan pasien (kerjasama tim, peralatan, komunikasi, serta lingkungan yang aman dan nyaman). 4) perilaku yang mendukung keselamatan pasien (profesionalisme, disiplin, taat terhadap aturan)

(Henriksen et al., 2008). Lubang pada sistem pertahanan ini dapat memberikan penjelasan bahwa kebijakan dan prosedur keamanan yang tidak tersedia atau yang tidak ditaati, kinerja tim yang terganggu, peralatan yang tidak berfungsi karena kurang pemeliharaan, serta kompetensi individual yang berada di bawah standar karena perencanaan pelatihan yang jarang dapat menyebabkan terjadinya insiden.

Teori lain mengungkapkan bahwa kesalahan dapat terjadi karena *human error*. Pendekatan yang digunakan dalam memahami *human error* ini adalah pendekatan personel dan sistem (Cahyono, 2008). Pendekatan personel memfokuskan kesalahan sebagai akibat kurangnya perhatian, motivasi, tidak profesional, ceroboh, lalai dan sembrono. Pendekatan ini cenderung memperlakukan kesalahan sebagai suatu isu moral dengan asumsi bahwa hal-hal buruk dilakukan oleh individu yang tidak baik pula (Reason, 2006). Fokus pendekatan ini cenderung menyalahkan individu sehingga tidak memberi peluang untuk melihat kesalahan dari konteks sistem. Pendekatan personel dapat menghambat program keselamatan karena dapat menumbuhkan budaya menyalahkan dan mempersulit usaha untuk menumbuhkan budaya melaporkan kesalahan (Cahyono, 2008).

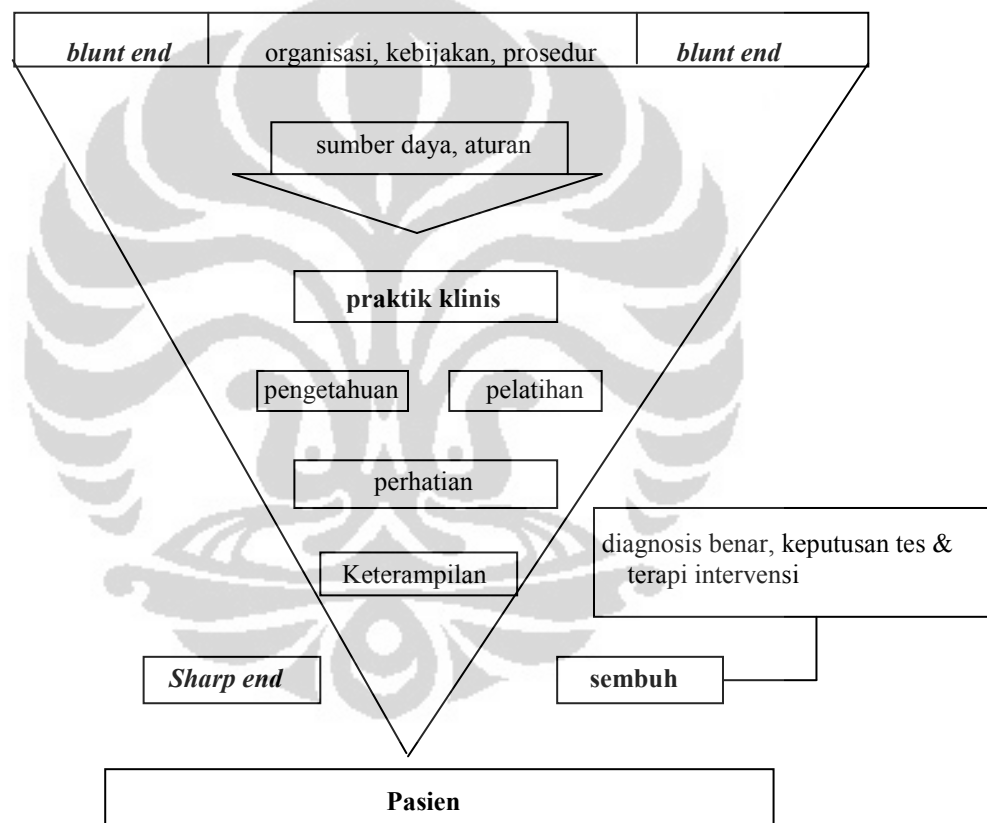
Pendekatan sistem memahami kesalahan sebagai akibat dari kegagalan sistem. Pendekatan ini menganggap bahwa manusia memiliki keterbatasan sehingga dapat berbuat salah. Kesalahan dipandang sebagai sebuah konsekuensi dari pada sebagai penyebab. Kesalahan dapat terjadi karena kondisi tempat kerja dan proses organisasi yang cenderung mengakibatkan kesalahan berulang.

Upaya penanggulangan kejadian kesalahan didasarkan pada asumsi bahwa kondisi manusia tidak dapat diubah, tetapi kondisi tempat kerja dapat diubah untuk menciptakan keselamatan (Reason, 2000). Pendekatan sistem penting untuk mengetahui akar permasalahan yang menyebabkan terjadinya kesalahan. Tiga hal yang menjadi perhatian penting dalam pendekatan sistem yaitu mengurangi dampak cedera, memunculkan kesalahan agar ada pembelajaran, dan mencegah kesalahan. Sasaran pendekatan sistem dalam mencari penyebab dan pemecahan masalah tidak hanya faktor personil, tetapi juga kerjasama tim, tempat kerja dan

peralatan, SOP, pedoman, kepemimpinan, proses manajerial, dan komitmen organisasi. Dalam satu kesatuan sistem yang saling berinteraksi dan dapat berkontribusi terhadap terjadinya kesalahan (Cahyono, 2008).

Wood mengembangkan teori *blunt end and sharp end* untuk menerangkan bagaimana interaksi antara manusia dengan sistem berperan dalam menentukan terjadinya insiden kesalahan di pelayanan kesehatan (Ketring, 2006 dalam Cahyono, 2008).

Gambar 2.4.
Teori Wood: *blunt end and sharp end* model

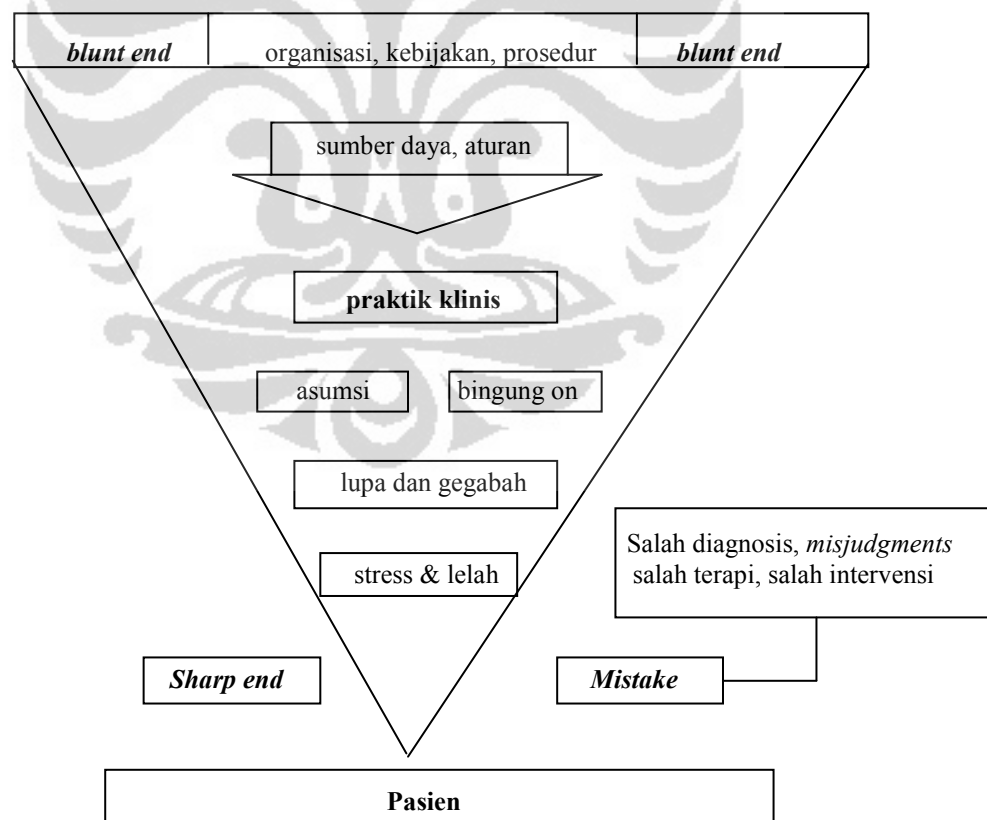


Sumber: (Ketring, 2006 dalam Cahyono, 2008)

Kesalahan sesuai teori Wood (menerangkan model proses penyembuhan) dapat dilihat dari dua sisi yang mendasari, yaitu *blunt end* dan *sharp end*. Sisi yang tumpul menggambarkan penampilan organisasi, kebijakan dan prosedur-prosedur yang berfungsi sebagai pelindung atau pencegah kesalahan. Sementara para praktisi seperti perawat yang secara langsung berhubungan dengan pasien berada

pada sisi *sharp end*, yang dipengaruhi oleh faktor *resources* dan *constraints* (suatu pembatasan terhadap pilihan-pilihan yang ada untuk menjaga agar perilaku petugas dalam menjalankan tugasnya masih dalam zona yang aman, seperti prosedur, protokol, kebijakan, dll). Para praktisi klinis tersebut memanfaatkan ilmu, keterampilan, perhatian dan pelatihan untuk melakukan diagnosis yang benar, mengambil keputusan yang benar sehingga pasien sembuh (gambar 2.4). Sebaliknya apabila faktor *resources* dan *constraints* tidak seimbang (staf kurang, beban pasien berlebihan, alat medis kurang) maka kinerja para klinisi menjadi terganggu (gambar 2.5). Mereka menjadi stress, alpa, tidak dapat berkonsentrasi, terburu-buru dan hanya berpedoman pada asumsi. Maka yang terjadi adalah kesalahan dalam penilaian atau melakukan prosedur tindakan yang tidak tepat (menerangkan model faktor manusia menyebabkan KTD) (cahyono, 2008).

Gambar 2.5.
Teori Wood: *blunt end and sharp end model*



Sumber: (Ketring, 2006 dalam Cahyono, 2008)

2.6 Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan

KNC dan KTD berdampak pada kualitas dan tampilan kerja, semakin cepat mengantisipasi faktor yang berpengaruh terhadap kedua kejadian ini semakin baik kualitas pelayanan yang diberikan. Banyak teori dan penelitian yang mencoba mengungkapkan atau membahas faktor-faktor yang berkontribusi terhadap KNC dan KTD. Berdasarkan analisa akar masalah *National Patient Safety Agency* mengembangkan sistem pengelompokan berdasarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap suatu kejadian yang dapat mengakibatkan insiden. Hal ini didasari kerangka kerja faktor utama yang berperan dalam KNC dan KTD: faktor pasien, faktor individu, faktor tugas, faktor komunikasi, faktor tim kerja, faktor sosial, faktor *training* dan edukasi, faktor peralatan dan sumber-sumber, faktor kondisi kerja, faktor strategi dan organisasi (Vitcent et all, 1998 dalam Dineen 2002).

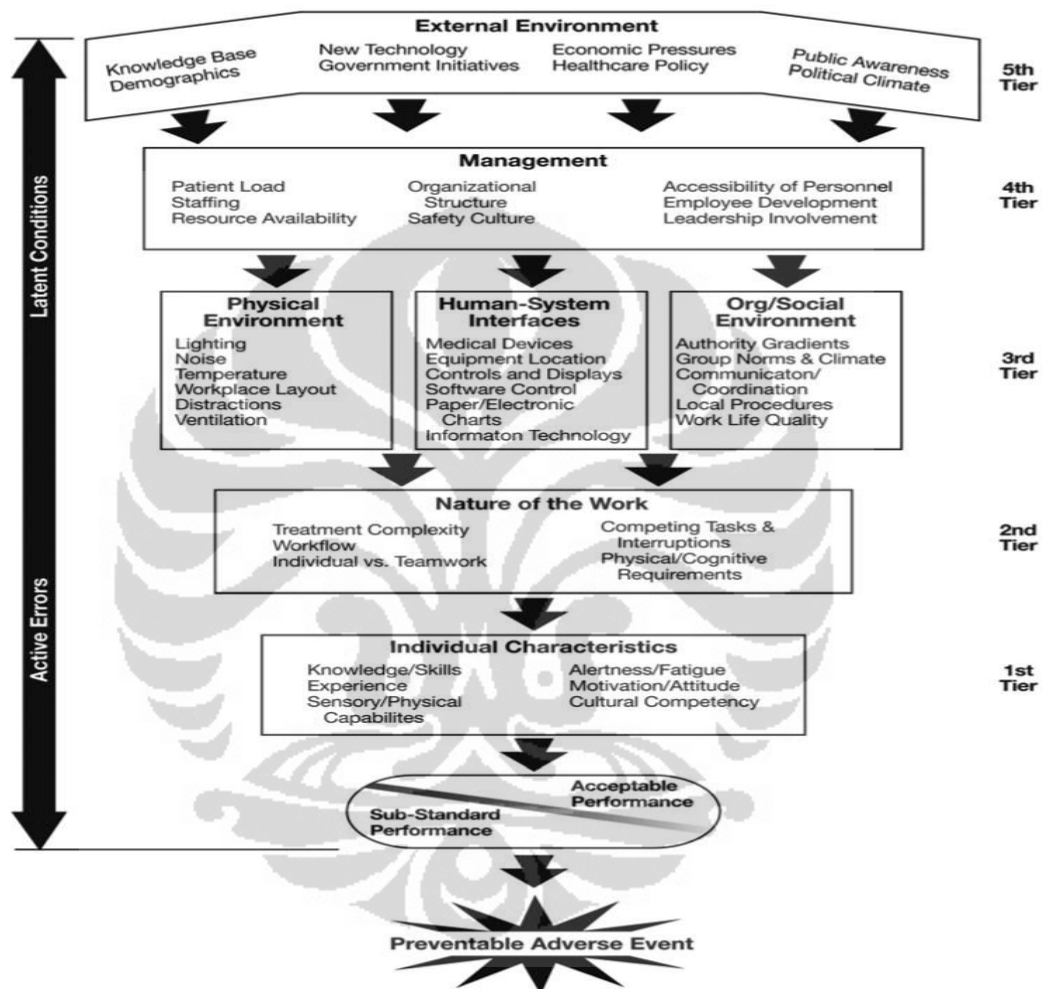
Delapan faktor juga diungkapkan oleh DepKes sebagai faktor yang berkontribusi terhadap KNC dan KTD meliputi: faktor eksternal rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, faktor lingkungan kerja, faktor kerjasama tim, faktor petugas, faktor beban kerja atau tugas, faktor pasien itu sendiri dan faktor komunikasi (Depkes, 2008). Faktor yang berkontribusi terhadap KNC diungkapkan oleh Vincent (2003) dalam Cahyono (2008) meliputi: 1) Organisasi dan manajemen (struktur organisasi, kultur organisasi, kebijakan, kepemimpinan dan komitmen, sumber daya manusia, finansial, peralatan dan teknologi), 2) Lingkungan kerja (fisik, lingkungan yang bising, banyak interupsi, beban kerja, tekanan waktu dan psikologis, desain bangunan), 3) *Team work* (komunikasi, kerjasama, supervisi, pembagian tugas), 4) Individu (pengetahuan, *skill*, sikap dan perilaku, kondisi fisik dan mental, kepribadian staf), 5) *Task* (ketersediaan SOP, ketersediaan pedoman, desain tugas), 6) Pasien (kondisi pasien, kepribadian, kemampuan, gangguan mental).

Agency for Healthcare Research and Quality (2003) mengatakan bahwa faktor yang dapat menimbulkan KNC dan KTD adalah: komunikasi, arus informasi yang tidak adekuat, masalah SDM, hal-hal yang berhubungan dengan pasien, transfer pengetahuan di rumah sakit, alur kerja, kegagalan teknis, kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat.

Penelitian yang dilakukan Reason (1997) dalam Henrikson (2008) menyebutkan dua kelompok besar faktor penyebab terjadinya KTD yaitu kesalahan atau kegagalan yang bersifat aktif (*active errors or active failure*) dan kondisi laten (*latent condition*). Kegagalan aktif lebih kepada tindakan yang tidak aman yang dilakukan oleh staf yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien atau langsung bersentuhan dengan sistem (Reason, 2000). Tindakan yang tidak aman ini dalam variasi yang berbeda dapat berupa: kehilangan memori atau lupa, di luar perhitungan, kesalahan dan pelanggaran prosedur. Kondisi laten merupakan kondisi yang tidak dapat dielakan, tumbuh dari keputusan yang dibuat oleh para penyusun kebijakan, manajemen puncak. Kondisi laten ini dapat berupa tekanan waktu, kekurangan tenaga, peralatan yang tidak adekuat, kelelahan dan kurang pengalaman.

Seluruh faktor yang berpengaruh terhadap KNC dan KTD dikelompokkan dan dijelaskan dalam *contributing factors to adverse events in health care* (Henriksen, et.al, 2008).

Gambar 2.6
Faktor yang berhubungan dengan KNC dan KTD



Sumber: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Henriksen, et.al, 2008)

Gambar 2.6. menggambarkan lima tingkatan dan dua bagian tampilan staf, di sisi tingkatan terdapat panah sebagai petunjuk. Panah ke atas menandakan kondisi laten dan panah ke bawah menandakan kegagalan aktif. Tingkatan teratas (5) adalah lingkungan eksternal meliputi pengetahuan dasar, demography, teknologi terbaru, kebijakan pemerintah, tekanan ekonomi, kebijakan kesehatan, kesadaran masyarakat, iklim politik. Tingkatan ke empat (4) adalah manajemen meliputi

beban pekerjaan terkait pasien, ketenagaan, ketersediaan sumber-sumber, struktur organisasi, budaya keselamatan, kemudahan akses personel, pengembangan karyawan, kemampuan kepemimpinan. Tingkatan ke tiga (3) terdapat tiga bagian besar yaitu lingkungan fisik, penyatuan sistem dan manusia, lingkungan sosial dan organisasi.

Tingkatan ke dua (2) adalah sifat dasar pekerjaan meliputi kompleksitas pengobatan pasien, alur pekerjaan, beban pekerjaan yang tinggi maupun tidak, kehadiran dan ketidakhadiran staf dalam tim kerja, fungsi peralatan, individual vs kerjasama tim, tugas yang bersaing, interupsi, kemampuan fisik dan kognitif, kebutuhan atau keperluan. Tingkatan pertama (1) adalah karakteristik individu meliputi pengetahuan, ketrampilan, pengalaman, intelegensi, kapabilitas sensori, *training* dan edukasi, kemampuan, kewaspadaan, kelelahan, motivasi, tingkah laku dan kompetensi perawat. Pada tingkatan terbawah terdapat tampilan dengan dua kriteria tampilan yang sesuai standar dan kurang sesuai.

Seluruh faktor yang berpengaruh terhadap KNC dan KTD yang disampaikan oleh AHRQ (2003); DepKes (2008); Dineen (2002); Henriksen, et.al (2008); Reason (1997) dalam Cahyono (2008) dan Vincent (2003) dapat disimpulkan meliputi faktor:

2.6.1 Faktor karakteristik individu (*individual characteristics*)

Identifikasi terhadap karakteristik individu sebagai faktor awal yang memberikan dampak langsung pada hasil tampilan pemberi jasa layanan apakah tampilan dapat diterima atau sub standar. Faktor karakteristik individu meliputi seluruh kualitas yang dibawa oleh individu dalam pekerjaan mereka meliputi: pengetahuan, keterampilan, pengalaman, intelegensi atau kemampuan intelektual, kapabilitas sensori, *training* dan edukasi, kelelahan dan kewaspadaan, motivasi, tingkah laku atau perilaku, umur, status perkawinan, tingkat pendidikan dan kompetensi perawat.

2.6.1.1 Pengetahuan

Pengetahuan maupun transfer pengetahuan di rumah sakit merupakan hal yang penting. IOM (2000) dalam *To Err Is Human: Building a Safer Health System* menggaris bawahi bahwa peran program edukasi pada perawat dalam mengenalkan keselamatan pasien dapat meningkatkan identifikasi terhadap terjadinya kesalahan dan mencegah terjadinya kesalahan itu sendiri. *Joint Commission International* (2007) mengatakan bahwa faktor individu adalah salah satu komponen yang mempengaruhi praktik klinik keperawatan. Hasil penelitian Murdyastuti (2010) dari hasil penelitian persepsi pengetahuan tentang pasien *safety* dan motivasi perawat berpengaruh terhadap pelaksanaan program pasien *safety*.

2.6.1.2 Keterampilan

Keterampilan merupakan kemampuan mengubah sesuatu yang ada menjadi apa yang dikehendaki sesuai dengan rencana (Chandra, 2003). Keterampilan harus dimiliki oleh perawat sebagai tanggung jawab pemberi asuhan dalam menjamin keselamatan pasien. Keterampilan termasuk emosional, intelektual, komunikasi, observasi dan keterampilan fisik.

2.6.1.3 Pengalaman atau masa kerja

Pengalaman sangat dibutuhkan dalam pendekatan dengan pasien dan menghindari resiko cedera. Ada korelasi positif antara masa kerja dengan motivasi kerja perawat (Robbins & Judge, 2008). Masa kerja perawat pelaksana berhubungan dengan kepemimpinan efektif pada komunikasi dan pengambilan tindakan, terdapat hubungan bermakna tentang masa kerja perawat pelaksana dengan budaya kerja (Marpaung, 2005).

Produktivitas seseorang tidak hanya tergantung pada keterampilan fisik saja, tetapi juga dipengaruhi oleh pengalaman dan lama kerja (Robbins, 2003). Penelitian yang dilakukan Anugrahini (2010) mengungkapkan ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Masa kerja berkaitan dengan pengalaman kerja seseorang. Pengalaman melibatkan kebijaksanaan moral dan kepekaan etik (Bishop & Scudder, 2001). Perawat dengan masa kerja lebih lama memiliki kepekaan terhadap etika yang berdampak pada sikap ke pasien.

2.6.1.4 Intelegensi

Intelegensi merupakan suatu kemampuan yang dibutuhkan untuk menjalankan kegiatan (Robbins, 2003). Pekerjaan membebankan tuntutan-tuntutan berbeda kepada staf untuk menggunakan kemampuan intelektualnya. Semakin banyak tuntutan dalam pekerjaan tertentu maka semakin banyak kecerdasan yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut (Robbins, 2003). Tuntutan pekerjaan termasuk dalam pemenuhan kebutuhan keamanan bagi pasien. Kemampuan intelektual yang memadai mampu mengakomodir pemenuhan kebutuhan tersebut.

2.6.1.5 Kapabilitas sensori dan memori

Manusia memiliki keterbatasan daya ingat atau memori. Mengandalkan daya ingat dalam proses pengambilan keputusan sangat riskan terhadap terjadinya kesalahan. Penggunaan memori harus diminimalkan misal dengan membuat protokol baku, tabel-tabel penghitungan dan sebagainya (Cahyono, 2008).

2.6.1.6 *Training* dan edukasi

Pelatihan merupakan proses sistemik perubahan perilaku para pegawai dalam suatu arah guna meningkatkan tujuan-tujuan organisasi (Sulistiyani & Rosidah, 2003). Pelatihan terkait keselamatan pasien sangat berpengaruh terhadap turunnya angka kesalahan individu, karena pelatihan meningkatkan kemampuan seseorang untuk memahami kondisi seperti apa yang harus diciptakan untuk keselamatan pasien (Gregory, et al. 2007).

Kualitas *training* dan edukasi pada staff dapat mempengaruhi secara langsung tampilan kerja atau kemampuan kerja staf dan berespon secara benar jika menghadapi kesulitan atau pada kondisi kedaruratan. Keefektifan *training* adalah metode untuk meningkatkan keamanan pasien yang juga dipengaruhi oleh isi *training*, cara penyampaian, kemampuan menilai, *monitoring* dan memperoleh hal-hal baru (Dineen, 2002).

Pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pengetahuan dan keterampilan perawat menggambarkan peningkatan yang bermakna sesudah pelatihan adalah pengetahuan pengidentifikasian pasien, komunikasi saat operan, pemberian obat secara benar, penandaan sisi tubuh yang benar, pencegahan salah kateter atau salah selang, pencegahan resiko jatuh, kebersihan tangan ($p=0.000$) (Nilasari, 2010).

2.6.1.7 Kelelahan dan kewaspadaan

Kelelahan yang dialami perawat karena bekerja dengan waktu yang terlalu lama dan pengaruh stress kerja dapat menurunkan kewaspadaan (Henriksen, et. al. 2008). Penurunan kewaspadaan ini dapat mengakibatkan cedera bagi pasien.

Kelelahan fisik juga menjadi faktor yang dapat menyebabkan KNC dan KTD. Penelitian yang dilakukan oleh Ann Rogers dan AHRQ mendapatkan data bahwa dampak kelelahan yang dialami perawat mengakibatkan *medical error*. Perawat diharapkan dapat segera memulihkan staminanya baik dengan istirahat atau tidur yang cukup agar memiliki energi yang cukup dalam pelayanan (Sharp & Clancy, 2008).

Lingkungan kerja dan pekerjaan perawat dapat menjadi sumber kelelahan perawat. Sumber kelelahan ini seperti pengaturan shift kerja, jam kerja, rotasi, lama kerja, karakteristik pekerjaan, pengaturan waktu istirahat. Menurut Drake, et.al (2005) dalam Trinkoff, et.al (2008) pengaturan dinas dapat menimbulkan gangguan tidur pada perawat. Tidur yang tidak adekuat menyebabkan perawat mengalami rasa mengantuk saat bekerja, menurunnya

kemampuan bekerja dengan efisien, aman dan menurunnya tingkat kewaspadaan. Hal ini sangat beresiko menimbulkan KNC dan KTD bagi pasien.

2.6.1.8 Motivasi

Motivasi adalah perasaan atau pikiran yang mendorong seseorang melakukan pekerjaan atau menjalankan kekuasaan terutama dalam berperilaku. Motivasi lebih kearah proses, dorongan yang menyebabkan individu bertindak dan ikut menentukan intensitas, arah, dan ketekunan individu dalam usaha mencapai sasaran (Robbins, 2003). Motivasi menjadi salah satu faktor dalam upaya mencegah KNC dan KTD. Motivasi mendorong seseorang untuk bangkit, bergerak, melakukan tindakan, mempertahankan tingkah laku dan memberikan kontribusi sebesar mungkin dalam menjalankan pekerjaan untuk mencapai keselamatan pasien.

2.6.1.9 Tingkah laku atau perilaku

Perilaku adalah sebuah gerakan yang dapat diamati dari luar, semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati pihak luar (Notoatmodjo, 2003). Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon.

Pelayanan keperawatan juga didasari oleh respon perawat akibat stimulus yang ada, penyediaan lingkungan yang aman bagi pasien merupakan salah satu stimulus yang harus segera direspon dengan baik. Penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif maka perilaku tersebut menjadi kebiasaan atau bersifat bertahan lama (*long lasting*) (Notoatmodjo, 2003).

2.6.1.10 Kompetensi perawat

Kompetensi merupakan suatu kemampuan dan karakteristik yang dimiliki oleh seseorang berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya, sehingga dapat melaksanakan tugasnya secara profesional, efektif, dan efisien serta sesuai dengan standar kinerja yang dipersyaratkan (DepKes, 2006).

Kompetensi yang dimiliki oleh perawat menunjang penampilan klinik mereka, hal ini membuat perawat memberikan asuhan lebih optimal (Henriksen, et. al, 2008). SDM merupakan salah satu pilar dalam organisasi, SDM sebagai salah satu faktor produksi harus benar-benar merupakan unsur utama yang menciptakan dan merealisasikan keselamatan pasien, hal ini ditampilkan dalam kompetensi yang dimiliki (Cahyono, 2008).

Kompetensi perawat menurut Benner (1984) terbagi dalam lima tingkatan yaitu: *novice* (pemula baru), *advanced beginner* (pemula lanjut), *competent* (kompeten), *proficient* (mahir), dan *expert* (ahli). Perawat dalam kompetensi pemula baru adalah lulusan perawat baru yang belum mempunyai pengalaman menghadapi situasi dimana mereka diharapkan bekerja. Perawat dalam tingkat pemula lanjut sudah mempunyai pengalaman dengan situasi-situasi nyata atau sudah mendapat bimbingan dari *preceptor*. Tingkatan kompeten perawat telah mampu membuat keputusan-keputusan informasi lebih baik dan mampu mengembangkan strategi pemecahan masalah berdasarkan fakta, pemikiran yang abstrak dan analisa. Perawat mahir dalam menanggapi suatu situasi sebagai suatu kesatuan dari pada satu bagian saja. Pengalaman-pengalaman yang didapat menjadi informasi dan bimbingan praktiknya. Perawat ahli mempunyai pengalaman yang luas, menggunakan intuisi dari penggabungan antara pengetahuan dan pengalaman. Perawat dalam tingkatan ini tidak membutuhkan penjelasan terhadap peraturan-peraturan dan bimbingan untuk memahami situasi dan telah bertindak dengan tepat.

2.6.1.11 Usia atau umur

Usia dapat mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang. Staf dengan usia muda umumnya memiliki keunggulan dalam fisik yang lebih kuat, dinamis dan kreatif namun memiliki kekurangan karena cepat bosan, kurang tanggung jawab, *turn over* tinggi. Staf dengan usia lebih tua kondisi fisiknya kurang tetapi bekerja lebih ulet, tanggung jawab besar, serta *turn over* rendah (Robbins, 2003).

Penelitian yang dilakukan oleh Anugrahini (2010) mengungkapkan 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.

2.6.1.12 Tingkat pendidikan

Pendidikan bertujuan untuk mengembangkan sumber daya manusia yang dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan. Menurut pendapat Siagian (1997), semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Anugrahini (2010) mengungkapkan 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* dari pada perawat dengan pendidikan SPK.

2.6.1.13 Status Perkawinan

Karyawan yang menikah lebih rendah tingkat keabsenannya, mempunyai tingkat pengunduran diri lebih rendah dan lebih puas dengan pekerjaan mereka dari pada rekan sekerjanya yang tidak menikah.

Perkawinan menuntut tanggung jawab lebih besar yang mungkin membuat pekerjaan lebih berharga dan penting (Robbins, 2003). Kondisi ini semakin meningkatkan motivasi bekerja sehingga pemenuhan kebutuhan pasien terpenuhi, termasuk kebutuhan rasa aman atau keselamatan pasien.

2.6.2 Faktor sifat dasar pekerjaan (*nature of work*)

Faktor kedua adalah sifat dasar pekerjaan meliputi kompleksitas pengobatan pasien, kemampuan kognitif, alur pekerjaan, beban pekerjaan yang tinggi maupun tidak, kehadiran dan ketidakhadiran staf. Fungsi peralatan, individual dan kerjasama tim, tugas yang bersaing, interupsi, kebutuhan yang dipersyaratkan organisasi.

2.6.2.1 Kompleksitas pengobatan, pelayanan.

Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan yang padat karya dan sangat kompleks. Berbagai macam prosedur, kebijakan dan peralatan berpotensi besar terjadinya kesalahan. Dalam proses asuhan kesalahan dapat berupa kesalahan diagnosis, pengobatan, pencegahan (Leape, et. al, 1993 dalam Kohn, et. al, 2000). Terkait dengan rencana pengobatan dan asuhan pasien, setiap pasien memiliki kompleksitas pengobatan yang berbeda-beda semakin kompleks pengobatan pasien, membutuhkan lebih ketelitian dan kewaspadaan untuk menghindari kesalahan.

Pengobatan atau penggunaan obat-obatan adalah hal terbesar yang dipakai untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan pasien (Williams, Dunning & Leach, 2011). Obat-obatan yang dipakai pasien diidentifikasi sebagai faktor penyebab utama terjadi cedera atau kesalahan besar pada kejadian tidak diharapkan. Karena resiko yang sangat signifikan dari pengobatan yang diberikan maka diperlukan kehati-hatian perawat, karena dalam persiapan dan pemberiannya lebih banyak melibatkan perawat (Williams, Dunning & Leach, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh AHRQ (2007) menyebutkan pasien dikategorikan ke dalam pasien kompleks adalah pasien dengan dua atau lebih kondisi penyakit (kronis) meliputi fisik sakit, mental sakit atau keduanya, pasien dengan perawatan yang baru atau berulang dalam satu tahun, berkontribusi terhadap peningkatan resiko kematian dan pasien dengan suatu kondisi yang dapat mempengaruhi kondisi yang lain seperti perubahan ekspektasi harapan hidup, interaksi antara pengobatan yang digunakan dan atau kontraindikasi terapi.

2.6.2.2 Kemampuan kognitif

Kemampuan kognitif sangat diperlukan dalam pemberian pelayanan, Kemampuan berfikir kritis yang kurang berdampak pada pengambilan keputusan yang kurang tepat yang hasilnya dapat mengakibatkan KNC dan KTD terjadi. Oleh karena itu berfikir kritis merupakan sebuah komponen esensial dalam tanggung gugat profesional dan mutu asuhan keperawatan (Scheffer & Rubenfeld, 2006). Kemampuan kognitif juga terkait kemampuan mengenal stimulus dari lingkungan baik eksternal maupun internal sehingga mampu berespon dengan baik.

2.6.2.3 Kerjasama tim (*team work*)

Kerjasama tim merupakan suatu kelompok kecil orang dengan keterampilan yang saling melengkapi yang berkomitmen pada tujuan bersama, sasaran-sasaran kinerja dan pendekatan yang mereka jadikan tanggung jawab bersama (Katzenbach & Douglas, dalam Cahyono, 2008). Bekerja di dalam tim membuat individu saling mengingatkan, mengoreksi, berkomunikasi sehingga peluang terjadinya kesalahan dapat dihindari.

2.6.2.4 Beban pekerjaan

Beban pekerjaan merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian cedera. Beban pekerjaan yang tinggi juga berdampak besar terhadap KNC dan KTD. Rumah sakit yang tidak memiliki kecukupan tenaga perawat memiliki resiko lebih tinggi menimbulkan dampak merugikan bagi pasien seperti peningkatan angka kejadian infeksi, shock, dan kegagalan untuk memberikan pertolongan kepada pasien (Kane, et al. 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Unruh (2003) melihat hubungan antara jumlah tenaga perawat dengan keselamatan pasien didapatkan hasil adanya hubungan antara peningkatan jumlah tenaga perawat dengan penurunan angka kejadian atelektasis, ulkus decubitus, pasien jatuh dan infeksi saluran kemih.

2.6.2.4 Kehadiran dan ketidakhadiran staf

Ketenagaan di tiap unit setiap hari sudah disiapkan berdasarkan penghitungan ketenagaan, tetapi karena sesuatu hal yang berhubungan dengan kebutuhan pribadi perawat maka dapat terjadi jumlah tenaga yang kurang karena ketidakhadiran staf, hal ini dapat membuat staf lain harus bekerja lebih lama.

Sebuah studi yang dituliskan dalam *Journal of the American medical Association* memperlihatkan bahwa jumlah perawat yang tidak adekuat dapat meningkatkan resiko kematian pada pasien yang dirawat pada unit bedah. Hal ini ditunjang oleh studi yang dilakukan *New England Journal of Medicine* dimana dengan peningkatan jumlah jam perawat yang *competent* secara signifikan menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (Bisognano, 2010).

Jam kerja perawat yang panjang atau lama pada sebuah rumah sakit akan meningkatkan kelalaian kerja petugas. Data dari sebuah penelitian memperlihatkan tenaga perawat yang tidak memadai dan buruknya dukungan dari organisasi memberikan efek yang buruk pada keselamatan pasien secara menyeluruh (Alken, 2002).

2.6.3 Faktor lingkungan fisik (*physical environment*)

Faktor ini terkait dengan pencahayaan, suara, temperatur atau suhu ruangan, susunan tata ruang, ventilasi. Pengelolaan gedung rumah sakit harus benar-benar memikirkan keselamatan baik bagi pasien maupun staf yang terlibat didalamnya dengan memperhatikan penyediaan lingkungan fisik.

2.6.3.1 Pencahayaan, suhu, suara, ventilasi

Pencahayaan, suhu dan suara atau tingkat kebisingan harus sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan. Vincent et.al, (1998) dalam Dineen (2002) mengungkapkan ruangan yang panas, penerangan yang kurang, kebisingan dari alat-alat, pembangunan gedung atau renovasi, kepadatan atau ruangan terlalu penuh mempengaruhi kemampuan untuk berfungsi pada tingkatan optimal di tempat kerja yang nantinya berdampak pada terjadinya kesalahan.

2.6.3.2 Susunan tata ruang

Penempatan alat medik dan non medik baik diruang perawatan maupun dikamar pasien harus tertata dengan baik, mudah terjangkau, mudah telusur sehingga saat diperlukan dapat dengan cepat didapat, yang berdampak pada kecepatan pelayanan. Tata ruang juga menjadi perhatian penting, jarak antara ruangan dengan tempat pemeriksaan penunjang, peletakan tanda atau petunjuk yang dapat mengarahkan seseorang, kondisi lantai yang sesuai agar pasien terhindar dari resiko cedera (Henriksen, et.al, 2008).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Ulrich dan timnya mendapatkan hasil dari 600 studi yang pernah dilakukan menunjukkan desain atau tata ruang dari lingkungan fisik yang baik meningkatkan keamanan pasien dan staf yang bekerja didalamnya (Henriksen, et. al, 2008).

2.6.4 Faktor sistem dan penyatuan sistem dengan manusia (*human-system interfaces*)

Faktor ini meliputi perlengkapan atau peralatan medis, lokasi atau peletakan alat-alat, pengontrolan alat, pengontrolan perangkat lunak, penguasaan kertas kerja, penguasaan teknologi informasi. Kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara individu, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit yang menyebabkan rantai dalam sistem terputus (Walshe & Boaden, 2006).

2.6.4.1 Sistem

Sistem yang kompleks, kecelakaan bersifat tidak terhindarkan. Sistem yang kompleks ditandai dengan interdependensi antar komponen (Kohn, 2003). Berdasarkan teori *the error train*, pengembangan sistem keselamatan pasien pada prinsipnya dapat dibagi menjadi tiga hal meliputi: 1) bagaimana merancang sistem agar tidak terjadi kesalahan, 2) bagaimana mendesain sistem agar kesalahan dapat terlihat dan 3) bagaimana merancang sistem agar efek suatu kesalahan dapat dikurangi (Nolan, 2000 dalam Cahyono, 2008).

Sistem keselamatan juga dapat dilakukan dengan membuat panduan kerja berdasarkan hasil analisis akar penyebab masalah. Dengan menganalisa penyebab kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan dapat diketahui faktor yang berkontribusi dan dapat mengambil langkah atau tindakan pencegahan (Mengis & Nicolini, 2010).

2.6.4.2 Peralatan

Faktor peralatan dan sumber-sumber yang terkait, juga diungkapkan oleh Dineen (2002) sebagai faktor utama yang dapat berperan terhadap KNC dan KTD. Dalam konteks pelayanan kesehatan memastikan kondisi alat kesehatan siap pakai dan dalam kondisi baik merupakan hal utama dalam pemberian pelayanan. Sumber-sumber lain menyangkut kemampuan personel dalam mengoperasikan alat, ketersediaan dana atau keuangan untuk pembelian alat, juga menjalankan *training* bagi staf dalam pengoperasian alat. Hal ini secara langsung mempengaruhi tampilan kerja dan kecenderungan terjadi kesalahan.

Sebuah studi melaporkan bahwa kegagalan alat menjadi penyebab 14% insiden klinis anastesi (Cahyono, 2008). Beberapa peralatan kesehatan tidak bisa berdiri sendiri harus ditunjang dengan peralatan lain saat akan dipakai. Penyatuan kabel, jaringan, konektor dan aksesoris alat membutuhkan kemampuan staf menyatu dengan sistem sehingga kesalahan dapat terhindarkan (Henriksen, et al. 2008).

2.6.5 Faktor organisasi dan lingkungan sosial (*Organization and social environment*)

Faktor ini meliputi organisasi, struktur organisasi, kekuasaan dan kepemimpinan, norma-norma kelompok dan iklim kelompok, komunikasi dan koordinasi, prosedur kerja, desain kerja atau SOP.

2.6.5.1 Organisasi dan struktur organisasi

Kepemimpinan dalam keselamatan pasien seharusnya memiliki kedudukan senior dalam organisasi, memiliki otoritas untuk bertindak dan mengambil keputusan guna meningkatkan keselamatan pasien (Yahya, 2008). Kualitas dan keselamatan yang diberikan oleh perawat adalah salah satu faktor yang berpengaruh dalam sistem organisasi (Henriksen, et. al, 2008).

Struktur organisasi merupakan faktor yang berhubungan erat dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan keselamatan pasien. Lebih lanjut dikatakan ada hubungan antara *Chief Nursing Officers* (CNO) dengan kepala ruangan di bangsal perawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dalam penerapan pedoman keselamatan pasien (Schulke, Joshi & Martal, 2007). Membangun budaya yang aman dalam bekerja sangat tergantung pada kepemimpinan yang kuat dan kemampuan organisasi untuk mendengar dan mendukung tim (Yahya, 2008).

2.6.5.2 Kekuasaan dan kepemimpinan

Kekuasaan merujuk pada kapasitas yang dimiliki seseorang (X) untuk mempengaruhi perilaku orang lain (Y), sehingga (Y) bertindak sesuai dengan keinginan (X). Kekuasaan formal didasarkan pada posisi individu dalam organisasi dan kekuasaan ini dapat berasal dari kemampuan untuk memaksa (Robbins, 2003). Dengan kekuasaan yang dimiliki mampu memaksa seseorang melakukan pelayanan yang sesuai dengan standar yang dipersyaratkan.

Kepemimpinan lebih kepada bagaimana mempengaruhi orang lain untuk melakukan sesuatu dalam upaya mencapai tujuan organisasi (Marquis & Houston, 2010). Kemampuan kepemimpinan yang kuat mampu memberi pengaruh yang besar pada staf dalam menyediakan layanan yang aman bagi pasien.

2.6.5.3 Norma-norma kelompok

Norma merupakan standar perilaku yang dapat diterima yang digunakan bersama oleh anggota kelompok (Robbins, 2003). Norma menginformasikan pada kelompok apa yang seharusnya dan tidak seharusnya dilakukan pada situasi dan kondisi tertentu. Norma sangat mempengaruhi kinerja karyawan.

Norma yang dapat diterapkan dalam aktifitas asuhan adalah: norma kinerja (memberikan petunjuk bagi para pekerja secara eksplisit mengenai seberapa keras seharusnya mereka bekerja dan bagaimana menyelesaikan pekerjaan), norma penampilan (bagaimana menampilkan dirinya sebagai pemberi jasa layanan), norma tata sosial (mengatur interaksi sosial diantara anggota kelompok), dan norma sumber daya (terkait alokasi staf dengan pembagian kerja) (Robbins, 2003).

2.6.5.4 Komunikasi dan koordinasi

Faktor komunikasi yang berkontribusi terjadinya KNC dan KTD meliputi komunikasi verbal dan non verbal. Faktor komunikasi verbal meliputi hambatan yang terjadi akibat proses komunikasi antara perawat senior dan perawat junior, komunikasi antar profesi (misalnya dokter dan perawat, perawat dan laboratorium, dan lain-lain), komunikasi petugas dengan pasien, dan komunikasi antar unit atau antar departemen dalam satu rumah sakit. Faktor komunikasi non verbal adalah ketidaklengkapan informasi yang dituliskan. Sebagai salah satu profesi dengan jumlah yang besar 40-60% tenaga (Swansburg, 2000) menempatkan perawat sebagai posisi sentral pelayanan kesehatan dan pusat komunikasi dan informasi pasien.

Agency for healthcare research and quality/ AHRQ (2003) mengungkapkan masalah komunikasi seperti kegagalan komunikasi verbal dan non verbal, miskomunikasi antar staf, antar shift, komunikasi yang tidak terdokumentasi dengan baik, merupakan hal yang dapat menimbulkan kesalahan. Penelitian yang dilakukan oleh Manojlovich (2007) menyatakan bahwa buruknya komunikasi antara dokter dan perawat merupakan salah satu penyebab insiden atau kejadian yang tidak diharapkan yang dialami oleh pasien yang dapat berdampak pada kematian pasien, terutama di ruangan-ruangan intensif yang menangani kondisi kritis pada pasien. Bahkan dalam penelitian tersebut, miskomunikasi verbal antara dokter dan perawat menyebabkan 37% dari insiden.

2.6.5.5 Prosedur kerja, desain kerja, standarisasi (SOP)

Prosedur medis dan keperawatan juga beresiko mencederai pasien. Desain pekerjaan mengacu pada proses yang diterapkan pada manager untuk memutuskan tugas, pekerjaan dan wewenang (Loh & Gelinas, 2004). Pengembangan dan ketersediaan standar, pedoman dan protokol mendukung program keselamatan pasien. Standarisasi memiliki tujuan menetapkan tingkat tampilan minimal yang harus dipenuhi seseorang, setiap proses, tindakan, keterampilan klinis, penampilan, lingkungan kerja, kondisi alat harus terstandarisasi (Cahyono, 2008). Peran perawat dalam keselamatan pasien yaitu memelihara keselamatan melalui transformasi lingkungan keperawatan yang lebih mendukung keselamatan pasien dan peran perawat dalam keselamatan pasien melalui penerapan standar keperawatan (IOM, 2000).

2.6.6 Faktor manajemen (*management*)

Faktor ini meliputi budaya keselamatan, kemudahan akses personel, pengembangan karyawan, kemampuan kepemimpinan, kebijakan pimpinan dalam hal SDM, finansial, peralatan dan teknologi. Membangun budaya kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil merupakan langkah pertama dalam menerapkan keselamatan pasien rumah sakit (DepKes, 2008).

Kepemimpinan merupakan kegiatan mempengaruhi orang lain untuk mencapai tujuan organisasi. Pemimpin dapat mempengaruhi bawahannya untuk melaksanakan keinginannya untuk mencapai tujuan organisasi (Gillies, 2000). Faktor tim kerja dan sosial juga diungkapkan Dineen (2002) sebagai faktor yang berpengaruh.

Gaya manajemen, stuktur atau hirarki yang tradisional, kurang menghormati terhadap senior dalam satu tim secara signifikan dapat berefek pada kekompakan tim atau kesatuan tim. Persepsi dari peran masing-masing juga berpengaruh terhadap fungsi tim yang dapat berdampak pada terjadinya kesalahan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh AHRQ menemukan bahwa kapabilitas atau kemampuan manajemen secara tidak langsung dapat mempengaruhi lama rawat pasien, perawat yang keluar dari pekerjaan (*turn over*), dan memberikan pelayanan pada pasien. Pemimpin mengkomunikasikan keselamatan pasien sebagai prioritas (Hughes, 2005).

2.6.7 Faktor lingkungan eksternal (*external environment*)

Faktor ini meliputi pengetahuan dasar, *demography*, teknologi terbaru, kebijakan pemerintah, tekanan ekonomi, kebijakan kesehatan, kesadaran masyarakat, iklim politik. Tekanan eksternal banyak memberikan dampak pada usaha meningkatkan keselamatan pasien.

Tekanan eksternal dapat berupa tuntutan hukum, tuntutan masyarakat terhadap mutu dan keselamatan pasien. Rumah sakit yang tidak bermutu akan ditinggalkan pelanggannya (Cahyono, 2008). Lingkungan eksternal merupakan suatu hal yang sangat dibutuhkan agar organisasi dapat memiliki komitmen yang tinggi dalam menerapkan mutu melalui keselamatan pasien (Henriksen, et. al, 2008). Tekanan lingkungan eksternal lainnya melalui regulasi nasional terhadap kompetensi SDM pada pelayanan kesehatan (standarisasi profesi, penilaian kompetensi staf, sertifikasi) dan untuk institusi berupa akreditasi rumah sakit (Cahyono, 2008).

2.6.8 Faktor pasien

Faktor ini menjadi pokok bahasan karena keunikan pasien dan keterlibatan dirinya dalam insiden, terkait faktor sosial dan kultural (Dineen, 2002). Faktor pasien meliputi kondisi penyakit pasien (berkaitan dengan tempat pasien mendapatkan pelayanan), umur pasien dan tingkat ketergantungan pasien.

2.6.8.1 Usia pasien

Pasien lanjut usia memiliki resiko terjadinya kecelakaan lebih tinggi selama dalam perawatan (Thornlow, 2009). Data yang didapat dari HCUPnet (2004) mengindikasikan pasien yang dirawat pada usia diatas 65 tahun mendapat insiden kecelakaan lebih tinggi dibanding dengan pasien usia muda (Thornlow, 2009).

Data dari sebuah rumah sakit di Amerika Serikat melaporkan dari 38.661.786 pasien yang pulang rawat di tahun 2004 rata-rata berusia 48 tahun. Mereka menjalani perawatan dengan ALOS 4.6 hari dan 2.1% nya meninggal selama perawatan. Pasien dengan usia ≥ 65 tahun dirawat dengan ALOS 5.8 hari sebesar 34%, pasien pada rentang usia 65-84 tahun sebesar 3.9% dan pasien berusia > 85 tahun meninggal selama dalam perawatan sebesar 6.9% (AHRQ, 2007).

2.6.8.2 Kondisi penyakit (berkaitan dengan tempat pasien mendapat perawatan atau lokasi pelayanan)

KNC dan KTD dapat terjadi di area manapun dalam rumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Friedman, et.al (2008) menyebutkan hasil wawancara dari 292 pasien yang datang ke unit emergency mengalami KTD 5% dan KNC 4%. Bidang spesialisasi unit kerja ditemukan paling banyak pada unit penyakit dalam, bedah dan anak yaitu sebesar 56.7% dibandingkan unit kerja yang lain, sedangkan untuk pelaporan jenis kejadian, KNC lebih banyak dilaporkan sebesar 47.6% dibandingkan dengan KTD sebesar 46.2% (KKP-RS, 2008).

Hasil penelitian yang dilakukan berdasarkan 64 insiden dan kejadian nyaris cedera yang dikumpulkan selama lebih dari satu tahun menyebutkan, terdapat 20 kejadian karena masalah teknis dan 44 kejadian terkait organisasi. Adapun organisasi yang dimaksud adalah unit kerja yaitu 15 kejadian di ruang perawatan dan 29 kejadian di kamar operasi (Bathia, et al. 2003).

2.6.8.3 Tingkat ketergantungan pasien

Tingkat ketergantungan pasien merupakan derajat ketergantungan yang diklasifikasikan dalam tiga tingkatan meliputi: ketergantungan atau perawatan minimal, parsial, total (Douglas, 1992). Sementara DepKes mengklasifikasikan ketergantungan pasien berdasarkan pemberian asuhan keperawatan menjadi: asuhan keperawatan minimal, asuhan keperawatan sedang, asuhan keperawatan agak berat, asuhan keperawatan maksimal (DepKes, 2001).

Tingkat ketergantungan pasien meliputi waktu perawat memberikan perawatan langsung, perawatan tidak langsung dan penyuluhan kesehatan. Perawatan langsung terbagi dalam mandiri (*self care*) dengan waktu perawatan 2 jam, perawatan sebagian (*partial care*) 3 jam, perawatan total (*total care*) 4-6 jam dan perawatan intensif sebanyak 8 jam. Perawatan tidak langsung membutuhkan waktu perawat 38 menit per pasien dan waktu penyuluhan kesehatan 15 menit per pasien (Gillies, 1989).

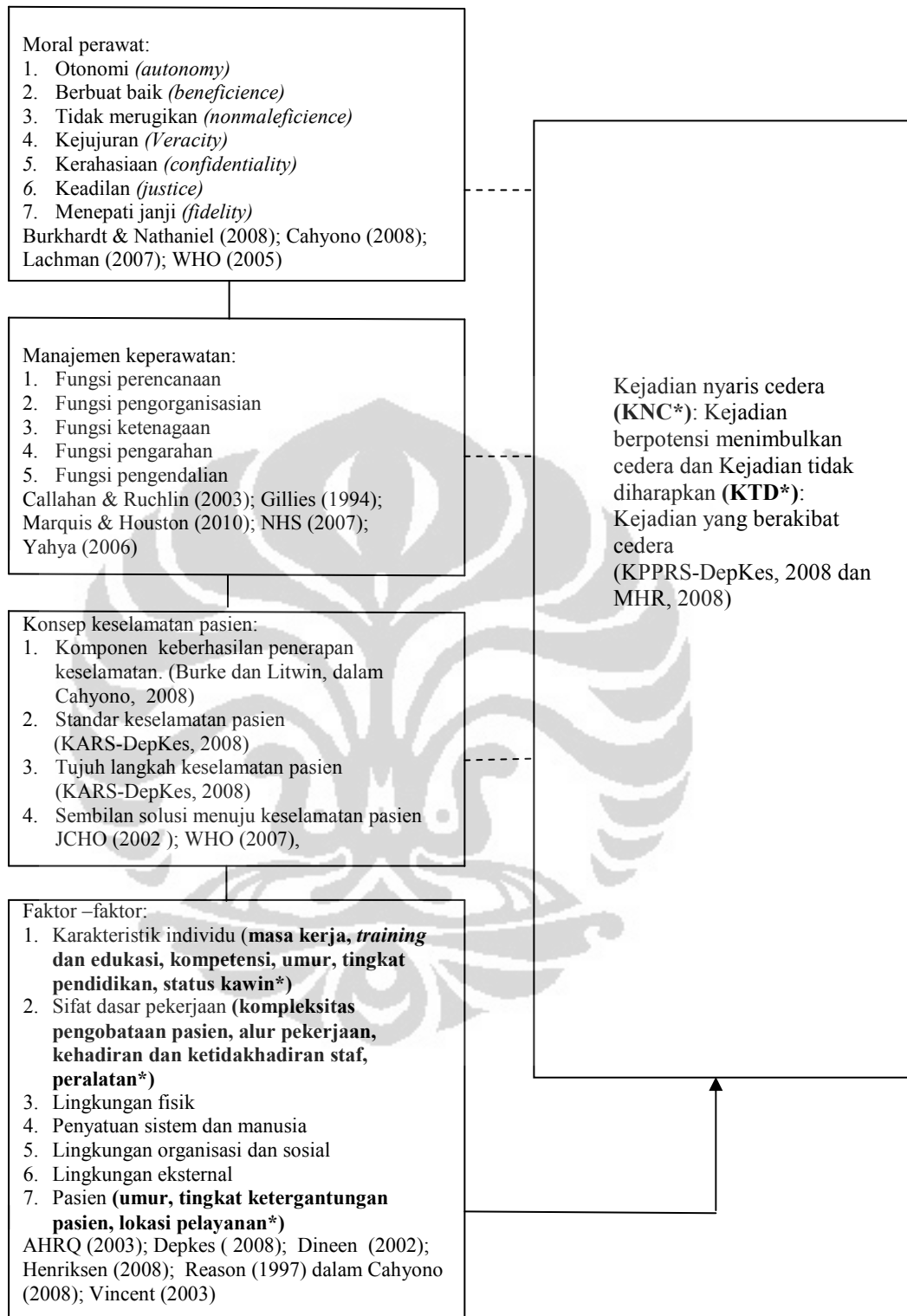
Tingkat ketergantungan yang dipakai RSPI merujuk pada tingkat ketergantungan yang ditetapkan oleh Douglas (1992), meliputi: 1) ketergantungan rendah atau perawatan minimal: memerlukan waktu 1-2 jam/24 jam dengan kriteria kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri, makan dan minum sendiri, ambulasi dengan pengawasan, observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap shif, pengobatan minimal, status psikologis stabil. 2) ketergantungan sedang atau perawatan partial: memerlukan 3-4 jam/24 jam dengan kriteria kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dibantu, observasi tanda-tanda vital tiap 4 jam, ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari satu kali, pasien dengan kateter urin, *intake* dan *output* dicatat, pasien dengan infus, persiapan pengobatan yang

memerlukan prosedur. 3) ketergantungan tinggi atau perawatan total: memerlukan waktu 5-6 jam/24 jam dengan kriteria semua keperluan pasien dibantu, observasi tanda-tanda vital tiap 2 jam, makan melalui slang atau NGT, terapi intravena, *suction*, pasien gelisah atau disorientasi.

2.7 Kerangka teori penelitian

Mengacu pada tinjauan teori, maka kerangka teori penelitian ini meliputi: (1) Moral perawat meliputi: otonomi, berbuat baik, tidak merugikan, kejujuran, menjaga kerahasiaan, keadilan dan menepati janji (Burkhardt & Nathaniel, 2008); (2) Konsep manajemen keperawatan mencakup: fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi ketenagaan, fungsi pengarahan dan fungsi pengendalian (Marquis & Houston, 2010); (3) Konsep keselamatan pasien, meliputi: sistem keselamatan, komponen keberhasilan keselamatan, standar keselamatan, langkah keselamatan dan solusi keselamatan (DepKes, 2008); (4) Kejadian nyaris cedera; (5) Kejadian tidak diharapkan dan (6) Faktor-faktor yang berhubungan dengan KNC dan KTD. (AHRQ (2003); DepKes (2008); Dineen (2002); Henriksen, et. al (2008); Reason (1997) dalam Cahyono (2008) dan Vincent (2003).

Gambar 2.7. Kerangka teori penelitian



Keterangan: * faktor yang diteliti

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab 3 menguraikan tentang kerangka konsep yang menjadi landasan pikir penelitian. Kerangka konsep diuraikan ke dalam hipotesis penelitian dan definisi operasional yang digunakan untuk seluruh variabel yang diteliti.

3.1 Kerangka konsep

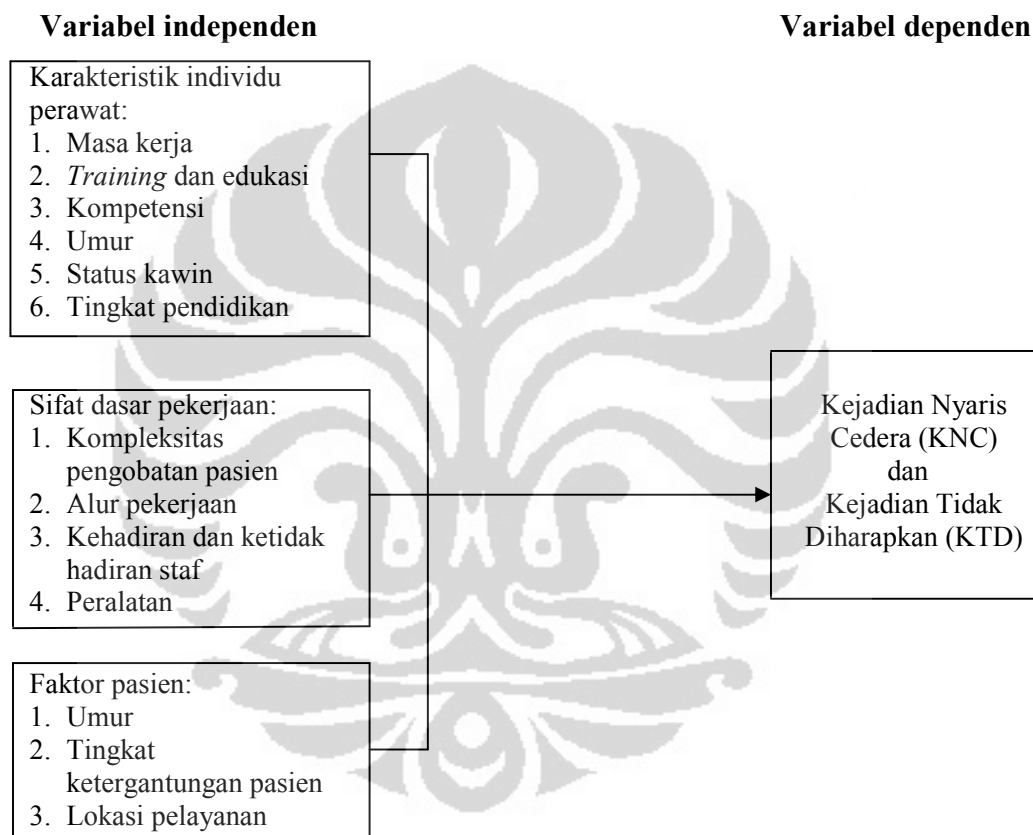
Kerangka konsep merupakan landasan pikir untuk melakukan penelitian yang dikembangkan lebih fokus berdasarkan teori yang mengacu pada tinjauan pustaka. Kerangka konsep dapat dikatakan sebagai rangkuman dari kerangka teori (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Beberapa teori yang mengungkapkan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan meliputi delapan kelompok besar. Faktor tersebut meliputi faktor karakteristik individu, faktor sifat dasar pekerjaan, faktor lingkungan fisik, faktor penyatuan sistem dan manusia, faktor lingkungan organisasi dan lingkungan sosial, faktor manajemen, faktor lingkungan eksternal dan faktor pasien (AHRQ (2003); DepKes (2008); Dineen, (2002); Henriksen, et al, (2008)).

Delapan kelompok besar ini diambil tiga belas variabel yang dimasukkan dalam variabel penelitian. Variabel merupakan suatu sifat yang diukur, yang nilainya bervariasi antara satu objek ke objek yang lain (Sabri & Hastono, 2006). Variabel independen merupakan suatu variabel bebas atau tidak terikat yang mempengaruhi variabel dependen. Sedangkan variabel dependen adalah variabel yang sangat dipengaruhi oleh variabel independen (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian ini ingin mengetahui hubungan antara variabel independen meliputi faktor karakteristik individu perawat (variabel masa kerja, *training* dan edukasi, kompetensi, umur perawat, status perkawinan dan tingkat pendidikan), faktor sifat dasar pekerjaan (variabel kompleksitas pengobatan pasien, alur pekerjaan, kehadiran dan

ketidakhadiran staf, dan peralatan), faktor pasien (umur, tingkat ketergantungan pasien, dan lokasi pelayanan) dengan variabel dependen yaitu variabel KNC dan KTD.

Kerangka konsep penelitian dapat dijelaskan dalam diagram konseptual sebagai berikut:



Gambar 3.1. Kerangka konsep penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan.

3.2 Hipotesis

3.2.1 Hipotesis mayor

3.2.1.1 Ada hubungan faktor karakteristik individu, faktor sifat dasar pekerjaan, dan faktor pasien terhadap kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian tidak diharapkan (KTD) di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.2.2 Hipotesis minor

3.2.2.1 Ada hubungan masa kerja dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.2.2.2 Ada hubungan *training* dan edukasi dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.2.2.3 Ada hubungan kompetensi perawat dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.2.2.4 Ada hubungan umur perawat dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.2.2.5 Ada hubungan status kawin perawat dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.2.2.6 Ada hubungan tingkat pendidikan perawat dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.2.2.7 Ada hubungan kompleksitas pengobatan pasien dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.2.2.8 Ada hubungan alur pekerjaan dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.2.2.9 Ada hubungan kehadiran dan ketidakhadiran staf dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.2.2.10 Ada hubungan peralatan dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.2.2.11 Ada hubungan umur pasien dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.2.2.12 Ada hubungan tingkat ketergantungan pasien dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.2.2.13 Ada hubungan lokasi pelayanan pasien dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga akhirnya mempermudah dalam mengartikan makna penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Definisi operasional pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.1



Tabel 3.1.
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen						
1	Masa kerja	Lama bekerja dimulai sejak perawat bekerja di Rumah Sakit Pondok Indah sampai dengan data kejadian dilaporkan	Data nama perawat dan unit kerja pada dokumen laporan kejadian dirujuk pada buku pengembangan perawat di unit kerja masing-masing	Meninjau data laporan kejadian	0= \geq 16 tahun 1= 11-15 tahun 2= 6-10 tahun 3= 3-5 tahun 4= 0-2 tahun	Ordinal
2	<i>Training</i> dan edukasi	Pernah atau tidaknya perawat mengikuti <i>training</i> atau pelatihan yang berkaitan dengan keselamatan pasien	Dokumen rekapitulasi <i>training</i> unit perawatan	Meninjau data laporan <i>training</i> di unit perawatan	0= Pernah mengikuti <i>training</i> 1= Tidak pernah mengikuti <i>training</i>	Ordinal
3	Kompetensi	Tingkatan kemampuan yang telah dimiliki oleh perawat sesuai standar atau merujuk standar RSPI yang dinilai berdasarkan total nilai yang dicapai	Dokumen kompetensi perawat	Meninjau data kompetensi perawat	0= <i>Expert</i> 1= <i>Proficient</i> 2= <i>Competence</i> 3= <i>Advance</i> 4= <i>Novice</i>	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
4	Umur perawat	Lama hidup perawat dalam tahun dihitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir	Laporan kejadian dirujuk pada buku data pengembangan perawat	Meninjau data pada dokumen	Dikelompokan berdasarkan <i>cut off point</i> median 0 = > 34 tahun 1 = ≤ 34 tahun	Ordinal
5	Status kawin	Perawat yang terikat pernikahan yang sah secara hukum	Laporan kejadian dirujuk pada buku data pengembangan perawat	Meninjau data pada dokumen	0 = Kawin 1 = Belum kawin	Nominal
6	Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan formal dalam keperawatan berdasarkan ijazah terakhir responden	Laporan kejadian dirujuk pada buku data pengembangan perawat	Meninjau data pada dokumen	0 = Pendidikan tinggi (D3 Kep dan S1 Kep) 1 = Pendidikan rendah (SPK)	Ordinal
7	Kompleksitas pengobatan pasien	Jumlah terapi yang diberikan pada pasien baik terapi oral, injeksi maupun infus	dokumen laporan kejadian dan dirujuk pada daftar pemberian obat pada dokumen pasien	Meninjau data pada dokumen pemberian obat pasien	0 = Tidak kompleks (< 5 jenis obat) 1 = Kompleks (≥ 5 jenis obat)	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
8	Alur pekerjaan	Tingkat kepatuhan perawat terhadap tahapan atau langkah SOP yang ada	dokumen laporan kejadian dirujuk pada kronologis kejadian, dibandingkan dengan SOP yang ada	Meninjau data pada dokumen	0= Patuh, jika tahapan SOP yang kritikal dijalankan sesuai langkah yang ada 1= Tidak patuh, jika tahapan SOP yang kritikal untuk dijalankan ada yang terlewat	Ordinal
9	Kehadiran dan ketidakhadiran staf	Kecocokan jumlah perawat yang datang berdinis dengan yang tertulis dalam <i>daily loog book</i>	Laporan kejadian dirujuk pada daftar dinis dan <i>loog book</i> unit (data <i>real</i> perawat yang hadir dinis)	Meninjau data pada dokumen	0= Sesuai, jika nama perawat ada dalam <i>loog book</i> dan secara fisik hadir di tempat dinis 1= Tidak sesuai, jika nama perawat ada dalam <i>loog book</i> tetapi secara fisik tidak ada	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
10	Peralatan	Kondisi alat kesehatan dan fasilitas yang dibutuhkan oleh pasien	Laporan kejadian yang dirujuk pada buku inventarisasi alat kesehatan di tempat kejadian	Meninjau data pada dokumen	0= Baik, jika kondisi alat siap pakai dilihat dari hasil inventarisasi 1= Kurang baik, jika kondisi alat tidak siap pakai dilihat dari hasil inventarisasi	Ordinal
11	Umur pasien	Lama hidup pasien yang dihitung sejak pasien lahir	Laporan kejadian	Meninjau data pada dokumen	0= 1-14 tahun 1= 15-44 tahun 2= 45-64 tahun 3= \geq 65 tahun	Ordinal
12	Tingkat ketergantungan pasien	Waktu yang disediakan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien terkait asuhan keperawatan yang disesuaikan dengan tingkat ketergantungan yang dipakai di RSPI	Laporan kejadian dirujuk pada data laporan <i>duty officer</i> maupun <i>loog book</i> unit	Meninjau data pada dokumen	0= Ketergantungan rendah (KR) 1= Ketergantungan sedang (KS) 2= Ketergantungan tinggi (KT)	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
13	Lokasi pelayanan	Tempat pasien menerima pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan	Laporan kejadian (dilihat pada kolom lokasi kejadian, gedung, area, lantai, kamar)	Meninjau data pada dokumen	0= Rawat jalan 1= Rawat inap	Nominal
Variabel dependen						
1	Kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan	Seluruh kejadian yang berpotensi menimbulkan cedera atau kesalahan yang terjadi pada pasien baik kejadian yang hampir mencederai pasien maupun yang sudah mencederai atau merugikan pasien	Laporan kejadian	Meninjau data pada dokumen	0= KNC 1= KTD	Ordinal

BAB 4 METODE PENELITIAN

Bab 4 menguraikan tentang rancangan penelitian yang disusun untuk mencari jawaban penelitian yang dilakukan, populasi dan sampel sebagai subyek penelitian yang diambil. Tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, pengolahan, dan analisis data.

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun agar peneliti memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Setiadi, 2007). Penelitian ini menggunakan pendekatan retrospektif. Studi retrospektif merupakan suatu studi yang dilakukan dengan melihat kembali pelayanan yang sudah diberikan. Studi ini dapat dilakukan dengan kegiatan penilaian rekam medis atau catatan lain seperti hasil audit atau survei pelanggan (Azwar, 1996). Pendekatan dalam penelitian ini menganalisis variabel independen yaitu faktor masa kerja, *training* dan edukasi, kompetensi, umur perawat, status kawin, tingkat pendidikan, kompleksitas pengobatan pasien, alur pekerjaan, kehadiran dan ketidakhadiran staf, peralatan, umur pasien, tingkat ketergantungan pasien, dan lokasi pelayanan terhadap variabel dependen yaitu kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian tidak diharapkan (KTD).

Pemilihan studi retrospektif dalam penelitian ini karena KNC dan KTD merupakan hal yang ingin diminimalisir atau dikurangi dalam pelayanan, memperoleh data prospektif lebih sulit didapat dan membutuhkan waktu yang lebih lama. Data sekunder melalui studi dokumentasi lebih mudah didapatkan dan kejadian sudah ada atau nyata, sehingga analisis mudah dilakukan. Pada penelitian ini peneliti menggunakan data sekunder hasil dari laporan kejadian (*incident report*) departemen keperawatan, dokumen pasien, dokumen daftar dinas di unit perawatan, dokumen *training* perawat, dokumen kompetensi perawat, dokumen pada *log book* unit,

dokumen data pengembangan perawat, dan dokumen inventarisasi alat yang berkaitan dengan laporan kejadian.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan subyek penelitian (Arikunto, 2006). Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen laporan kejadian (*incident report*) yang dikelola oleh Departemen Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah tahun 2009–2010. Pengambilan populasi dokumen laporan kejadian tahun 2009–2010 karena telah dihitung angka kejadiannya dan data tersebut masih dalam kategori mudah telusur. Total laporan kejadian adalah 166 yang dijadikan populasi.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang diteliti (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Sampel dari penelitian ini merupakan total populasi yaitu 166 dokumen laporan kejadian yang dikelola oleh Departemen Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah tahun 2009–2010. Sampel ini dianalisis dan ditelusuri dengan membaca dokumen terkait kejadian.

Kriteria inklusi dan kriteria eksklusi

Kriteria inklusi merupakan persyaratan umum yang harus dipenuhi agar subyek dapat diikutsertakan dalam penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah: dokumen kejadian di unit perawatan yang lengkap dan perawat yang terlibat masih ada, laporan insiden yang dikeluarkan dan diterima oleh departemen keperawatan tahun 2009–2010.

Kriteria eksklusi adalah keadaan yang menyebabkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi, namun tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah dokumen yang tidak lengkap,

dokumen perawat yang perawatnya tidak bersedia datanya digunakan, dokumen yang diterima Departemen Keperawatan tetapi yang terkait departemen lain sebagai penyebab kejadian, dan laporan kejadian yang tidak berhubungan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan.

Sampel minimal yang harus di penuhi dalam penelitian ini jika dokumen tereliminir karena kriteria eksklusi dengan menggunakan penghitungan sampel tunggal untuk estimasi proporsi suatu populasi (Sastroasmoro & Ismael, 2010):

$$\text{Rumus: } n = \frac{z\alpha^2PQ}{d^2}$$

dengan $Q = (1-p)$

n = jumlah sampel

P = proporsi penyakit atau kejadian

d = tingkat ketepatan absolut yang dikehendaki

$z\alpha$ = tingkat kemaknaan (ditetapkan=1.96)

$$\text{Proporsi: } \frac{\text{jumlah laporan kejadian}}{\text{jumlah total pasien}} \times 100\%$$

$$\text{Proporsi: } \frac{166}{505.440} \times 100\% = 0.033$$

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.033 \cdot 0.97}{0.05^2}$$

$$n = \frac{3.84 \cdot 0.033 \cdot 0.97}{0.0025}$$

$$n = 49.16 = 49$$

Berdasarkan rumus penghitungan, maka sampel minimal yang dipakai adalah 49 dokumen laporan kejadian

4.3 Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta. Tempat untuk menganalisis dokumen dipikirkan tempat yang terpisah dan jauh dari aktivitas unit yaitu ruang dokumen bagian *medical record*. Analisis dokumen yang berada di unit dilakukan di ruang kepala unit yang tertutup dan terpisah dari aktivitas unit sehingga keabsahan data dapat diperoleh. Pemilihan rumah sakit ini dengan pertimbangan bahwa rumah sakit telah menerapkan *incident reporting system* sejak 2000, diharapkan data secara retrospektif mudah ditelusuri. Pertimbangan lain pemilihan tempat penelitian karena peneliti bekerja di tempat ini sehingga hasil penelitian yang dilakukan semakin bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan

4.4 Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan melalui tahapan meliputi: pembuatan proposal penelitian, pengambilan data, dan pelaporan hasil penelitian. Pembuatan proposal dimulai sejak 1 Februari–14 Maret 2011, pengambilan data dimulai 28 Maret–18 April 2011 dilanjutkan analisis data 25 April–7 Mei 2011 dan pelaporan hasil penelitian pada 10 Mei–17 Mei 2011. Rincian waktu penelitian dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1. Rencana Waktu Penelitian

No	Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei					Juni				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	
1.	Memilih judul																						
2.	Studi pendahuluan																						
3.	Menyusun proposal																						
4.	Seminar proposal																						
5.	Revisi proposal																						
6.	Penelitian																						
7.	Analisis penelitian dan laporan																						
8.	Seminar hasil penelitian																						
9.	Revisi hasil penelitian																						
10.	Sidang tesis																						

4.5 Etika penelitian

Etika penelitian memiliki berbagai macam prinsip, terdapat empat prinsip yang digunakan saat penelitian meliputi: menghormati harkat dan martabat manusia, menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian, keadilan dan inklusivitas, dan memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (Polit & Beck, 2006). Etika penelitian yang dipakai pada penelitian ini merujuk pada prinsip etik yang dikeluarkan oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK-BPPK, 2003), sebagai prinsip dasar etik penelitian:

4.5.1 *Respect for persons* (menghormati harkat dan martabat manusia)

Prinsip menghormati harkat dan martabat manusia dengan cara kebebasan memilih, perlindungan terhadap subyek yang otonominya terganggu atau kurang, serta menjaga kerahasiaan data atau informasi dari subyek dan tidak melakukan publikasi data rumah sakit. Pada penelitian ini untuk perawat yang datanya digunakan dalam penelitian diberikan kebebasan diikutsertakan atau tidak dan diminta kesediaannya sebagai responden secara sukarela, dengan terlebih dahulu menandatangani *inform consent* (lampiran 4). Data dan identitas dari responden dijaga kerahasiaannya dengan hanya mencantumkan kode atau nomor responden. Untuk dokumen yang dipakai meminta ijin kepada direktur dalam pengambilan data tersebut (lampiran 5), menempatkan dokumen di ruang tertutup yang telah disediakan baik dokumen yang ditelusuri di bagian *medical record* maupun di unit perawatan. Data hanya dapat disimpan, diolah, dan dibuka oleh peneliti saja dan dijaga kerahasiaannya selama penelitian berlangsung.

4.5.2 *Beneficence* (manfaat)

Prinsip ini dilakukan dengan memberikan manfaat semakin besar, resiko semakin kecil (*primum non nocere*), rancangan penelitian yang dilakukan sesuai dengan persyaratan ilmiah, pelaksanaan penelitian dengan melihat kemampuan peneliti serta menjaga kesejahteraan subyek, serta tidak merugikan (*do no harm, non maleficience*). Hasil penelitian yang dilakukan dapat memberikan manfaat pada proses pencegahan

agar kejadian atau kasus tidak berulang, menjadi acuan bagi Departemen Keperawatan dalam membimbing staf di lapangan dalam upaya menurunkan KNC dan KTD serta sebagai bahan evaluasi penerapan keselamatan pasien. Dampak kerugian dihindari dengan tidak menggunakan hasil penelitian untuk hal yang tidak ada kaitannya dengan pengembangan dan peningkatan mutu pelayanan.

4.5.3 *Justice* (keadilan)

Prinsip ini dilakukan dengan perlakuan yang sama pada setiap orang dengan moral yang benar dan layak dalam memperoleh haknya. Pada penelitian ini dilakukan dengan tidak membedakan perlakuan pada satu subyek dengan subyek yang lain (tidak mendiskriminasi). Pada dokumen hal ini dilakukan dengan tidak memilah-milah dokumen. Semua dokumen dipilih dan diperlakukan sama.

4.6 Alat pengumpulan data

Alat pengumpulan data yang dipakai dalam penelitian ini adalah lembar kerja yang dibuat sendiri oleh peneliti (lampiran 6). Lembar kerja ini berisi variabel yang diteliti dan data lain terkait penelitian. Pengisian lembar kerja ini merujuk pada seluruh dokumen terkait meliputi: 1) Dokumen laporan kejadian dipakai untuk memperoleh data seluruh variabel penelitian, 2) Dokumen kompetensi perawat dipakai untuk memenuhi variabel kompetensi, 3) Dokumen rekapitulasi *training* perawat digunakan untuk memperoleh data variabel *training* dan edukasi, 4) Dokumen daftar absensi dan jadwal dinas perawat, digunakan untuk memperoleh data kehadiran dan ketidakhadiran staf, 5) Dokumen laporan *duty officer* dan *loog book* digunakan untuk memperoleh data tingkat ketergantungan pasien, kehadiran dan ketidakhadiran staf, 6) Dokumen pasien atau *file* rawat pasien digunakan untuk variabel kompleksitas pengobatan pasien yang merujuk pada daftar pemberian obat pasien, 7) Dokumen inventarisir alat digunakan untuk data peralatan, dan 8) dokumen pengembangan perawat digunakan untuk memperoleh data kompetensi, umur perawat, status kawin, tingkat pendidikan dan masa kerja.

Peneliti tidak melakukan uji coba instrumen berdasarkan statistik. Untuk memastikan instrumen dapat digunakan secara operasional, sebelum pengumpulan data pada 26 Maret 2011 peneliti melakukan kegiatan memasukan data lima laporan kejadian di Departemen Perawatan tahun 2011 kedalam instrumen yang dibuat oleh peneliti dan langsung dimasukan dalam laptop atau program komputer. Lima dokumen laporan kejadian yang digunakan tadi tidak dimasukan sebagai responden. Hasilnya instrumen sudah sesuai dan dapat digunakan

4.7 Prosedur pengumpulan data

4.7.1 Prosedur administrasi

Prosedur ini diawali dengan ijin pengambilan data awal ke Rumah Sakit Pondok Indah pada tanggal 4 Maret 2011. Setelah mendapat ijin untuk melakukan penelitian dari pembimbing penelitian dan sudah mengikuti prosedur lolos uji etik dari Komite Etik Penelitian FIK-UI pada tanggal 4 April 2011, peneliti mengajukan ijin tertulis kepada Direktur Rumah Sakit Pondok Indah untuk penelitian. Setelah mendapat ijin pada tanggal 6 April 2011, tembusan diberikan kepada Manajer keperawatan, HRD dan *Medical Record*.

4.7.2 Prosedur teknis

Prosedur teknis meliputi:

4.7.2.1 Melakukan konfirmasi kepada Manajer Keperawatan setelah mendapat ijin dari Direktur Rumah Sakit Pondok Indah. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian, manfaat, prosedur penelitian dan adanya keterlibatan perawat dalam penelitian ini pada tanggal 7 April 2011. Selanjutnya Manajer Keperawatan menginformasikan kepada Kepala Unit Perawatan bahwa penelitian dilakukan dan membutuhkan data perawat pelaksana di unit masing-masing yang terlibat dengan kejadian. Peneliti juga menjelaskan tujuan penelitian, manfaat penelitian dilakukan. Unit terkait diminta menyiapkan buku pengembangan perawat, daftar dinas, *loog book*, daftar *training*.

Formulir pengumpulan data diperlihatkan sehingga data yang dibutuhkan terkait variabel yang diteliti dapat terpenuhi. Selanjutnya dokumen laporan kejadian yang ada di Departemen Keperawatan diambil dan segera dilakukan rekapitulasi (data segera dimasukkan ke dalam komputer) dengan melakukan seleksi dokumen sesuai kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditetapkan.

4.7.2.2 Melakukan konfirmasi kepada kepala unit *medical record* terkait dokumen yang dipakai pada penelitian. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian, manfaat, prosedur penelitian dan adanya kebutuhan pengambilan data dari dokumen pada tanggal 8 April 2011. Kepala unit dan *incharge medical record* memberikan dokumen yang dibutuhkan sesuai dengan permintaan peneliti. Nomer dokumen yang diteliti dikirimkan satu hari sebelum dokumen dibaca sehingga dokumen telah siap untuk dianalisis.

4.7.2.3 Melakukan rekapitulasi data pada kertas kerja yang sudah dibuat disesuaikan dengan variabel yang diteliti tanggal 8 April-18 April 2011. Penelusuran dan analisis dokumen dilakukan sendiri oleh peneliti. Penyediaan dokumen terkait atau data yang diperlukan bekerjasama juga dengan *risk* manajemen. Data variabel masa kerja, umur perawat, status kawin dan tingkat pendidikan peneliti melihat buku pengembangan perawat pada bagian biodata dan riwayat pekerjaan perawat, sedangkan data variabel kompetensi pada bagian tingkatan kompetensi perawat. Variabel *training* dan edukasi penelusuran dilakukan pada rekapitulasi *training* unit. Variabel kompleksitas pengobatan pasien diperoleh dengan penelusuran dokumen pasien pada formulir daftar pemberian obat, pada kolom terapi yang diberikan dihitung berapa banyak pasien mendapat terapi per hari baik oral, injeksi dan infus. Variabel alur pekerjaan selain membaca kronologis pada laporan kejadian juga pada dokumen pasien dibagian catatan keperawatan dilihat urutan kegiatan apakah tahapan kritikal dari salah satu SOP ada yang terlewat. Variabel kehadiran dan ketidakhadiran staf didapat dari daftar dinas unit dan dikonfirmasi pada *loog book* unit. Variabel peralatan didapat dengan menelusuri buku inventarisasi peralatan dan catatan

pemeliharaan alat medis (kalibrasi alat). Variabel umur pasien didapatkan dari dokumen pasien pada bagian biodata pasien begitu juga dengan lokasi pelayanan. Variabel tingkat ketergantungan pasien didapat dengan menelusuri laporan *duty officer* dan laporan unit.

4.8 Pengolahan dan analisis data

4.8.1 Pengolahan data

4.8.1.1 *Editing* data

Editing data merupakan bentuk kegiatan untuk melakukan pengecekan isi formulir apakah jawaban sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten (Hastono, 2007). Apabila dalam kegiatan ini masih ditemui kekurangan dapat segera dipenuhi. Pada penelitian ini dilakukan setelah semua dokumen dimasukan ke dalam kertas kerja pada tanggal 19-25 April 2011.

4.8.1.2 *Coding* data

Coding data merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan (Hastono, 2007). Tujuannya adalah untuk menyederhanakan data ke dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diinterpretasikan. *Coding* data dilakukan dengan menilai masing-masing variabel pada hasil ukur, kode dengan angka semakin besar adalah semakin beresiko sedangkan kode angka semakin kecil semakin tidak beresiko. Hal ini dilakukan pada tanggal 27-28 April 2011.

4.8.1.3 *Entry* data

Entry data merupakan kegiatan memproses data. Hal ini dapat dilakukan dengan cara memasukan data ke paket program komputer (Hastono, 2007). Program yang digunakan adalah paket program analisis statistik. Hal ini dilakukan pada tanggal 29 April-2 Mei 2011

4.8.1.4 *Cleaning* data

Cleaning data merupakan kegiatan mengecek kembali data yang sudah dimasukan apakah terdapat kesalahan atau tidak (Hastono, 2007). Tujuan dari melakukan pembersihan data untuk mengetahui *missing* data, variasi data dan konsistensi data. Hal ini dilakukan setelah semua data dimasukan tanggal 2 Mei 2011. Seluruh rangkaian kegiatan mulai dari *editing* hingga *cleaning* data dilakukan mulai tanggal 27 April-2 Mei 2011.

4.8.2 Analisis data

Setelah berakhirnya pengolahan data maka dilakukan analisis menggunakan program komputer meliputi:

4.8.2.1 Analisis Univariat

Analisis ini bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dengan menggunakan data mean, median dan standar deviasi (Hastono, 2007) termasuk data bentuk kejadiannya. Dalam penelitian ini, setiap kategori jawaban pada variabel independen dan variabel dependen ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi dan selanjutnya dilakukan analisis terhadap tampilan data tersebut.

4.8.2.2 Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan setelah diketahui karakteristik masing-masing variabel diteruskan dengan analisis bivariat, tujuan untuk melihat keeratan hubungan antara variabel dependen dan variabel independen (Hastono, 2007). Penelitian pada tahap analisis bivariat berdasarkan variabel independen dan dependen yang diuji. Hubungan variabel diuji dengan menggunakan uji kai kuadrat. Tujuan dari uji kai kuadrat adalah untuk menguji proporsi atau presentase antara beberapa kelompok data. Dilihat dari segi datanya uji kai kuadrat dapat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel kategorik dengan variabel kategorik (Hastono, 2007).

Uji Kai Kuadrat merupakan uji analisis hubungan variabel katagorik dengan variabel katagorik dengan membandingkan frekuensi yang terjadi (observasi) dengan frekuensi harapan (ekspektasi). Bila nilai frekuensi yang terjadi dengan nilai

frekuensi harapan sama, maka dikatakan tidak ada perbedaan yang bermakna. Sebaliknya bila nilai frekuensi yang terjadi dengan nilai frekuensi harapan berbeda, maka dikatakan ada perbedaan yang bermakna (Hastono, 2007).

Tabel 4.2 Analisis uji statistik variabel penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta, Mei 2011

No	Variabel independen	Variabel dependen	Uji statistik
1	Masa kerja	KNC - KTD	<i>Chi Square</i>
2	<i>Training</i> dan edukasi	KNC - KTD	<i>Chi Square</i>
3	Kompetensi	KNC - KTD	<i>Chi Square</i>
4	Umur perawat	KNC - KTD	<i>Chi Square</i>
5	Status kawin	KNC - KTD	<i>Chi Square</i>
6	Tingkat pendidikan	KNC - KTD	<i>Chi Square</i>
7	Kompleksitas pengobatan pasien	KNC - KTD	<i>Chi Square</i>
8	Alur pekerjaan	KNC - KTD	<i>Chi Square</i>
9	Kehadiran dan ketidakhadiran staf	KNC - KTD	<i>Chi Square</i>
10	Peralatan	KNC - KTD	<i>Chi Square</i>
11	Umur pasien	KNC - KTD	<i>Chi Square</i>
12	Tingkat ketergantungan pasien	KNC - KTD	<i>Chi Square</i>
13	Lokasi pelayanan	KNC - KTD	<i>Chi Square</i>

4.8.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan teknik analisis pengembangan dari analisis bivariat. Teknik analisis multivariat bertujuan untuk melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (Hastono, 2007).

Analisis multivariat dalam penelitian ini meliputi analisis variabel independen (masa kerja, *training* dan edukasi, kompetensi, umur perawat, status kawin, tingkat pendidikan, kompleksitas pengobatan pasien, alur pekerjaan, kehadiran dan ketidakhadiran staf, peralatan, umur pasien, tingkat ketergantungan pasien, lokasi pelayanan) dengan variabel dependen KNC dan KTD.

Analisis dari penelitian ini menggunakan uji regresi logistik karena variabel dependen berbentuk variabel kategorik yang bersifat dikotom atau *binary*. Regresi logistik merupakan salah satu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategorik yang bersifat dikotom atau *binary*. Pada regresi logistik peran Odds Ratio (OR) menerangkan seberapa besar kontribusi variabel independen terhadap variabel dependen (Hastono, 2007).

- Model logistik

Model logistik dikembangkan dari fungsi logistik dengan nilai Z merupakan penjumlahan linier konstantan (α) ditambah dengan $\beta_1 X_1$, ditambah $\beta_2 X_2$ dan seterusnya sampai $\beta_i X_i$. (Hastono, 2007)

Regresi logistik sederhana $Z = \alpha + \beta_1 X_1$

Regresi logistik ganda $Z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$

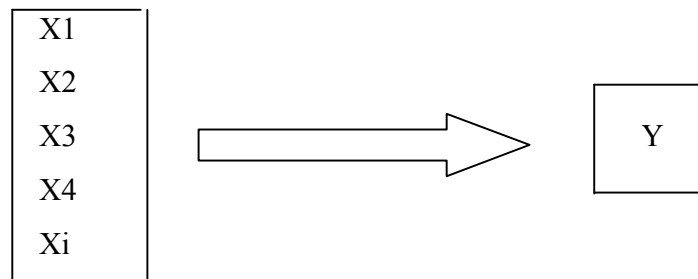
Bila nilai Z dimasukkan pada fungsi Z , maka didapatkan hasil

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i)}}$$

- Model prediksi

Pemodelan ini dengan tujuan memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen. Pada model ini semua variabel dianggap penting sehingga estimasi dapat dilakukan estimasi beberapa koefisien regresi logistik sekaligus (Hastono, 2007). Pada penelitian ini menggunakan model prediksi untuk memprediksi kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan melalui variabel karakteristik individu perawat, sifat dasar pekerjaan, dan faktor pasien.

Bentuk kerangka konsep model regresi yang digunakan:



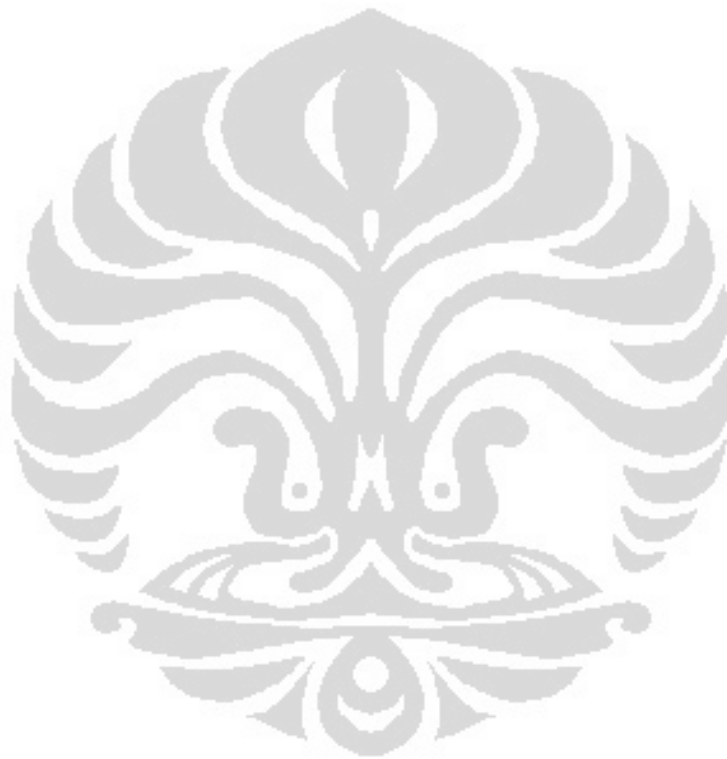
Skema 4.1 Kerangka konsep model regresi

- **Prosedur pemodelan**

Prosedur ini dilakukan dengan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil uji bivariat mempunyai $P < 0.25$, maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat. Namun bila $P > 0.25$ dapat diikutkan ke multivariat jika secara substansi penting.

Pemilihan model yang dianggap penting yang masuk ke dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $P < 0.05$ dan mengeluarkan variabel yang mempunyai $P > 0.05$. Pengeluaran variabel tidak serentak namun secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai P terbesar. Setelah variabel dengan $P > 0.05$ dikeluarkan secara bertahap maka dilihat apakah ada perubahan nilai OR lebih dari 10%, jika hal ini terjadi maka variabel tersebut dikembalikan lagi ke dalam model. Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel ke dalam model. Penentuan variabel interaksi melalui pertimbangan logika substantive. Pengujian interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistic. Bila variabel mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model (Hastono, 2007).

Pada regresi logistik peran OR menerangkan seberapa besar kontribusi variabel independen terhadap variabel dependen. Setelah pemodelan terakhir didapatkan maka P menjadi acuan signifikansi dari hubungan variabel independen terhadap variabel dependen.



BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab 5 menguraikan tentang hasil pengumpulan data dari penelitian Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta. Uraian hasil penelitian menggunakan analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

5.1. Pengumpulan data

Data yang dikumpulkan diperoleh langsung dari dokumen laporan kejadian tahun 2009-2010 yang dikelola oleh Departemen Keperawatan RSPI. Klarifikasi terhadap data dari laporan kejadian dilakukan dengan menelusuri dokumen pasien, dokumen perawat, dokumen daftar dinas, dan inventarisasi alat. Pengumpulan data dilakukan 28 Maret- 18 April 2011 di bagian *medical record* dan unit terkait.

Penelusuran dokumen pasien digunakan untuk memperoleh data umur pasien, lokasi pelayanan dan kronologis kejadian yang dikaitkan dengan alur pekerjaan dan kompleksitas pengobatan. Data alur pekerjaan didapat dengan membaca urutan kejadian di laporan kejadian dan dikonfirmasi pada catatan perawatan pada jam dan hari terjadinya insiden. Data kompleksitas pengobatan didapat dengan membaca dokumen pasien pada daftar pemberian obat-obatan baik kolom pemberian terapi oral, injeksi maupun terapi parenteral.

Penelusuran dokumen perawat untuk memperoleh data terkait variabel umur perawat, masa kerja perawat, tingkat pendidikan, rekapitulasi *training*. Dokumen perawat tersebut dilihat pada buku pengembangan perawat. Data kehadiran perawat ditelusuri melalui daftar dinas perawat dan *loog book* unit. Data kompetensi perawat ditelusuri melalui rekapitulasi kompetensi perawat. Penelusuran dokumen inventarisasi peralatan untuk melihat alat dalam kondisi baik atau tidak.

Sampel yang direncanakan sebesar 166 laporan kejadian, hanya dapat dianalisis sebanyak 95 laporan kejadian. Hal ini dikarenakan tidak memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang dipersyaratkan yaitu sebanyak 71 laporan kejadian.

5.2 Hasil penelitian

Hasil penelitian meliputi hasil data univariat (tabel 5.1-5.3, dan diagram 5.1), bivariat (tabel 5.4-5.6), dan multivariat (tabel 5.7-5.9).

Analisis univariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Data disajikan dengan menggunakan distribusi frekuensi.

5.2.1 Karakteristik individu perawat

Tabel 5.1
Distribusi responden menurut karakteristik individu perawat
Di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
Tahun 2009-2010 (n=95)

No.	Karakteristik individu perawat	Jumlah	Persentase
1.	Masa kerja		
	- \geq 16 tahun	26	27.4
	- 11 – 15 tahun	22	23.2
	- 6 – 10 tahun	26	27.4
	- 3 – 5 tahun	12	12.6
	- 0 – 2 tahun	9	9.5
2.	<i>Training</i> dan edukasi terkait <i>patient safety</i>		
	- Pernah mengikuti <i>training</i>	47	49.5
	- Tidak pernah mengikuti <i>training</i>	48	50.5
3.	Kompetensi perawat		
	- <i>Expert</i>	0	0
	- <i>Proficient</i>	0	0
	- <i>Competence</i>	59	62.1
	- <i>Advance Beginer</i>	24	25.3
	- <i>Novice</i>	12	12.6
4.	Umur perawat		
	- > 34 tahun	41	43.2
	- \leq 34 tahun	54	56.8

No.	Karakteristik individu perawat	Jumlah	Persentase
5.	Status kawin		
	- Kawin	71	74.7
	- Belum kawin	24	25.3
6.	Tingkat pendidikan		
	- Tingkat pendidikan tinggi	86	90.5
	- Tingkat pendidikan rendah	9	9.5

Data diambil 28 Maret-18 April 2011

Tabel 5.1 menunjukkan karakteristik perawat RSPI: masa kerja terbanyak berada pada kelompok masa kerja ≥ 16 tahun dan 6-10 tahun masing-masing sebesar 27.4% sedangkan masa kerja paling cepat berada pada kelompok 0-2 tahun sebesar 9.5%. Pada keikutsertaan *training* 50.5% perawat tidak pernah mengikuti *training* dan edukasi terkait pasien *safety*. Kompetensi perawat berada pada level *competence* sebanyak 62.1%. Kelompok umur perawat terbanyak berada pada kelompok umur ≤ 34 tahun yaitu 56.8%. Perawat berstatus sudah kawin 74.7%, sedangkan tingkat pendidikan perawat berada pada kelompok pendidikan tinggi sebesar 90.5%.

5.2.2 Sifat dasar pekerjaan

Tabel 5.2
Distribusi responden menurut sifat dasar pekerjaan
Di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
Tahun 2009-2010 (n=95)

No.	Sifat dasar pekerjaan	Jumlah	Persentase
1.	Kompleksitas pengobatan		
	- Tidak Kompleks	56	58.9
	- Kompleks	39	41.1
2.	Alur pekerjaan		
	- Patuh	46	48.4
	- Tidak Patuh	49	51.6
3.	Kehadiran dan ketidakhadiran staf		
	- Hadir	81	85.3
	- Tidak Hadir	14	14.7
4.	Peralatan		
	- Baik	82	86.3
	- Kurang Baik	13	13.7

Data diambil 28 Maret-18 April 2011

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa lebih dari separuh yaitu 58.9% kompleksitas pengobatan pasien berada pada kelompok pengobatan tidak kompleks. Pada alur pekerjaan menunjukkan tingkat kepatuhan perawat dalam menjalankan standar lebih banyak pada kelompok tidak patuh sebesar 51.6%. Gambaran kehadiran dan ketidakhadiran staf dalam bekerja lebih dominan pada perawat yang hadir bekerja sesuai jadwal yang ditetapkan yaitu 85.3% perawat. Peralatan yang digunakan dalam bekerja kondisi alat yang baik lebih dominan dibandingkan alat yang kurang baik yaitu 86.3%.

5.2.3 Faktor pasien

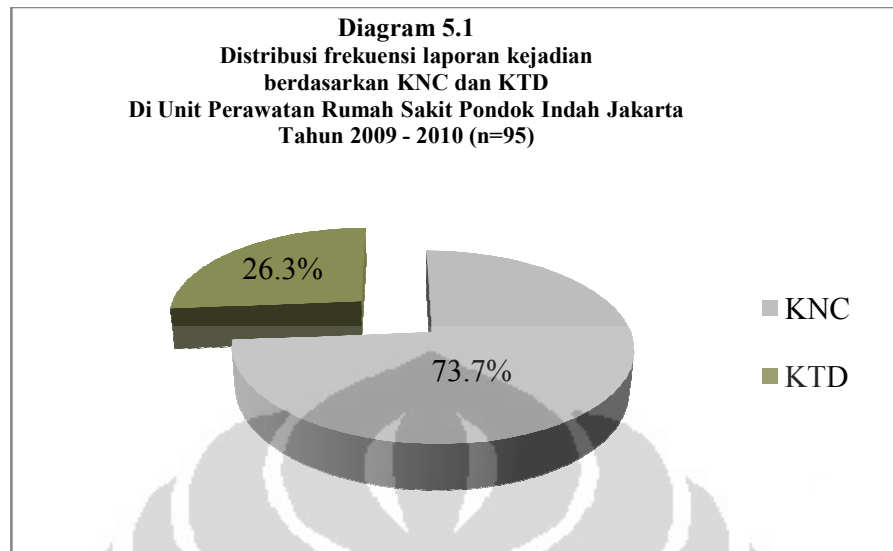
Tabel 5.3
Distribusi responden menurut faktor pasien
Di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
Tahun 2009-2010 (n= 95)

No.	Faktor pasien	Jumlah	Persentase
1.	Umur pasien		
	- 1-14 tahun	25	26.3
	- 15-44 tahun	33	34.7
	- 45-64 tahun	26	27.4
	- \geq 65 tahun	11	11.6
2.	Tingkat ketergantungan pasien		
	- Ketergantungan rendah	35	36.8
	- Ketergantungan sedang	40	42.1
	- Ketergantungan tinggi	20	21.1
3.	Lokasi pelayanan		
	- Rawat jalan	25	26.3
	- Rawat inap	70	73.7

Data diambil 28 Maret-18 April 2011

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa kelompok umur pasien terbanyak berada pada kelompok umur 15–44 tahun sebesar 34.7%. Gambaran tingkat ketergantungan pasien terbanyak berada pada kelompok ketergantungan sedang 42.1% dan lokasi pelayanan lebih dominan pada rawat inap sebesar 73.7%.

5.2.4 Kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan



Data diambil 28 Maret-18 April 2011

Diagram 5.1 menunjukkan gambaran hasil bahwa kejadian nyaris cedera lebih sering terjadi sebesar 73.7% sedangkan kejadian tidak diharapkan terjadi sebesar 26.3%. Bentuk KNC dan KTD adalah ketidaksesuaian identifikasi pasien seperti penulisan nomer *medical record* yang salah, nama pasien yang salah, penempelan stiker nama pasien tidak sama dengan penulisan manual, penulisan nomer kamar pasien yang salah, kesalahan dalam pemberian obat (salah pasien, dosis, jenis obat), sampel darah pasien tertukar, dan pasien jatuh.

Analisis bivariat dimaksudkan untuk melihat keeratan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Hubungan variabel independen (masa kerja, *training* dan edukasi, kompetensi, umur perawat, status kawin, tingkat pendidikan, kompleksitas pengobatan, alur pekerjaan, kehadiran dan ketidakhadiran staf, peralatan, umur pasien, tingkat ketergantungan pasien, dan lokasi pelayanan) dengan variabel dependen (KNC dan KTD). Data selanjutnya dilakukan uji menggunakan uji kai kuadrat, pada variabel independen dan variabel dependen dengan data kategorikal.

Tingkat kemaknaan hubungan antar variabel dilihat pada tingkat keyakinan 95% ($\alpha=0.05$) artinya apabila $P<0.05$ maka secara statistik hubungan tersebut bermakna atau perbedaan yang diberikan suatu variabel tidak disebabkan oleh faktor kebetulan. Uji kai kuadrat juga memperlihatkan seberapa besar kecenderungan perbedaan yang diberikan variabel independen terhadap variabel dependen dengan melihat nilai *odds ratio* (OR). Hasil penelitian sebagai berikut:

5.2.5 Hubungan karakteristik individu perawat dengan KNC dan KTD

Tabel 5.4
Distribusi responden menurut karakteristik individu perawat
Di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
Tahun 2009-2010 (n=95)

No.	Karakteristik individu perawat	KNC atau KTD				Total		X ²	P	OR (95% CI)
		KNC		KTD		n	%			
		n	%	n	%	n	%			
1.	Masa kerja							10.16	0.03*	9.5
	≥16 tahun	23	88.5	3	11.5	26	100			
	11 – 15 tahun	15	68.2	7	31.8	22	100			
	6 – 10 tahun	17	65.4	9	34.6	26	100			
	3 – 5 tahun	11	91.7	1	8.3	12	100			
	0 – 2 tahun	4	44.4	5	55.6	9	100			
2.	<i>Training</i> dan edukasi							0.27	0.59	
	Pernah mengikuti <i>training</i>	33	70.2	14	29.8	47	100			
	Tidak pernah mengikuti <i>training</i>	37	77.1	11	22.9	48	100			
3.	Kompetensi							4.05	0.13	
	<i>Competence</i>	46	78.0	13	22.0	59	100			
	<i>Advance beginner</i>	18	75.0	6	25.0	24	100			
	<i>Novice</i>	6	50.0	6	50.0	12	100			
4.	Status kawin							0.40	0.52	
	Kawin	54	76.1	17	23.9	71	100			
	Belum kawin	16	66.7	8	33.3	24	100			
5.	Umur perawat							4.07	0.04*	3.16 (1.13-8.87)
	> 34 tahun	35	85.4	6	14.6	41	100			
	≤ 34 tahun	35	64.8	19	35.2	54	100			
6.	Tingkat pendidikan							-	0.69	
	Pendidikan tinggi	64	74.4	22	25.6	86	100			
	Pendidikan rendah	6	66.7	3	33.3	9	100			

*Bermakna pada α 0.05

Data diambil 28 Maret-18 April 2011

Tabel 5.4 memberikan gambaran hubungan antara karakteristik individu perawat dengan KNC dan KTD di unit perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta, sebagai berikut:

a. Masa kerja dengan KNC dan KTD

Tabel 5.4 menunjukkan dari 95 laporan kejadian, proporsi responden dengan masa kerja ≥ 16 tahun menimbulkan KTD sebesar 11.5% dan menimbulkan KNC sebesar 88.5%. Proporsi responden pada masa kerja 11-15 tahun menimbulkan KTD sebesar 31.8% dan KNC sebesar 68.2%. Proporsi responden dengan masa kerja 6–10 tahun menimbulkan KTD sebesar 34.6% dan KNC 65.4%. Proporsi responden dengan masa kerja 3-5 tahun menimbulkan KTD sebesar 8.3% dan KNC sebesar 91.7%, sedangkan pada kelompok masa kerja 0–2 tahun menimbulkan KTD sebesar 55.6% dan KNC 44.4%. Dari data terlihat bahwa semakin baru perawat bekerja maka kecenderungan melakukan KTD semakin besar atau semakin lama perawat bekerja maka kecenderungan melakukan KTD semakin kecil.

Hasil uji statistik *chi-square* dengan *pearson chi-square* terbukti bahwa perbedaan proporsi tersebut bermakna atau ada hubungan antara masa kerja perawat dengan KNC dan KTD ($P=0.03$). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=9.5$, artinya semakin baru perawat bekerja maka peluang untuk menimbulkan kejadian tidak diharapkan 9.5 kali lebih besar dibandingkan dengan perawat yang sudah lama bekerja.

b. *Training* dan edukasi dengan KNC dan KTD

Tabel 5.4 menunjukkan dari 95 laporan kejadian, proporsi perawat yang pernah mengikuti *training* 70.2% menimbulkan KNC dan 29.8% menimbulkan KTD, sedangkan proporsi perawat yang tidak pernah mengikuti *training* 77.1% menimbulkan KNC dan 22.9% menimbulkan KTD. Dari data terlihat kecenderungan terjadinya KTD berada pada kelompok perawat yang sudah mengikuti *training* dibandingkan dengan perawat yang belum pernah mengikuti *training*, namun demikian dari hasil uji statistik *chi-square* dengan *continuity correction* terbukti

bahwa tidak ada hubungan antara *training* dan edukasi dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.59$).

c. Kompetensi dengan KNC dan KTD

Tabel 5.4 menunjukkan dari 95 laporan kejadian, proporsi perawat dengan tingkat kompetensi *competence* menimbulkan KNC 78% dan KTD 22%. Proporsi perawat pada tingkat *advance beginner* menimbulkan KNC sebesar 75% dan KTD 25%, sedangkan proporsi perawat pada tingkat *novice* menimbulkan KNC sebesar 50% dan KTD 50%. Dari data terlihat bahwa semakin rendah tingkat kompetensi perawat semakin beresiko menimbulkan KTD dibandingkan dengan perawat pada tingkat kompetensi yang lebih tinggi. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *pearson chi-square* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara kompetensi terhadap kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.13$).

d. Status kawin dengan KNC dan KTD

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 95 laporan kejadian. Proporsi perawat yang sudah kawin menimbulkan KNC sebesar 76.1% dan KTD 23.9%, sedangkan proporsi perawat yang belum kawin menimbulkan KNC sebesar 66.7% dan KTD 33.3%. Dari data terlihat bahwa perawat yang belum kawin memiliki kecenderungan lebih besar menimbulkan KTD dibandingkan dengan perawat yang sudah kawin. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *continuity correction* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara status kawin dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.52$).

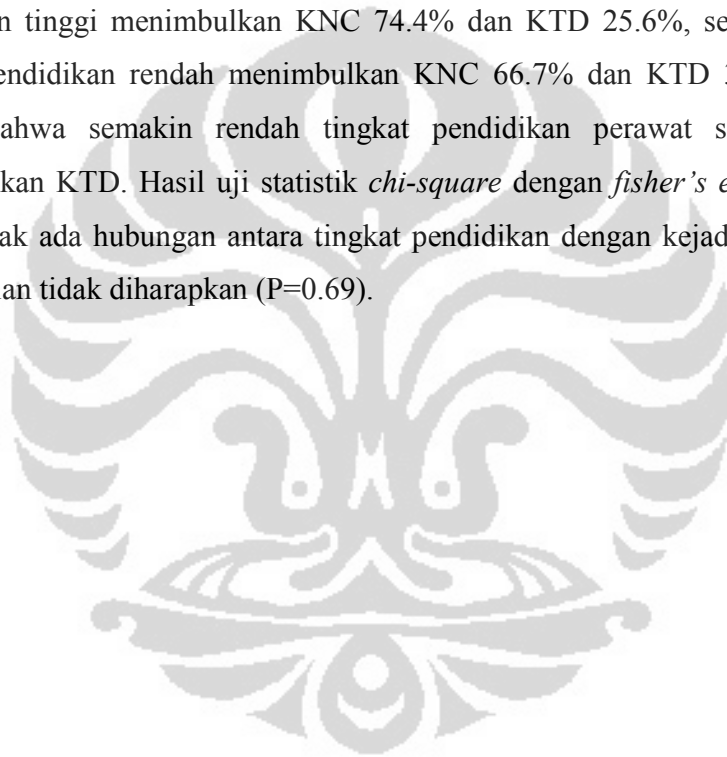
e. Umur perawat dengan KNC dan KTD

Tabel 5.4 menunjukkan dari 95 laporan kejadian, Perawat dengan kelompok umur > 34 tahun menimbulkan KNC 85.4% dan KTD 14.6%, sedangkan proporsi perawat pada kelompok umur ≤ 34 tahun menimbulkan KNC 64.8% dan KTD 35.2%. Dari data terlihat bahwa semakin umur perawat lebih muda maka semakin beresiko menimbulkan KTD dibandingkan dengan umur perawat yang lebih tua.

Hasil uji statistik *chi-square* dengan *continuity correction* terbukti bahwa ada hubungan antara umur perawat dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.04$). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=3.16$, artinya semakin muda umur perawat maka peluang untuk menimbulkan kejadian tidak diharapkan 3.16 kali lebih besar dibandingkan umur perawat yang lebih tua.

f. Tingkat pendidikan dengan KNC dan KTD

Tabel 5.4 menunjukkan dari 95 laporan kejadian, proporsi perawat dengan tingkat pendidikan tinggi menimbulkan KNC 74.4% dan KTD 25.6%, sedangkan perawat dengan pendidikan rendah menimbulkan KNC 66.7% dan KTD 33.3%. Dari data terlihat bahwa semakin rendah tingkat pendidikan perawat semakin beresiko menimbulkan KTD. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *fisher's exact test* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.69$).



5.2.6 Hubungan sifat dasar pekerjaan dengan KNC dan KTD

Tabel 5.5
Distribusi responden menurut sifat dasar pekerjaan
Di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
Tahun 2009-2010 (n=95)

No.	Sifat dasar pekerjaan	KNC atau KTD				Total		X ²	P	OR (95% CI)
		KNC		KTD		n	%			
		n	%	n	%					
1.	Kompleksitas pengobatan									
	Tidak kompleks	44	78.6	12	21.4	56	100	1.12	0.28	
	kompleks	26	66.7	13	33.3	39	100			
2.	Alur pekerjaan									
	Patuh	34	73.9	12	26.1	46	100	0.00	1.00	
	Tidak patuh	36	73.5	13	26.5	49	100			
3.	Kehadiran dan ketidakhadiran									
	Hadir	60	74.1	21	25.9	81	100	-	1.00	
	Tidak hadir	10	71.4	4	28.6	14	100			
4.	Peralatan									
	Baik	60	73.2	22	26.8	82	100	-	1.00	
	Kurang Baik	10	76.9	3	23.1	13	100			

Pada α 0.05

Data diambil 28 Maret-18 April 2011

Tabel 5.5 memberikan gambaran hubungan antara sifat dasar pekerjaan dengan KNC dan KTD di unit perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta, sebagai berikut:

a. Kompleksitas pengobatan dengan KNC dan KTD

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan dari 95 laporan kejadian, proporsi pasien dengan kompleksitas pengobatan yang tidak kompleks menimbulkan KNC 78.6% dan KTD 21.4%, sedangkan proporsi pasien dengan kompleksitas pengobatan yang kompleks menimbulkan KNC 66.7% dan KTD 33.3%. Dari data terlihat bahwa proporsi pasien dengan kompleksitas pengobatan yang kompleks menimbulkan KTD lebih besar dibandingkan proporsi pasien dengan kompleksitas pengobatan yang tidak kompleks. Semakin kompleks pengobatan pasien resiko menimbulkan KTD semakin besar. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *continuity correction* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara kompleksitas pengobatan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan (P=0.28).

b. Alur pekerjaan dengan KNC dan KTD

Tabel 5.5 menunjukkan dari 95 laporan kejadian, proporsi perawat yang bekerja sesuai alur pekerjaan atau patuh terhadap SOP menimbulkan KNC 73.9% dan KTD 26.1%, sedangkan proporsi perawat yang bekerja tidak sesuai alur pekerjaan atau tidak patuh terhadap SOP menimbulkan KNC 73.5% dan KTD 26.5%. Dari data terlihat bahwa semakin perawat tidak patuh menjalankan SOP atau semakin perawat bekerja tidak sesuai dengan alur pekerjaan yang ada maka semakin beresiko menimbulkan KTD. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *continuity correction* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara alur pekerjaan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=1.00$).

c. Kehadiran dan ketidakhadiran staf dengan KNC dan KTD

Tabel 5.5 menunjukkan dari 95 laporan kejadian, proporsi perawat yang hadir sesuai dengan jadwal dinas menimbulkan KNC 74.1% dan KTD 25.9%, Sedangkan proporsi perawat yang tidak hadir sesuai jadwal dinas menimbulkan KNC 71.4% dan KTD 28.6%. Dari data terlihat bahwa semakin perawat tidak hadir sesuai dengan jadwal dinas yang telah ditetapkan maka semakin besar resiko menimbulkan KTD. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *fisher's exact test* terbukti bahwa tidak ada hubungan kehadiran dan ketidakhadiran staf dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=1.00$).

d. Peralatan dengan KNC dan KTD

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan dari 95 laporan kejadian, proporsi peralatan yang baik menimbulkan KNC 73.2% dan KTD 26.8%, sedangkan proporsi peralatan yang tidak baik menimbulkan KNC 76.9% dan KTD 23.1%. Dari data terlihat bahwa peralatan dalam kondisi baik cenderung menimbulkan KTD dibandingkan dengan peralatan yang kurang baik. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *fisher's exact test* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara peralatan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=1.00$).

5.2.7 Hubungan faktor pasien dengan KNC dan KTD

Tabel 5.6
Distribusi responden menurut faktor pasien
Di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
Tahun 2009-2010 (n=95)

No.	Faktor pasien	KNC atau KTD				Total		X ²	P	OR (95% CI)
		KNC		KTD		n	%			
		n	%	n	%					
1.	Umur pasien									
	1- 14 tahun	16	64.0	9	36.0	25	100	9.30	0.02*	0.46
	15 – 44 tahun	29	87.9	4	12.1	33	100			
	45 – 64 tahun	20	76.9	6	23.1	26	100			
	≥ 65 tahun	5	45.5	6	54.5	11	100			
2.	Tingkat ketergantungan pasien									
	ketergantungan rendah	28	80	7	20	35	100	2.68	0.26	
	ketergantungan sedang	30	75	10	25	40	100			
	ketergantungan tinggi	12	60	8	40	20	100			
3.	Lokasi pelayanan									
	Rawat jalan	18	72.0	7	28.0	25	100	0.00	1.00	
	Rawat inap	52	74.3	18	25.7	70	100			

*Bermakna Pada α 0.05

Data diambil 28 Maret-18 April 2011

Tabel 5.6 memberikan gambaran hubungan antara sifat dasar pekerjaan dengan KNC dan KTD di unit perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta, sebagai berikut:

a. Umur pasien dengan KNC dan KTD

Tabel 5.6 menunjukkan dari 95 laporan kejadian, proporsi umur pasien pada kelompok 1-14 tahun menimbulkan KNC 64% dan KTD 36%. Pada kelompok umur pasien 15-44 tahun menimbulkan KNC 87.9% dan KTD 12.1%. Proporsi umur pasien 45-64 tahun menimbulkan KNC 76.9 dan KTD 23.1%, sedangkan pada kelompok umur \geq 65 tahun menimbulkan KNC 45.5% dan KTD 54.5%. Dari data dapat dilihat kecenderungan semakin umur bertambah atau umur semakin tua maka resiko menimbulkan KTD semakin besar.

Hasil uji statistik *chi-square* dengan *pearson chi-square* terbukti bahwa perbedaan proporsi tersebut bermakna atau ada hubungan antara umur pasien dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.02$). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=0.46$, artinya semakin tua umur pasien mempunyai peluang 0.46 kali menimbulkan kejadian tidak diharapkan.

b. Tingkat ketergantungan pasien dengan KNC dan KTD

Tabel 5.6 menunjukkan dari 95 laporan kejadian, proporsi pasien pada tingkat ketergantungan rendah menimbulkan KNC 80% dan KTD 20%. Pada kelompok pasien dengan ketergantungan sedang menimbulkan KNC sebesar 75% dan KTD 25%, sedangkan pada kelompok pasien dengan dengan ketergantungan tinggi menimbulkan KNC 60% dan KTD 40%. Dari data dapat dilihat bahwa semakin tinggi tingkat ketergantungan pasien maka kecenderungan menimbulkan KTD semakin besar. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *pearson chi-square* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara tingkat ketergantungan pasien dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.26$).

c. Lokasi pelayanan dengan KNC dan KTD

Tabel 5.6 menunjukkan dari 95 laporan kejadian, proporsi kejadian pada lokasi rawat jalan menimbulkan KNC 72% dan KTD 28%, sedangkan pada lokasi rawat inap menimbulkan KNC 74.3% dan KTD 25.7%. Dari data dapat dilihat bahwa lokasi rawat jalan menimbulkan resiko KTD lebih besar dibandingkan dengan rawat inap. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *continuity correction* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara lokasi pelayanan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=1.00$).

Analisis multivariat bertujuan untuk menemukan model regresi yang paling sesuai untuk menggambarkan keeratan hubungan dan mengestimasi antara variabel independen dengan variabel dependen, sehingga didapatkan faktor yang paling berhubungan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan.

5.2.8 Pemilihan variabel kandidat (seleksi bivariat)

Langkah awal dengan menentukan variabel yang menjadi kandidat model. Variabel yang dapat diikutsertakan dalam analisis model regresi, bila hasil analisis bivariat menghasilkan $P < 0.25$ maka variabel tersebut langsung masuk tahap multivariat. Variabel independen yang hasil bivariatnya menghasilkan $P > 0.25$ namun mempunyai kemaknaan secara substansi dapat dimasukkan dalam model multivariat. Hasil seleksi dapat dilihat pada tabel 5.7

Tabel 5.7
Hasil analisis regresi logistik variabel-variabel independen terhadap variabel dependen (n=95)

No.	Variabel	P
1.	Masa kerja	0.03*
2.	<i>Training</i> dan edukasi	0.44
3.	Kompetensi	0.16*
4.	Umur perawat	0.02*
5.	Status kawin	0.37
6.	Tingkat pendidikan	0.62
7.	Kompleksitas pengobatan pasien	0.19*
8.	Alur pekerjaan	0.96
9.	Kehadiran dan ketidakhadiran staf	0.83
10.	Peralatan	0.77
11.	Umur pasien	0.02*
12.	Tingkat ketergantungan pasien	0.27
13.	Lokasi pelayanan	0.82

*bermakna pada $P < 0.25$

Hasil analisis bivariat didapatkan variabel yang menghasilkan $P < 0.25$ adalah variabel masa kerja perawat ($P=0.03$), kompetensi ($P=0.16$), umur perawat ($P=0.02$), kompleksitas pengobatan ($P=0.19$) dan umur pasien ($P=0.02$) sehingga variabel ini dapat langsung masuk tahap multivariat. Variabel *training* dan edukasi, status kawin, tingkat pendidikan, alur pekerjaan, kehadiran dan ketidakhadiran staf, peralatan,

tingkat ketergantungan pasien, dan lokasi pelayanan dari hasil analisis bivariat menghasilkan $P > 0.25$ namun secara substansi penting sehingga seluruh variabel dimasukkan dalam model multivariat.

5.2.9 Pemodelan multivariat

Selanjutnya variabel kandidat multivariat dilakukan analisis dengan menggunakan uji regresi logistik. Hasil uji ini dilihat P nya. Variabel yang mempunyai $P < 0.05$ dipertahankan dalam model sedangkan variabel dengan $P > 0.05$ dikeluarkan dari pemodelan dengan cara mengurutkan variabel yang memiliki P paling besar.

Pada penelitian ini variabel yang dikeluarkan terlebih dahulu adalah variabel tingkat ketergantungan pasien ($P=0.987$), setelah variabel ini dikeluarkan mempengaruhi nilai $OR > 10\%$ pada beberapa variabel, sehingga variabel tingkat ketergantungan pasien dikembalikan lagi dalam pemodelan. Variabel selanjutnya yang dikeluarkan dari pemodelan adalah kompetensi perawat ($P=0.980$), setelah variabel ini dikeluarkan didapatkan hasil mempengaruhi nilai $OR > 10\%$ pada beberapa variabel sehingga kompetensi perawat dimasukkan kembali dalam pemodelan.

Tahap selanjutnya variabel alur kerja dikeluarkan dari pemodelan ($P=0.869$), setelah variabel ini dikeluarkan kembali mempengaruhi nilai $OR > 10\%$ pada beberapa variabel sehingga alur kerja dimasukkan kembali dalam pemodelan. Tahap selanjutnya variabel masa kerja perawat dikeluarkan dari pemodelan ($P=0.868$), setelah dikeluarkan mempengaruhi kembali nilai $OR > 10\%$ pada beberapa variabel sehingga masa kerja perawat dimasukkan kembali dalam pemodelan. Variabel berikutnya yang dikeluarkan dari pemodelan adalah variabel *training* ($P=0.86$), setelah variabel *training* dikeluarkan mempengaruhi kembali nilai $OR > 10\%$ pada beberapa variabel sehingga *training* dimasukkan kembali dalam pemodelan.

Tahap selanjutnya adalah pengeluaran variabel lokasi pelayanan ($P=0.648$), setelah variabel lokasi pelayanan dikeluarkan dari pemodelan mempengaruhi kembali nilai $OR>10\%$ pada beberapa variabel sehingga lokasi pelayanan dimasukkan kembali dalam pemodelan. Variabel berikutnya yang dikeluarkan adalah status kawin ($P=0.633$), setelah variabel status kawin dikeluarkan dari pemodelan mempengaruhi kembali nilai $OR>10\%$ pada beberapa variabel sehingga status kawin dimasukkan kembali dalam pemodelan. Tahap selanjutnya variabel kehadiran dan ketidakhadiran staf dikeluarkan dari pemodelan ($P=0.592$), setelah variabel kehadiran dan ketidakhadiran staf dikeluarkan dari pemodelan mempengaruhi kembali nilai $OR>10\%$ pada beberapa variabel sehingga kehadiran dan ketidakhadiran staf dimasukkan kembali dalam pemodelan.

Tahap selanjutnya variabel peralatan dikeluarkan dari pemodelan ($P=0.559$), setelah variabel peralatan dikeluarkan dari pemodelan mempengaruhi kembali nilai $OR>10\%$ pada beberapa variabel sehingga peralatan dimasukkan kembali dalam pemodelan. Variabel berikutnya yang dikeluarkan adalah umur pasien ($P=0.556$), setelah variabel umur pasien dikeluarkan dari pemodelan mempengaruhi kembali nilai $OR>10\%$ pada beberapa variabel sehingga umur pasien dimasukkan kembali dalam pemodelan. Variabel berikutnya yang dikeluarkan dari pemodelan adalah kompleksitas pengobatan ($P=0.353$), setelah variabel kompleksitas pengobatan dikeluarkan dari pemodelan mempengaruhi kembali nilai $OR>10\%$ pada beberapa variabel sehingga kompleksitas pengobatan dimasukkan kembali dalam pemodelan.

Variabel selanjutnya yang dikeluarkan dari pemodelan adalah umur perawat ($P=0.334$), setelah variabel umur perawat dikeluarkan dari pemodelan mempengaruhi kembali nilai $OR>10\%$ pada beberapa variabel sehingga umur perawat dimasukkan kembali dalam pemodelan. Variabel terakhir yang dikeluarkan dari pemodelan adalah tingkat pendidikan ($P=0.091$), setelah variabel tingkat pendidikan dikeluarkan dari pemodelan mempengaruhi kembali nilai $OR>10\%$ pada beberapa variabel sehingga tingkat pendidikan dimasukkan kembali dalam pemodelan.

Tahap pemodelan multivariat telah selesai, dengan seluruh variabel dimasukan kembali dalam pemodelan karena mempengaruhi $OR > 10\%$, akhirnya model yang dihasilkan adalah:

Tabel 5.8
Pemodelan multivariat
Variabel independen terhadap variabel dependen (n=95)

No	Variabel	SE	P-Wald	P	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
						Lower	Upper
1.	Tk.ketergantungan	-	1.22	0.54	-	-	-
2.	Tk.ketergantungan(1)	0.94	0.00	0.98	1.01	0.15	6.50
3.	Tk.ketergantungan(2)	1.00	0.71	0.39	2.33	0.32	16.73
4.	<i>Training</i>	0.62	0.02	0.86	1.12	0.32	3.77
5.	Status kawin	0.77	0.22	0.63	1.43	0.32	6.30
6.	Alur pekerjaan	0.66	0.27	0.86	1.11	0.30	4.11
7.	Lokasi pelayanan	0.91	0.20	0.64	0.65	0.11	3.94
8.	Kompetensi	-	0.07	0.96	-	-	-
9.	Kompetensi(1)	1.09	0.00	0.98	0.97	0.11	8.32
10.	Kompetensi(2)	2.22	0.05	0.81	1.70	0.02	133.8
11.	Masa Kerja prwt	-	4.95	0.29	-	-	-
12.	Masa Kerja prwt(1)	1.30	2.54	0.11	7.99	0.62	102.6
13.	Masa Kerja prwt(2)	1.62	0.92	0.33	4.76	0.19	114.7
14.	Masa Kerja prwt(3)	2.18	0.02	0.86	0.69	0.01	50.26
15.	Masa Kerja prwt(4)	2.67	0.59	0.43	7.90	0.04	1484.17
16.	Kehadiran	0.90	0.28	0.59	1.62	0.27	9.55
17.	Peralatan	0.97	0.34	0.55	1.76	0.26	11.8
18.	Umur pasien	-	3.61	0.30	-	-	-
19.	Umur pasien(1)	0.84	1.81	0.17	0.32	0.06	1.67
20.	Umur pasien(2)	0.84	0.34	0.55	0.60	0.11	3.18
21.	Umur pasien(3)	0.97	0.56	0.45	2.08	0.30	14.09
22.	Umur perawat	0.95	0.93	0.33	2.51	0.38	16.45
23.	Tingkat pendidikan	1.39	2.86	0.09	10.50	0.69	160.12

5.2.10 Uji interaksi

Uji interaksi dilakukan pada variabel yang diduga secara substansi ada interaksi, bila hasil *omnibus test* memperlihatkan $P > 0.05$ maka hasil uji disimpulkan tidak ada interaksi antar variabel. Pada penelitian ini diduga ada interaksi antara masa kerja perawat dengan umur perawat, tingkat ketergantungan pasien dengan umur pasien, dan kompleksitas pengobatan dengan alur pekerjaan. Setelah dilakukan uji interaksi pada hasil *omnibus test* memperlihatkan tidak ada interaksi antara masa kerja perawat dengan umur perawat ($P=0.56$), tidak ada interaksi antara tingkat ketergantungan pasien dengan umur pasien ($P=0.25$), dan tidak ada interaksi antara kompleksitas pengobatan dengan alur pekerjaan ($P=0.15$). Pemodelan multivariat telah selesai dengan mendapatkan model yang valid.

5.2.11 Pemodelan akhir

Hasil uji regresi logistik setelah seluruh tahap analisis multivariat dilakukan maka didapatkan pemodelan akhir pada tabel 5.9

Tabel 5.9
Uji regresi logistik Tahap akhir (n=95)

No	Variabel	SE	P-Wald	P	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
						Lower	Upper
1.	Tk.ketergantungan	-	1.22	0.54	-	-	-
2.	Tk.ketergantungan(1)	0.94	0.00	0.98	1.01	0.15	6.50
3.	Tk.ketergantungan(2)	1.00	0.71	0.39	2.33	0.32	16.73
4.	<i>Training</i>	0.62	0.02	0.86	1.12	0.32	3.77
5.	Status kawin	0.77	0.22	0.63	1.43	0.32	6.30
6.	Alur pekerjaan	0.66	0.27	0.86	1.11	0.30	4.11
7.	Lokasi pelayanan	0.91	0.20	0.64	0.65	0.11	3.94
8.	Kompetensi	-	0.07	0.96	-	-	-
9.	Kompetensi(1)	1.09	0.00	0.98	0.97	0.11	8.32
10.	Kompetensi(2)	2.22	0.05	0.81	1.70	0.02	133.8
11.	Masa Kerja prwt	-	4.95	0.29	-	-	-
12.	Masa Kerja prwt(1)	1.30	2.54	0.11	7.99	0.62	102.6

No	Variabel	SE	P-Wald	P	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
						Lower	Upper
13.	Masa Kerja prwt(2)	1.62	0.92	0.33	4.76	0.19	114.7
14.	Masa Kerja prwt(3)	2.18	0.02	0.86	0.69	0.01	50.26
15.	Masa Kerja prwt(4)	2.67	0.59	0.43	7.90	0.04	1484.17
16.	Kehadiran	0.90	0.28	0.59	1.62	0.27	9.55
17.	Peralatan	0.97	0.34	0.55	1.76	0.26	11.8
18.	Umur pasien	-	3.61	0.30	-	-	-
19.	Umur pasien(1)	0.84	1.81	0.17	0.32	0.06	1.67
20.	Umur pasien(2)	0.84	0.34	0.55	0.60	0.11	3.18
21.	Umur pasien(3)	0.97	0.56	0.45	2.08	0.30	14.09
22.	Umur perawat	0.95	0.93	0.33	2.51	0.38	16.45
23.	Tingkat pendidikan	1.39	2.86	0.09	10.50	0.69	160.12

Tabel 5.9 memberikan gambaran bahwa tidak ada variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap KNC dan KTD. Variabel yang sudah dilakukan uji tidak menunjukkan signifikansi secara statistik pada nilai P nya, sehingga nilai OR untuk menentukan variabel yang paling berhubungan terhadap KNC dan KTD menjadi tidak bermakna. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada variabel atau faktor yang paling berhubungan terhadap KNC dan KTD.

BAB 6 PEMBAHASAN

Bab 6 menguraikan pembahasan hasil penelitian mengenai Analisis Determinan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta. Pembahasan meliputi interpretasi dan diskusi hasil (mengintegrasikan hasil penelitian dengan konsep terkait dan hasil penelitian terdahulu yang berhubungan dengan variabel yang diteliti), keterbatasan penelitian, dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan, dan penelitian selanjutnya.

6.1 Keterbatasan penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan pada sampel penelitian. Pengambilan sampel didasarkan pada total populasi (laporan kejadian) tahun 2009-2010 yang dikelola oleh Departemen Keperawatan. Dari 166 lembar dokumen laporan kejadian setelah dianalisis hanya 95 dokumen yang dapat dianalisis lebih lanjut melalui program komputer. Tujuh puluh satu dokumen tidak diikutsertakan karena kejadian yang terdokumentasi tidak berhubungan langsung dengan perawat tetapi berhubungan dengan departemen lain diluar keperawatan (seperti kesalahan *input billing* yang dilakukan bagian administrasi kasir), terseleksi kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditetapkan peneliti. Namun jika dibandingkan dengan besar sampel minimal yang ditetapkan, estimasi proporsi sampel dalam penelitian ini telah memenuhi syarat.

6.2 Pembahasan hasil penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan KNC dan KTD di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta. Pembahasan penelitian ini difokuskan pada karakteristik individu perawat yang meliputi: masa kerja, *training* dan edukasi, kompetensi, umur, status kawin, tingkat pendidikan. Sifat dasar pekerjaan meliputi: kompleksitas pengobatan, alur pekerjaan,

kehadiran dan ketidakhadiran staf, peralatan. Faktor pasien meliputi: umur, tingkat ketergantungan, lokasi pelayanan serta hubungannya dengan KNC dan KTD.

6.2.1 Karakteristik individu perawat

6.2.1.1 Masa kerja

Hasil analisis univariat menggambarkan masa kerja perawat terbanyak berada pada kelompok masa kerja ≥ 16 tahun dan 6-10 tahun masing-masing sebesar 27.4% sedangkan masa kerja paling cepat berada pada kelompok 0-2 tahun sebesar 9.5%. Hasil analisis bivariat menggambarkan proporsi perawat dengan masa kerja ≥ 16 tahun menimbulkan KTD sebesar 11.5% dan menimbulkan KNC sebesar 88.5%. Proporsi perawat dengan masa kerja 11-15 tahun menimbulkan KTD sebesar 31.8% dan KNC sebesar 68.2%. Proporsi responden pada masa kerja 6-10 tahun menimbulkan KTD sebesar 34.6% dan KNC 65.4%. Proporsi responden dengan masa kerja 3-5 tahun menimbulkan KTD sebesar 8.3% dan KNC sebesar 91.7%, sedangkan pada kelompok masa kerja 0-2 tahun menimbulkan KTD sebesar 55.6% dan KNC 44.4%. Dari data terlihat bahwa semakin baru perawat bekerja maka kecenderungan melakukan KTD semakin besar atau semakin lama perawat bekerja maka kecenderungan melakukan KTD semakin kecil.

Hasil uji statistik *chi-square* dengan *pearson chi-square* terbukti bahwa perbedaan proporsi tersebut bermakna atau ada hubungan antara masa kerja perawat dengan KNC dan KTD ($P=0.03$). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=9.5$, artinya semakin baru perawat bekerja maka peluang untuk menimbulkan kejadian tidak diharapkan 9.5 kali lebih besar dibandingkan dengan perawat yang sudah lama bekerja.

Masa kerja berkaitan dengan lama seseorang bekerja menjalankan pekerjaan tertentu. Seseorang yang bekerja lebih lama dianggap lebih berpengalaman atau lebih senior dibandingkan dengan seseorang yang belum lama bekerja. Masa kerja memberikan seseorang kemampuan baik pengetahuan, keterampilan dan tingkah laku yang

menunjangnya dalam bekerja. Perawat dengan masa kerja yang lebih lama memiliki pengalaman yang lebih lama pula dalam menangani pasien dan masalah yang berhubungan dengan asuhan keperawatan. Perawat dengan pengalaman yang lebih lama lebih memahami pola kerja, mengetahui lingkungan kerja dengan baik, memiliki keterampilan yang memadai, lebih sensitif dalam mengidentifikasi resiko, menganalisis resiko dan mengontrol resiko sehingga lebih cepat dalam mengantisipasi KNC dan KTD. Perawat dengan masa kerja yang baru beresiko menimbulkan KTD lebih besar hal ini dapat disebabkan karena kurangnya pengalaman, pengetahuan dan keterampilan sehingga mengalami kesulitan dalam mengidentifikasi resiko, menganalisis resiko, mengontrol resiko dan dalam pengambilan keputusan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Anugrahini (2010) yang menyatakan 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 masa kerja yang lebih rendah dari 11.71 tahun. Hal ini juga sesuai dengan pendapat Marpaung (2005) yang mengatakan masa kerja perawat pelaksana berhubungan dengan kepemimpinan efektif pada komunikasi dan pengambilan tindakan, terdapat hubungan yang bermakna tentang masa kerja perawat pelaksana dengan budaya kerja. Menciptakan budaya keselamatan kerja merupakan bagian dari pasien *safety*. Pendapat lain disampaikan oleh Robbins (2003) yang menyatakan produktivitas seseorang tidak hanya tergantung pada keterampilan fisik saja tetapi juga dipengaruhi oleh pengalaman dan lama kerja.

Masa kerja berkaitan dengan pengalaman kerja seseorang. Pengalaman sangat dibutuhkan dalam pendekatan dengan pasien dan menghindari resiko cedera. Ada korelasi positif antara masa kerja dengan motivasi kerja perawat (Robbins & Judge, 2008) dimana motivasi menjadi salah satu faktor yang berhubungan terhadap KNC dan KTD. Pengalaman melibatkan kebijaksanaan dan kepekaan moral yang

berkembang (Bishop & Scudder, 2001). Perawat dengan masa kerja yang lebih lama diharapkan memiliki kepekaan yang berdampak pada sikap terhadap pasien. Dengan kepekaan tinggi perawat tidak lagi mengandalkan rutinitas pekerjaan karena sudah terbiasa melakukan tindakan, tetapi memperhatikan standar yang berlaku sebagai satu syarat mutu penyediaan layanan yang aman bagi pasien.

Hasil penelitian ini kurang sesuai dengan pernyataan Robbins (2003) bahwa senioritas bukanlah merupakan peramal yang baik untuk produktifitas kerja, dengan pernyataan lain tidak ada jaminan bahwa seseorang yang sudah bekerja lama akan bekerja lebih produktif dibandingkan dengan orang yang baru bekerja dengan senioritas rendah. Hasil penelitian Choudry pada jurnal *Annal Internal Medicine* (dalam Cahyono, 2008) menyatakan bahwa senioritas dan pengalaman berpraktik tidak berkorelasi positif dengan penampilan klinis.

6.2.1.2 *Training* dan edukasi

Hasil analisis univariat menggambarkan *training* dan edukasi perawat dalam penelitian ini sebesar 50.5% perawat tidak pernah mengikuti *training* dan edukasi terkait pasien *safety*. Hasil analisis bivariat menggambarkan proporsi perawat yang pernah mengikuti *training* 70.2% menimbulkan KNC dan 29.8% menimbulkan KTD, sedangkan proporsi perawat yang tidak pernah mengikuti *training* 77.1% menimbulkan KNC dan 22.9% menimbulkan KTD. Dari data terlihat kecenderungan terjadinya KTD berada pada kelompok perawat yang sudah mengikuti *training* dibandingkan dengan perawat yang belum pernah mengikuti *training*, namun demikian dari hasil uji statistik *chi-square* dengan *continuity correction* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara *training* dan edukasi dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.59$).

Pelatihan merupakan proses sistemik perubahan perilaku para pegawai dalam suatu arah guna meningkatkan tujuan-tujuan organisasi (Sulistiyani & Rosidah, 2003). Pelatihan terkait keselamatan pasien sangat berpengaruh terhadap kesalahan individu,

karena pelatihan meningkatkan kemampuan seseorang untuk memahami kondisi seperti apa yang harus diciptakan untuk keselamatan pasien (Gregory, et al. 2007). Pelatihan digunakan untuk menyiapkan karyawan baru menghadapi tantangan dalam pekerjaannya (Baron & Greenberg, 2000). Pelatihan terkait keselamatan pasien sangat berpengaruh terhadap keselamatan individu, karena pelatihan meningkatkan kemampuan seseorang untuk memahami kondisi seperti apa yang harus diciptakan untuk keselamatan pasien (Gregory, et.al, 2007). Pelatihan juga ditujukan untuk melakukan proses mengajarkan baik karyawan baru atau karyawan lama tentang keterampilan dasar yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan mereka sebagai individu maupun sebagai anggota tim untuk mencapai sasaran yang ditetapkan dalam organisasi dengan sebaik-baiknya (Soeroso, 2003).

Hasil penelitian ini didapatkan perawat yang sudah mengikuti *training* terkait pasien *safety* masih cenderung menimbulkan KTD. Hal ini menurut pengalaman penulis selama bekerja di RSPI dapat ditimbulkan sebagai dampak tidak efektifnya *training* dan edukasi yang diperoleh perawat. *Training* yang diselenggarakan banyak dilakukan setelah jam dinas berakhir (umumnya setelah dinas pagi), baik yang diselenggarakan oleh bagian *nursing education* maupun oleh unit masing-masing. Hal ini membuat perawat yang mengikuti *training* berada pada kondisi yang sudah lelah sehingga sulit mengikuti *training* dengan efektif. Kelelahan yang dialami dapat mempengaruhi kemampuan perawat sehingga tidak dapat menerapkan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya secara optimal. Kualitas *training* dan edukasi pada staff dapat mempengaruhi secara langsung tampilan kerja atau kemampuan kerja staf dan berespon secara benar jika menghadapi kesulitan atau pada kondisi kedaruratan. Hal ini ditunjang oleh Dineen (2002) yang menyatakan *training* yang efektif adalah salah satu metode untuk meningkatkan keamanan pasien, yang juga dipengaruhi dari isi *training*, cara penyampaian, kemampuan menilai, *monitoring* sehingga perawat memperoleh hal baru.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan pendapat Nilasari (2010) yang menyatakan pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pengetahuan dan keterampilan perawat menggambarkan peningkatan yang bermakna sesudah pelatihan adalah pengetahuan pengidentifikasian pasien, komunikasi saat operan, pemberian obat secara benar, penandaan sisi tubuh yang benar, pencegahan salah sambung kateter atau salah slang, pencegahan resiko jatuh, kebersihan tangan ($P=0.000$). Hasil ini juga ditunjang oleh penelitian yang dilakukan Yulia (2010) yang menyatakan bahwa ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien setelah mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan $P=0.000$.

Pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang (Notoadmodjo, 2003). Kualitas *training* dan edukasi yang diberikan pada perawat harus lebih diperhatikan agar dapat mempengaruhi secara langsung tampilan kerja dalam menciptakan kondisi agar pasien terhindar dari cedera. Cahyono (2008) menyatakan bahwa pelatihan merupakan proses sistematis dan terorganisir untuk mempengaruhi produktivitas, kinerja dan pekerjaan staf secara efektif serta penguasaan suatu hal yang khusus yang menjadi kewajiban dari pekerjaan yang dimiliki oleh staf. Dampak kognitif yang diperoleh seseorang melalui pelatihan adalah berupa proses pengambilan keputusan yang semakin baik sehingga seseorang dapat terhindar untuk melakukan kesalahan.

6.2.1.3 Kompetensi

Hasil analisis univariat menggambarkan kompetensi responden dalam penelitian ini 62.1% perawat berada pada *level competence*. 25.3% berada pada *level advance beginner* dan 12.6% berada pada *level novice*. Hasil analisis bivariat proporsi perawat dengan tingkat kompetensi *competence* menimbulkan KNC 78% dan KTD 22%. Proporsi perawat pada tingkat *advance beginner* menimbulkan KNC sebesar 75% dan KTD 25%, sedangkan proporsi perawat pada tingkat *novice* menimbulkan KNC

sebesar 50% dan KTD 50%. Dari data terlihat bahwa semakin rendah tingkat kompetensi perawat semakin beresiko menimbulkan KTD dibandingkan dengan perawat pada tingkat kompetensi yang lebih tinggi. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *pearson chi-square* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara kompetensi terhadap kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.13$).

Kompetensi merupakan kemampuan dan karakteristik yang dimiliki oleh seseorang berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya, sehingga dapat melaksanakan tugasnya secara profesional, efektif, dan efisien serta sesuai dengan standar kinerja yang disyaratkan (DepKes, 2006). Penulis berpendapat dengan meningkatnya *level* kompetensi menunjukkan kemampuan klinis yang lebih baik dibanding dengan *level* dibawahnya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Clarke & Donalson (2008) dalam Mengis & Nicolini (2010) yang menyatakan semakin tinggi level perawat di rumah sakit semakin aman pelayanan yang diberikan pada pasien.

Pada penelitian ini angka terbanyak menimbulkan kejadian tidak diharapkan berada pada kelompok dengan *level novice*. Hasil ini sesuai dengan pernyataan Henriksen, et.al. (2008) bahwa kompetensi yang dimiliki oleh perawat seharusnya menunjang penampilan klinik, hal ini membuat perawat memberikan asuhan lebih optimal. Perawat pada *level novice* (perawat pemula) adalah lulusan perawat baru yang belum mempunyai pengalaman menghadapi situasi dimana mereka diharapkan bekerja, sehingga KTD sangat mudah terjadi. Perawat pada level ini masih bekerja menurut peraturan-peraturan dimana mereka pernah diajarkan dalam konteks yang berbeda dengan kenyataan, aktivitas intelektual dilakukan sebelum bekerja dengan mengingat kembali tentang peraturan dan penerapannya, perilaku yang sesuai dengan peraturan tersebut tidak memungkinkan mereka bersikap fleksibel (Benner, 1984).

Perawat pada *level competence* paling sedikit melakukan kejadian tidak diharapkan karena perawat pada level ini sudah mampu membuat keputusan–keputusan, informasi lebih baik dan mampu mengembangkan strategi pemecahan masalah yang berdasarkan fakta, pemikiran abstrak dan analisa, sehingga KTD lebih mudah dihindari.

SDM merupakan salah satu pilar dalam organisasi, SDM sebagai salah satu faktor produksi harus benar-benar merupakan unsur utama yang menciptakan dan merealisasikan keselamatan pasien, hal ini ditampilkan dalam kompetensi yang dimiliki (Cahyono, 2008). Kompetensi menghasilkan kinerja profesional. Perawat profesional diharapkan mampu berpikir rasional, mengakomodasi kondisi lingkungan, mengenal diri sendiri, belajar dari pengalaman dan mempunyai aktualisasi diri (DepKes, 2006). Kompetensi perawat harus mampu dikelola dengan baik, peningkatan *level* kompetensi diharapkan lebih cepat terjadi. Perawat diarahkan dan dipaparkan dengan sesuatu yang *evidence base practice* sehingga pelayanan yang diberikan tidak hanya mengandalkan pengalaman lapangan yang terkadang sudah tertinggal jauh tetapi tetap mengacu pada standar praktik. Kesalahan atau *error* terjadi dapat disebabkan *skill-based*, *rule-based level* atau *knowledge-based level*. Ketiga hal ini ada dalam kompetensi perawat.

Skill-based atau tindakan manusia yang didasari atas keterampilan secara konseptual mengandung arti bahwa suatu tindakan terjadi karena adanya pola-pola yang tersimpan dalam memori, berupa instruksi yang belum terprogram. Sifat tindakan *skill-based* ini tanpa disadari, bersifat otomatis, tanpa menggunakan pemikiran, dan dilakukan dalam situasi rutin serta hasil yang terjadi dapat diharapkan (Leape, 1994 dalam Cahyono, 2008). *Rule-based level* suatu tindakan manusia yang didasari atas aturan-aturan yang tersimpan dalam memori. Persoalan yang harus diatasi pada situasi ini bersifat pemecahan masalah yang sudah rutin dan sudah dikenal berdasarkan aturan dan prosedur-prosedur rutin. *Knowledge-based level* yakni keputusan tindakan yang dilakukan membutuhkan suatu perencanaan dan proses

analisis secara sadar (berpikir). Pada kondisi ini, situasi yang dihadapi adalah hal baru atau sulit sehingga seseorang dalam situasi ini perlu berpikir sebelum mengambil tindakan (Leape, 1994 dalam Cahyono, 2008).

6.2.1.4 Umur perawat

Hasil analisis univariat menggambarkan Kelompok umur perawat terbanyak berada pada kelompok umur ≤ 34 tahun yaitu 56.8%. Hasil analisis bivariat perawat dengan kelompok umur > 34 tahun menimbulkan KNC 85.4% dan KTD 14.6%, sedangkan proporsi perawat pada kelompok umur ≤ 34 tahun menimbulkan KNC 64.8% dan KTD 35.2%. Dari data terlihat bahwa semakin muda umur perawat maka semakin beresiko menimbulkan KTD dibandingkan dengan umur perawat yang lebih tua. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *continuity correction* terbukti bahwa ada hubungan antara umur perawat dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.04$). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=3.16$, artinya semakin muda umur perawat maka peluang untuk menimbulkan kejadian tidak diharapkan 3.16 kali lebih besar dibandingkan umur perawat yang lebih tua.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Anugrahini (2010) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman pasien *safety*. Rata-rata usia perawat yang patuh dalam menerapkan pedoman pasien *safety* 40.38 tahun dan perawat yang kurang patuh mempunyai rata-rata usia 34.42 tahun.

Hasil penelitian ini ditunjang oleh pendapat Robbins (2003) yang menyatakan bahwa usia dapat mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang. Staf dengan usia muda umumnya memiliki keunggulan dalam fisik yang lebih kuat, dinamis dan kreatif namun memiliki kekurangan karena cepat bosan, kurang tanggung jawab, *turn over* tinggi. Staf dengan usia lebih tua kondisi fisiknya kurang tetapi bekerja lebih ulet, tanggung jawab besar, serta *turn over* rendah.

Penelitian ini menunjukkan semakin meningkatnya usia perawat maka kesalahan yang ditemukan semakin menurun angka kejadiannya atau semakin muda umur perawat KTD yang ditimbulkan semakin besar. Hal ini sesuai dengan pendapat Craven & Hirnle (2003); Kozier, Erb, Berman & Snyder (2004); Potter & Perry (2005) yang menyatakan bahwa seseorang akan belajar untuk menjaga diri terhadap kemungkinan bahaya saat melakukan tindakan atau proses pekerjaan melalui proses belajar dan pengalaman yang didapat dalam lingkungan. Kemampuan untuk mengenali dan mencegah bahaya didapatkan seiring dengan penambahan usia dan tingkat perkembangannya. Suhartati (2002) berpendapat bahwa terdapat kecenderungan semakin tua usia perawat semakin etik dalam memberikan asuhan keperawatan. Hal ini juga ditunjang oleh pendapat Siagian (1995) yang menyatakan bahwa semakin meningkat usia akan meningkat pula kematangan teknis dan psikologisnya, semakin mampu membuat keputusan, semakin bijaksana dan berfikir secara rasional, sehingga kinerja semakin baik.

Perawat dengan kelompok usia ≤ 34 tahun merupakan kelompok usia dewasa muda. Pada tahap ini perkembangan kedewasaan berfikir sedang berkembang. Keputusan yang dibuat terhadap suatu hal atau masalah terkadang terlalu cepat tanpa memikirkan dampak yang mungkin terjadi dikemudian hari. Menurut pendapat Armstrong & Giffin (1987) dalam Ilyas (1999) bahwa umur petugas tidak mempengaruhi jumlah konsultasi dan jumlah kunjungan rawat yang dilakukan pada klien. Usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan maturitas perawat, semakin bertambah usia akan menunjukkan kemampuan membuat keputusan yang baik, bijaksana, dapat mengendalikan emosi, taat prosedur, dan memiliki komitmen yang tinggi terhadap pekerjaan hal ini dapat berdampak pada menurunnya angka KTD.

6.2.1.5 Status kawin

Hasil analisis univariat menggambarkan status kawin 74.7% responden sudah kawin. Hasil analisis bivariat Proporsi perawat yang sudah kawin menimbulkan KNC sebesar 76.1% dan KTD 23.9%, sedangkan proporsi perawat yang belum kawin

menimbulkan KNC sebesar 66.7% dan KTD 33.3%. Dari data terlihat bahwa perawat yang belum kawin memiliki kecenderungan lebih besar menimbulkan KTD dibandingkan dengan perawat yang sudah kawin. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *continuity correction* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara status kawin dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.52$).

Pada penelitian ini didapatkan karyawan dengan status belum kawin menimbulkan kejadian tidak diharapkan lebih besar dibandingkan dengan perawat dengan status kawin. Pendapat yang disampaikan oleh Siagian (2006) mengatakan bahwa status perkawinan berpengaruh terhadap perilaku karyawan dalam kehidupan organisasinya baik secara positif maupun negatif. Berdasarkan pengalaman peneliti perawat yang belum kawin secara positif dapat memberikan waktu lebih banyak dalam pelayanan, mudah diikuti atau dilibatkan dalam program keperawatan, lebih aktif dan energik namun sisi negatif mereka cepat bosan, kurang bertanggung jawab, kurang teliti dan mudah mengeluh. Sisi negatif jika tidak diantisipasi dengan baik dapat berpeluang menimbulkan kesalahan.

Hal ini sesuai dengan pendapat Robbins (2003) yang mengatakan karyawan yang menikah lebih rendah tingkat keabsenannya, mempunyai tingkat pengunduran diri lebih rendah dan lebih puas dengan pekerjaan mereka dari pada rekan sekerjanya yang tidak menikah. Perkawinan menuntut tanggung jawab lebih besar yang mungkin membuat pekerjaan lebih berharga dan lebih penting. Kondisi ini semakin meningkatkan motivasi bekerja sehingga pemenuhan kebutuhan pasien terpenuhi, termasuk kebutuhan rasa aman atau keselamatan pasien.

6.2.1.6 Tingkat pendidikan

Hasil analisis univariat menggambarkan tingkat pendidikan perawat berada pada kelompok pendidikan tinggi sebesar 90.5%. Hasil analisis bivariat menunjukkan proporsi perawat dengan tingkat pendidikan tinggi menimbulkan KNC 74.4% dan KTD 25.6%, sedangkan perawat dengan pendidikan rendah menimbulkan KNC

66.7% dan KTD 33.3%. Dari data terlihat bahwa semakin rendah tingkat pendidikan perawat semakin beresiko menimbulkan KTD atau semakin tinggi tingkat pendidikan perawat maka resiko menimbulkan KTD semakin kecil. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *fisher's exact test* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.69$).

Pada penelitian ini KTD yang ditimbulkan oleh perawat dengan pendidikan rendah (SPK) lebih besar dibandingkan perawat dengan pendidikan tinggi (S1 dan D3 Keperawatan). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Anugrahini (2010) yang mengungkapkan 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. Hal ini didukung juga oleh pernyataan Hasibuan (2002) dimana semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya. Selain itu pendidikan perawat yang lebih tinggi lebih mudah dalam memahami tugasnya.

Hasil penelitian Mc. Closhey & Mc. Cain (1988) yang dikutip dalam Gillies (1994) menyatakan bahwa perawat yang mempunyai pendidikan lebih tinggi memiliki kemampuan kerja yang lebih tinggi. Pendidikan tinggi perawat dapat mempengaruhi daya nalar perawat dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi (Tappen, 1995).

6.2.2 Sifat dasar pekerjaan

6.2.2.1 Kompleksitas pengobatan

Hasil analisis univariat menggambarkan 58.9% kompleksitas pengobatan pasien berada pada kelompok pengobatan tidak kompleks. Hasil analisis bivariat proporsi pasien dengan kompleksitas pengobatan yang tidak kompleks menimbulkan KNC 78.6% dan KTD 21.4%, sedangkan proporsi pasien dengan kompleksitas pengobatan yang kompleks menimbulkan KNC 66.7% dan KTD 33.3%. Dari data terlihat bahwa

proporsi pasien dengan kompleksitas pengobatan yang kompleks menimbulkan KTD lebih besar dibandingkan proporsi pasien dengan kompleksitas pengobatan yang tidak kompleks. Semakin kompleks pengobatan pasien resiko menimbulkan KTD semakin besar. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *continuity correction* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara kompleksitas pengobatan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.28$).

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Williams, Dunning & Leach (2011) yang menyatakan setiap pasien memiliki kompleksitas pengobatan yang berbeda-beda semakin kompleks pengobatan pasien, membutuhkan lebih ketelitian dan kewaspadaan untuk menghindari kesalahan. Obat-obatan yang dipakai pasien diidentifikasi sebagai faktor penyebab utama terjadi cedera atau kesalahan besar pada kejadian tidak diharapkan. Karena resiko yang sangat signifikan dari pengobatan yang diberikan maka diperlukan kehati-hatian perawat, karena dalam persiapan dan pemberiannya lebih banyak melibatkan perawat (Williams, Dunning & Leach, 2011). Pernyataan lain mengungkapkan bahwa semakin kompleks pengobatan pasien kecenderungan terjadi kesalahan semakin besar (Leape, et.al, 1993 dalam Kohn, Corringan & Donaldson, 2000). Segala tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien harus dapat memberikan jaminan bahwa klien tidak cedera baik secara fisik maupun emosi, dan kenyamanan klien perlu dipenuhi selama berhubungan dengan perawat (Hamid, 2001). Azas tidak merugikan merupakan suatu cara untuk mengatakan bahwa petugas kesehatan berkewajiban tidak mencelakakan orang lain (Daly et al, 2000).

ICN (2006) merumuskan bahwa suatu hal yang berhubungan dengan situasi pelayanan keperawatan dan elemen-elemen yang tergantung pada jumlah tenaga keperawatan yang sesuai dengan rentang kompleksitas kebutuhan pasien. Pada penelitian ini pasien dalam pengobatan kompleks mengalami kejadian tidak diharapkan besar, hal ini sangat dimungkinkan karena unit pelayanan kesehatan merupakan unit padat karya dan kompleks. Berbagai macam prosedur, kebijakan,

keterlibatan berbagai disiplin ilmu, komunikasi antar tim kesehatan yang tidak adekuat dapat menjadi penyebab. Perawat bekerja dalam lingkungan pelayanan kesehatan yang kompleks (Elbright, 2004 dalam Myers, 2010), pelayanan cepat dan menggunakan teknologi yang tinggi (Sedlak, 2004). Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa dalam proses asuhan kesalahan dapat berupa kesalahan diagnosis, pengobatan dan pencegahan (Leape, et.al, 1993 dalam Khon et, al, 2000).

Pemberian pelayanan keperawatan yang dikaitkan dengan kompleksitas pengobatan pasien, merupakan suatu yang khas. Pengobatan pasien yang kompleks yang dihadapi dalam pelayanan sehari-hari harus mampu dihadapi perawat dengan kemampuan mengambil keputusan yang bersifat kritis dan segera, dimana hal ini juga beresiko menimbulkan kesalahan (Runciman, Merry & Walton, 2007).

6.2.2.2 Alur pekerjaan

Hasil analisis univariat pada alur pekerjaan menunjukkan tingkat kepatuhan perawat dalam menjalankan standar lebih besar pada kelompok tidak patuh sebesar 51.6%. Hasil analisis bivariat proporsi perawat yang bekerja sesuai alur pekerjaan atau patuh terhadap SOP menimbulkan KNC 73.9% dan KTD 26.1%, sedangkan proporsi perawat yang bekerja tidak sesuai alur pekerjaan atau tidak patuh terhadap SOP menimbulkan KNC 73.5% dan KTD 26.5%. Dari data terlihat bahwa semakin perawat tidak patuh menjalankan SOP atau semakin perawat bekerja tidak sesuai dengan alur pekerjaan yang ada maka semakin beresiko menimbulkan KTD. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *continuity correction* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara alur pekerjaan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=1.00$).

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Perrow dalam IOM (2000) dimana upaya keselamatan harus didukung oleh sistem yang baik yang didalamnya terdapat standar dan prosedur yang harus diikuti. Peran perawat dalam keselamatan pasien melalui penerapan standar keperawatan (prosedur yang berlaku).

Melalui penerapan dan kepatuhan terhadap standar yang sudah ditetapkan diharapkan insiden kesalahan menurun. Prosedur medis dan keperawatan (alur pekerjaan) beresiko mencederai pasien. Desain pekerjaan mengacu pada proses yang diterapkan untuk memutuskan tugas, pekerjaan dan wewenang (Loh & Gelinas, 2004). Pengembangan dan ketersediaan standar, pedoman dan protokol mendukung program keselamatan pasien. Standarisasi memiliki tujuan menetapkan tingkat tampilan minimal yang harus dipenuhi seseorang, setiap proses, tindakan, keterampilan klinis, penampilan, lingkungan kerja, kondisi alat harus terstandarisasi (Cahyono, 2008).

Hal ini ditunjang oleh Wood yang mengembangkan teori "*blunt end and sharp end*" yang menjelaskan bagaimana interaksi manusia dengan sistem yang dapat menyebabkan terjadinya kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan (Ketring, 2006 dalam Cahyono, 2008). *Blunt end* (sisi tumpul) menggambarkan penampilan organisasi dalam hal ini prosedur dan standar atau alur kerja, yang berfungsi sebagai pelindung atau pencegah kesalahan. *Sharp end* (sisi tajam) menggambarkan petugas kesehatan dalam hal ini perawat yang bertugas. Interaksi antara *blunt end* dan *sharp end* seharusnya seimbang sehingga KNC dan KTD dapat dihindari. Dari penelitian ini 51.6% alur pekerjaan atau SOP dijalankan tidak sebagaimana mestinya atau perawat melakukan tindakan tidak aman sehingga KTD terjadi.

Berdasarkan pengalaman peneliti peran perawat sebagai sisi tajam dari pelayanan sangat besar, perawat diharapkan mampu memegang teguh pedoman, kebijakan dan standar praktik keperawatan. Jika hal ini dilanggar cedera pada pasien tidak dapat dihindarkan. Hal ini ditunjang oleh pernyataan IOM (2000) yang mengemukakan dua peran perawat dalam keselamatan pasien yaitu memelihara keselamatan melalui transformasi lingkungan keperawatan yang lebih mendukung keselamatan pasien dan peran perawat dalam keselamatan pasien melalui penerapan standar keperawatan.

6.2.2.3 Kehadiran dan ketidakhadiran staf

Hasil analisis univariat menggambarkan 85.3% perawat hadir dalam bekerja. Hasil analisis bivariat proporsi perawat yang hadir sesuai dengan jadwal dinas menimbulkan KNC 74.1% dan KTD 25.9%, Sedangkan proporsi perawat yang tidak hadir sesuai jadwal dinas menimbulkan KNC 71.4% dan KTD 28.6%. Dari data terlihat bahwa semakin perawat tidak hadir sesuai dengan jadwal dinas yang telah ditetapkan maka semakin besar resiko menimbulkan KTD. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *fisher's exact test* terbukti bahwa tidak ada hubungan kehadiran dan ketidakhadiran staf dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=1.00$)

Stanton & Rutherford (2004) menyatakan bahwa rumah sakit yang memiliki staf keperawatan dalam jumlah yang kurang memiliki kecenderungan untuk menunjukkan timbulnya *patient outcomes* yang buruk, seperti pneumonia, shock, henti jantung dan ISK. Demikian pula pendapat yang disampaikan oleh Trinkoff, et.al (2007) yang menyatakan bahwa jam kerja perawat yang panjang berhubungan dengan resiko keselamatan pasien.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Prawitasari (2009) hasil analisis bivariat terhadap variabel beban kerja perawat pelaksana dan keselamatan pasien menunjukkan adanya hubungan yang bermakna $P=0.000$ dimana beban kerja yang tinggi memberikan implikasi terhadap keselamatan pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Dwiantoro (2004) tentang hubungan beban kerja dengan ketidakhadiran perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. Slamet Garut menyatakan bahwa ada hubungan beban kerja dengan ketidakhadiran perawat pelaksana

Pada penelitian ini timbulnya KTD lebih besar pada kondisi perawat tidak hadir sesuai daftar dinas. Jumlah perawat yang kurang pada salah satu shif tidak hanya menimbulkan masalah pada segi kuantitas namun juga kualitas perawat.

Ketimpangan komposisi perawat yang berdinamis menyebabkan pula ketimpangan dalam menjalankan proses asuhan, komunikasi yang tidak optimal dimungkinkan menjadi akibat atau dampak dari komposisi yang tidak seimbang. Selain komposisi perawat dampak dari kurangnya jumlah perawat juga berakibat pada kelelahan perawat. Kelelahan yang dialami perawat karena bekerja dengan waktu yang terlalu lama dan pengaruh stress kerja dapat menurunkan kewaspadaan (Henriksen, et. al. 2008). Penurunan kewaspadaan ini dapat mengakibatkan cedera bagi pasien. Kelelahan ini juga dialami karena beban kerja yang tinggi, tidak lengkapnya jumlah perawat yang berdinamis membuat beban kerja perawat semakin besar, hal ini ditunjang oleh penelitian yang dilakukan Sochalski (2004) dimana perawat yang mengemban beban kerja lebih tinggi dilaporkan lebih sering melakukan kesalahan dan mengalami kejadian pasien jatuh pada saat mereka berdinamis.

Kelelahan fisik juga menjadi faktor yang dapat menyebabkan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan. Penelitian yang dilakukan oleh Ann Rogers dan AHRQ (2003) mendapatkan data bahwa dampak kelelahan yang dialami perawat mengakibatkan *medical error*. Lingkungan kerja dan pekerjaan perawat dapat menjadi sumber kelelahan perawat. Sumber kelelahan ini seperti pengaturan shift kerja, jam kerja, rotasi, lama kerja, karakteristik pekerjaan, pengaturan waktu istirahat. Menurut Drake et.al (2005) dalam Trinkoff et.al (2008) pengaturan dinas dapat menimbulkan gangguan tidur pada perawat, tidur yang tidak adekuat menyebabkan perawat mengalami rasa mengantuk saat bekerja, menurunnya kemampuan bekerja dengan efisien, aman dan menurunnya tingkat kewaspadaan. Hal ini sangat beresiko menimbulkan KNC dan KTD bagi pasien.

Jumlah perawat yang kurang, dapat menyebabkan perawat bekerja keluar dari perencanaan yang sudah dibuat, perawat sibuk memenuhi target asuhan yang harus diberikan, sehingga dapat terjadi komunikasi yang tidak akurat antar petugas kesehatan, hal ini merupakan salah satu penyebab terjadinya KNC dan KTD. Pernyataan ini ditunjang oleh AHRQ (2003) dalam Cahyono (2008) yang

menyatakan akar masalah KTD 65% berasal dari masalah komunikasi. Penelitian yang dilakukan oleh Manojlovich (2007) menyatakan bahwa buruknya komunikasi antara dokter dan perawat merupakan salah satu penyebab insiden atau KTD. Pada penelitian ini peneliti juga berpendapat peningkatan komunikasi dengan pasien dan keluarga harus diperhatikan dan dioptimalkan agar KTD dapat ditekan, hal ini di tunjang oleh pernyataan Vincent & Coulter dalam NPSA (2004) yang menyatakan pasien berperan dalam memutuskan perawatan yang tepat, memastikan perawatan dan pengobatan telah dikelola dengan baik oleh petugas kesehatan, mengidentifikasi kejadian tidak diharapkan dan mengambil tindakan yang sesuai.

Fungsi manajemen keperawatan pada fungsi ketenagaan harus dijalankan dengan baik. Fungsi ketenagaan berhubungan dengan penyediaan jumlah dan jenis personil yang dibutuhkan untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai standar yang ditetapkan (Marquis & Houston, 2010). Fungsi ini meliputi rencana kebutuhan tenaga, penghitungan tenaga, jadwal dinas, penanggung jawab penugasan, rekrutmen, seleksi, orientasi, pengembangan staf dan pengembangan karir perawat (Marquis & Houston, 2010). Pada kondisi kehadiran perawat yang tidak sesuai manajer harus mampu memodifikasi lingkungan kerja dan tenaga yang tersedia, sehingga pelayanan yang diberikan tetap optimal.

6.2.2.4 Peralatan

Hasil analisis univariat menggambarkan kondisi alat yang baik lebih dominan dibandingkan alat yang kurang baik yaitu 86.3%. Hasil analisis bivariat menunjukkan proporsi peralatan yang baik menimbulkan KNC 73.2% dan KTD 26.8%, sedangkan proporsi peralatan yang tidak baik menimbulkan KNC 76.9% dan KTD 23.1%. Dari data terlihat bahwa peralatan dalam kondisi baik cenderung menimbulkan KTD dibandingkan dengan peralatan yang kurang baik. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *fisher's exact test* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara peralatan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=1.00$).

Hal ini sesuai dengan pendapat Cahyono (2008) bahwa penyebab terbanyak kejadian tidak diharapkan adalah faktor petugas (85%) dan 15% karena masalah peralatan. Namun tidak demikian dengan pendapat Dineen (2002) yang menyatakan peralatan sebagai faktor utama yang dapat berperan terhadap kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan.

Pada penelitian ini didapatkan data bahwa sebagian besar KTD terjadi pada kondisi alat yang baik, hal ini dimungkinkan terjadi karena alat bukan menjadi penyebab yang langsung pada kejadian yang dialami oleh pasien. Hal ini mempertegas bahwa faktor *human error* masih menjadi hal terbesar sebagai faktor penyebab kesalahan. Beberapa peralatan kesehatan tidak dapat berdiri sendiri harus ditunjang dengan peralatan lain saat dipakai. Penyatuan kabel, jaringan, konektor dan aksesoris alat membutuhkan kemampuan staf menyatu dengan sistem sehingga kesalahan dapat dihindarkan (Henriksen, et.al, 2008).

Dalam konteks pelayanan kesehatan memastikan kondisi alat kesehatan siap pakai dan dalam kondisi baik merupakan hal utama dalam pemberian pelayanan. Sumber-sumber lain menyangkut kemampuan personil dalam mengoperasikan alat, ketersediaan dana atau keuangan untuk pembelian alat, juga menjalankan *training* bagi staf dalam pengoperasian alat. Hal ini secara langsung mempengaruhi tampilan kerja dan kecenderungan terjadi kesalahan. Sebuah studi melaporkan bahwa kegagalan alat menjadi penyebab 14% insiden klinis anastesi (Cahyono, 2008). Penelitian yang dilakukan oleh Henriksen, Kaye & Morisseau banyak faktor penyebab KTD pada faktor peralatan tidak hanya alat saja namun pengaturan penempatan peralatan medis, penempatan monitor dan *display* pasien, perangkat lunak, format-format juga sangat mendukung peralatan itu sendiri.

6.2.3. Faktor pasien

6.2.3.1 Umur pasien

Hasil analisis univariat menggambarkan menunjukkan bahwa kelompok umur pasien terbanyak berada pada kelompok umur 15–44 tahun sebesar 34.7%. Hasil analisis bivariat proporsi umur pasien pada kelompok 1-14 tahun menimbulkan KNC 64% dan KTD 36%. Pada kelompok umur pasien 15-44 tahun menimbulkan KNC 87.9% dan KTD 12.1%. Proporsi umur pasien 45-64 tahun menimbulkan KNC 76.9 dan KTD 23.1%, sedangkan pada kelompok umur ≥ 65 tahun menimbulkan KNC 45.5% dan KTD 54.5%. Dari data dapat dilihat kecenderungan semakin umur bertambah atau umur semakin tua maka resiko menimbulkan KTD semakin besar. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *pearson chi-square* terbukti bahwa perbedaan proporsi tersebut bermakna atau ada hubungan antara umur pasien dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.02$). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=0.46$, artinya semakin tua umur pasien mempunyai peluang 0.46 kali menimbulkan kejadian tidak diharapkan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan Thornlow (2009) yang menyatakan usia pasien memiliki hubungan terhadap terjadinya kecelakaan, Pasien lanjut usia memiliki resiko terjadinya kecelakaan lebih tinggi selama dalam perawatan. Faktor umur pasien berdampak pada potensi cedera, pasien dengan lanjut usia cenderung tidak kooperatif terhadap asuhan yang diberikan. HCUPnet (2004) mengindikasikan pasien yang dirawat pada usia diatas 65 tahun mendapat insiden kecelakaan lebih tinggi dibanding dengan pasien usia muda.

Data dari sebuah rumah sakit di Amerika Serikat melaporkan dari 38.661.786 pasien yang pulang rawat di tahun 2004 rata-rata mereka berusia 48 tahun. Mereka menjalani perawatan dengan ALOS 4.6 hari dan 2.1% nya meninggal selama perawatan. Pasien dengan usia ≥ 65 tahun yang dirawat dengan ALOS 5.8 hari sebanyak 34%, pasien yang berada pada rentang usia 65-84 tahun sebesar 3.9% dan pasien berusia > 85 tahun meninggal selama dalam perawatan sebesar 6.9% (AHRQ, 2007).

Faktor ini menjadi pokok bahasan karena keunikan pasien dan keterlibatan dirinya dalam insiden, terkait faktor sosial dan kultural (Dineen, 2002). Pada penelitian ini usia yang beresiko pada kelompok >65 tahun dan selanjutnya pada kelompok 1-14 tahun menimbulkan KTD. Pasien dengan usia >65 tahun merupakan usia dengan kondisi yang kurang kooperatif terhadap asuhan, mudah lupa (penurunan fungsi memori) dengan kesepakatan perawatan yang sudah dibuat, mulai mengalami penurunan fungsi motorik dan sensorik, penurunan keseimbangan tubuh yang memudahkan terjadinya KNC maupun KTD. Melihat kondisi ini sangat diperlukan pengawasan dan observasi yang lebih intensif, koordinasi dengan keluarga yang merawat pasien. Pasien dengan kelompok umur 1-14 tahun merupakan kelompok usia anak, mereka belum mampu memutuskan hal yang tepat terkait dengan kesehatannya dan hal lain yang berhubungan dengan proses perawatannya sehingga potensi timbulnya KTD menjadi besar. Hal ini ditunjang oleh penelitian Cahyono (2008) yang menyatakan bahwa faktor pasien (44%) berpotensi menimbulkan KTD faktor ini meliputi tidak kooperatifnya pasien.

6.2.3.2 Tingkat ketergantungan pasien

Hasil analisis univariat menggambarkan tingkat ketergantungan pasien terbanyak berada pada kelompok ketergantungan sedang 42.1%. Hasil analisis bivariat proporsi pasien pada tingkat ketergantungan rendah menimbulkan KNC 80% dan KTD 20%. Pada kelompok pasien dengan ketergantungan sedang menimbulkan KNC sebesar 75% dan KTD 25%, sedangkan pada kelompok pasien dengan ketergantungan tinggi

menimbulkan KNC 60% dan KTD 40%. Dari data dapat dilihat bahwa semakin tinggi tingkat ketergantungan pasien maka kecenderungan menimbulkan KTD semakin besar. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *pearson chi-square* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara tingkat ketergantungan pasien dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=0.26$).

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat yang dikeluarkan oleh Huber (2006) yang menyatakan semakin besar jumlah hari perawatan dan kerumitan perawatan yang diperlukan oleh pasien yang dirawat di rumah sakit maka semakin besar beban pekerjaan yang dialami oleh perawat semakin besar resiko kesalahan terjadi. ICN (2006) menyatakan bahwa *safety staffing* merupakan suatu hal yang berhubungan dengan situasi pelayanan keperawatan dan elemen-elemen yang tergantung pada jumlah tenaga keperawatan yang sesuai dengan rentang kompleksitas kebutuhan pasien.

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 (Vincent & Coulter dalam NPSA, 2004). Pada penelitian ini semakin tinggi tingkat ketergantungan pasien semakin besar KTD ditimbulkan.

Tingkat ketergantungan pasien memberikan indikasi seberapa besar waktu perawat terpakai. Menurut Anderson & Webster (2001) dalam Simons (2010) bahwa pemberian obat-obatan pada pasien merupakan resiko terbesar terjadinya kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan, dimana pemberian obat dilakukan sebagian besar oleh perawat. Pasien dengan tingkat ketergantungan tinggi membutuhkan cukup banyak waktu perawat dalam memenuhi kebutuhannya, waktu ini harus disesuaikan dengan jumlah tenaga yang tersedia dalam setiap shifnya.

Kekurangan jumlah tenaga berdampak pada tidak optimalnya pemberian pelayanan yang terlihat dari *outcome* yang dihasilkan yaitu pasien terbebas dari cedera atau justru pasien cedera. Perawat yang memiliki waktu lebih sedikit untuk memonitor dan memberikan pelayanan terapeutik kepada pasien, merupakan dasar pertimbangan bahwa keselamatan pasien dipertaruhkan (Page, 2004 dalam Mengis & Nicolini, 2010).

6.2.3.3 Lokasi pelayanan

Hasil analisis univariat menggambarkan 73.7% berada pada lokasi rawat inap dan 26.3% lokasi rawat jalan. Proporsi kejadian pada lokasi rawat jalan menimbulkan KNC 72% dan KTD 28%, sedangkan pada lokasi rawat inap menimbulkan KNC 74.3% dan KTD 25.7%. Dari data dapat dilihat bahwa lokasi rawat jalan menimbulkan resiko KTD lebih besar dibandingkan dengan rawat inap. Hasil uji statistik *chi-square* dengan *continuity correction* terbukti bahwa tidak ada hubungan antara lokasi pelayanan dengan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan ($P=1.00$).

Kejadian nyaris cedera dapat terjadi dimanapun, setiap kali pasien kontak dengan pelayanan kesehatan disitulah kesalahan dapat terjadi. Jika diambil dari teori sistem mulai dari input-proses-output di setiap tahapan tersebut kesalahan dapat terjadi. Penelitian yang dilakukan oleh Bathia, et.al (2003) menyatakan bahwa berdasarkan 64 insiden dan kejadian nyaris cedera yang dikumpulkan lebih dari satu tahun menyebutkan terdapat 20 kejadian karena masalah teknis dan 44 kejadian terkait organisasi. Organisasi yang dimaksud adalah unit kerja yaitu 15 kejadian di ruang perawatan dan 29 kejadian dikamar operasi (rawat jalan).

KTD terbesar yang ditemukan pada penelitian ini terjadi di unit rawat jalan. Hal ini dapat terjadi karena sifat pelayanan terintegrasi dengan petugas kesehatan lain dokter, *medical record* dalam penyediaan dokumen pasien, apotek setelah pasien mendapatkan resep, laboratorium dan radiologi jika pasien dianjurkan dokter perlu

pemeriksaan penunjang memungkinkan kesalahan terjadi. Pelayanan di rawat jalan bersifat cepat karena jumlah pasien yang banyak sedangkan jumlah staf terbatas. Perawat melayani dengan perbandingan 1 perawat : 2-3 poliklinik dengan jumlah pasien yang cukup banyak, kemungkinan KTD besar terjadi. Hal ini menjadikan perawat sebagai petugas kesehatan yang paling banyak berinteraksi dengan pasien dan memiliki resiko lebih tinggi terhadap bahaya keselamatan dibandingkan dengan petugas kesehatan lainnya (Foley, 2004).

Hal ini juga sejalan dengan penelitian di unit Emergency (rawat jalan) yang dilakukan oleh Friedman, Provan, Moore & Hanneman (2008) menyatakan bahwa unit *Emergency* merupakan unit yang dapat menyebabkan KNC dan KTD paling banyak. Karakteristik dari unit ini adalah tekanan kerja yang tinggi dari lingkungan, volume kerja yang besar, membutuhkan pengalaman para petugas, variabilitas masalah yang tinggi, banyaknya interupsi, dibutuhkan kerjasama dengan petugas kesehatan lain dengan cepat, membuat unit ini beresiko besar terjadinya kesalahan. Penelitian yang dilakukan oleh (Friedman, et al, 2008) menyebutkan hasil wawancara dari 292 pasien yang datang ke unit emergency mengalami KTD 5% dan KNC 4%.

6.3 Implikasi terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan dan penelitian selanjutnya.

6.3.1 Pelayanan keperawatan

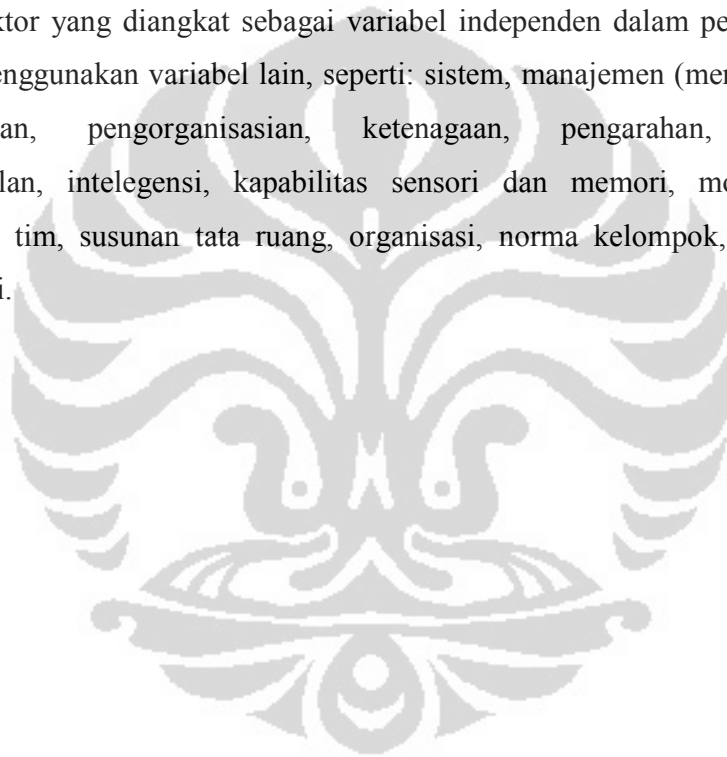
Hasil penelitian ini dapat menggambarkan mutu dan keberhasilan pelayanan di RSPI. Faktor yang berhubungan sebagai penyebab terjadinya KNC dan KTD yang telah diidentifikasi dapat dijadikan acuan untuk menekan angka KNC dan KTD. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan dasar untuk memberikan bimbingan yang lebih optimal bagi perawat di lapangan. Hasil penelitian ini dapat dipakai sebagai bahan evaluasi terhadap fungsi manajemen kepala unit perawatan dalam kontribusinya menciptakan keselamatan pasien di rumah sakit dan menjadi acuan dalam menyusun kebijakan maupun program kerja.

6.3.2 Pendidikan

Hasil penelitian ini hanya memberikan kontribusi pada RS. Pondok Indah dan tidak dapat digeneralisasi untuk rumah sakit lain. Bagi kepentingan pendidikan dan keilmuan, hasil ini dapat dijadikan tambahan informasi terutama dalam mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan KNC dan KTD.

6.3.3 Penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya. Faktor-faktor yang diangkat sebagai variabel independen dalam penelitian ini dapat diteliti menggunakan variabel lain, seperti: sistem, manajemen (menggunakan fungsi perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, pengendalian), keterampilan, intelegensi, kapabilitas sensori dan memori, motivasi, perilaku, kerjasama tim, susunan tata ruang, organisasi, norma kelompok, komunikasi dan koordinasi.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian, rumusan hipotesis, hasil penelitian dan pembahasan yang telah dikemukakan, maka penelitian ini dapat disimpulkan:

7.1.1 Karakteristik individu perawat di RS. Pondok Indah, untuk masa kerja 27.4% berada pada kelompok masa kerja 6-10 tahun dan ≥ 16 tahun. 50.5% perawat belum mengikuti *training* dan edukasi terkait pasien *safety*. 62.1% kompetensi perawat berada pada *level competence*. Umur perawat terbesar berada pada kelompok umur ≤ 34 tahun yaitu 56.8%. Perawat berstatus sudah kawin 74.7% dan tingkat pendidikan perawat berada pada kelompok pendidikan tinggi sebesar 90.5%.

7.1.2 Karakteristik sifat dasar pekerjaan, 58.9% kompleksitas pengobatan pasien berada pada kelompok pengobatan tidak kompleks. Pada alur pekerjaan menunjukkan tingkat kepatuhan perawat dalam menjalankan standar lebih besar pada kelompok tidak patuh sebesar 51.6%. Gambaran kehadiran dan ketidakhadiran staf dalam bekerja lebih dominan pada perawat yang hadir bekerja sesuai jadwal yang ditetapkan yaitu 85.3% perawat. Peralatan yang digunakan dalam bekerja kondisi alat yang baik lebih dominan dibandingkan alat yang kurang baik yaitu 86.3%.

7.1.3 Karakteristik pasien di RS. Pondok Indah, kelompok umur pasien terbesar berada pada kelompok umur 15–44 tahun sebesar 34.7%. Gambaran tingkat ketergantungan pasien terbanyak berada pada kelompok ketergantungan sedang 42.1% dan lokasi pelayanan lebih dominan pada rawat inap sebesar 73.7%.

7.1.4 KNC lebih sering terjadi sebesar 73.7% dibandingkan dengan KTD 26.3%. Bentuk KNC dan KTD yang didapat dari laporan kejadian: ketidaksesuaian identifikasi pasien seperti penulisan nomer *medical record*, nama pasien salah, penempelan stiker nama pasien tidak sama dengan penulisan manual, kesalahan

penulisan nomer kamar pasien, kesalahan dalam pemberian obat (salah pasien, dosis, jenis obat), sampel darah pasien tertukar, dan pasien jatuh.

7.1.4 Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara *training* dan edukasi, kompetensi, status kawin, tingkat pendidikan, kompleksitas pengobatan pasien, alur pekerjaan, kehadiran dan ketidakhadiran staf, peralatan, tingkat ketergantungan pasien, lokasi pelayanan terhadap KNC dan KTD di RS. Pondok Indah Jakarta.

7.1.5 Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara masa kerja perawat ($P=0.03$), umur perawat ($P=0.04$) dan umur pasien ($P=0.02$) dengan KNC dan KTD. Hasil analisis multivariat tidak ada variabel yang paling berhubungan dengan KNC dan KTD di RS. Pondok Indah Jakarta.

7.2 Saran

7.2.1 Saran untuk RS. Pondok Indah Jakarta (pihak manajemen): perlu dilakukan evaluasi terhadap kebijakan penerapan keselamatan pasien rumah sakit, begitu juga evaluasi terhadap semua prosedur keperawatan (SOP) ditinjau dari pertimbangan keselamatan pasien. Kepala unit perawatan perlu memasukan pertimbangan keselamatan pada setiap fungsi manajemen yang dilakukan. Perlu dipertimbangkan kegiatan kampanye keselamatan pasien di tiap unit pelayanan dengan cara menempelkan stiker atau poster keselamatan. Penetapan dalam satu minggu ada hari khusus untuk melakukan kampanye di unit masing-masing selama beberapa menit. Perlu dipertimbangkan menyediakan akses informasi terkait keselamatan pasien baik melalui buku bacaan atau internet. Perlu penambahan item umur, level kompetensi, dan lama kerja staf pada formulir laporan kejadian sehingga lebih memudahkan saat analisis data.

7.2.2 Saran untuk HRD RS. Pondok Indah Jakarta: dalam penerimaan perawat baru perlu mempertimbangkan faktor umur dan pengalaman kerja perawat saat melamar, faktor umur dan pengalaman kerja menjadi syarat utama selain ijazah dan keterampilan lain. Perlu dipertimbangkan memasukan aktivitas pasien *safety* ke dalam format penilaian karya (*performance appraisal*) secara obyektif, sehingga staf terpacu meningkatkan kesadaran budaya keselamatan pasien.

7.2.3 Saran untuk kepentingan pelayanan keperawatan: perlu dipertimbangkan pembuatan kebijakan penerimaan pasien baru sesuai umur pasien dan penempatan pasien beresiko mengalami cedera agar pemantauan perawat optimal. Melakukan pendampingan (*perseptorship program*) yang optimal untuk perawat dengan masa kerja yang baru atau pendampingan yang melekat pada perawat dengan *level novice*. Kepala unit perawatan perlu melakukan pertanyaan-pertanyaan singkat pada perawat pelaksana terkait penerapan keselamatan pasien saat ronde keperawatan atau saat supervisi klinik.

7.2.4 Saran untuk perawat pelaksana: perlu berupaya menambah pengetahuannya terkait keselamatan pasien dengan meluangkan waktu pribadinya mengakses informasi baik melalui buku ataupun internet. Perawat perlu memperhatikan umur pasien setiap menerima pasien baru sehingga upaya pencegahan KNC dan KTD dapat dilakukan, perawat pelaksana dengan masa kerja lama memberikan bimbingan, pendampingan, motivasi, arahan dan menjadi *role model* bagi perawat pelaksana dengan masa kerja baru. Perawat dengan *level novice* lebih aktif bertanya dan membaca prosedur terkait pekerjaannya.

7.2.5 Saran bagi kepentingan Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan: perlu dipertimbangkan memasukan materi kuliah tambahan yang berkaitan dengan keselamatan pasien dan manajemen resiko pada pelayanan keperawatan dalam mata kuliah manajemen mutu keperawatan. Hal ini akan membantu lulusan bekerja lebih

profesional sesuai dengan tuntutan masyarakat. Pertimbangan memasukan aplikasi pelaksanaan *safety* sebagai penilaian saat mahasiswa ke lahan praktik.

7.2.6 Saran bagi kepentingan peneliti selanjutnya: hasil penelitian ini menjadi data dasar untuk melakukan penelitian sejenis dengan mengambil variabel lain yang belum diteliti. Penelitian selanjutnya dapat menggunakan pendekatan prospektif sehingga data yang didapat adalah data terkini. Penelitian dapat diambil seperti: 1) pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap tingkat kepatuhan perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien. 2) persepsi perawat pelaksana terhadap penerapan manajemen keselamatan di unit perawatan. 3) analisis faktor manajemen, sistem dan organisasi terhadap keselamatan pasien. 4) faktor yang berpengaruh terhadap penerapan *six patient safety goal*. Penelitian dapat dilakukan dengan metode observasi dan wawancara yang mendalam agar faktor yang berhubungan lebih tergali, karena keselamatan pasien merupakan hal yang sangat kompleks yang tidak cukup dilihat dari studi dokumentasi saja.

DAFTAR PUSTAKA

- AHRQ. (2003). *Publication No. 07-E005*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Maret:151. www.ahrq.gov, diperoleh 8 Februari 2011
- Alvarado, K., et al. (2006). Transfer of accountability: Transforming shift handover to enhance patient safety. *Healthcare quarterly*. Vol. 9, Special Issue. 75-79.
- American Nurses Association. (2001). *Code for ethics for nurses with interpretative statements*, Silver Spring, MD: American Nurses Publishing.
- Anugrahini, C. (2010). *Hubungan faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman patient safety di RSAB Harapan Kita Jakarta*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. (Edisi revisi VI). Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Aspden, P., Corringan, J.M., Wolcott, J., Erickson, S.M. (2004). *Patient safety achieving a new standard for care*. Washington D.C: The National Academies Press.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan: Aplikasi prinsip lingkaran pemecahan masalah*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Ballard, K.A. (2003). Patient safety: A shared responsibility. *Online Journal of Issues in Nursing*. Volume 8 - 2003 No 3: Sept 03.
- Baron, R.A., & Greenberg, J. (2000). *Behaviour in organization*. (7th ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Bathia, R., et al. (2003). Developing a departemental culture for reporting adverse incidents. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*. Bradford: 2003. Vol. 16, Iss 2/3; Pg 154, 3 pgs.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert-excellence and power in clinical nursing practice*. California: Addison-Wesley Pub. Co.
- Beth, A., Sharp, C., & Clancy, M.C. (2008). Limiting nurse overtime, and promoting other good working conditions, influences patient safety. *J Nurs Care Qual*. Vol. 23, No. 2, pp. 97-100.

- Bishop, A., & Scudder, J. (2001). *Nursing ethics: Holistic caring practice* (2nd ed). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Bisognano, M. (2010). Nursing's role in transforming healthcare. *Healthcare Executive*. Chicago: Maret/April 2010. Vol 25, Iss.2; Pg. 84, 3 pgs.
- Burkhardt, M.A., & Nathaniel, A.K. (2008). *Ethics & issues in contemporary nursing* (Third edition). New York: Delmar Learning.
- Cahyono, J.B. (2008). *Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktik kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Canadian Nurse Association. (2004). *Nurse and patient safety: Discussion paper*. Canadian Nurse Association and university of Toronto Faculty of Nursing. <http://www.cna-nurse.ca/CNA/practise/>, diperoleh 28 Februari 2011.
- Cook, A.F., Hoas, H., Guttmannova, K., & Joyner, J.C. (2004). An error by any other name. *American Journal of Nursing*, 104(6), 32-44.
- Daly, et al. (2000). *Contexts of nursing: An introduction*. Sydney: Mc.Lennan & Petty.
- DepKes. (2006). *Pedoman pengembangan jenjang karir professional perawat*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, DepKes RI.
- _____. (2008). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (patient safety)*. (ed-2). Jakarta: DepKes RI.
- _____. (2009). *Undang-undang republik indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit*. Jakarta: DepKes RI.
- _____. (2009). *Undang-undang republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan*. Jakarta: DepKes RI.
- Dineen, M. (2002). *Six step to root cause analysis consequence*. Oxford, ISBN 0-9544328-0-0
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan. (2008). *Pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan.
- Dwiantoto, L. (2004). *Hubungan beban kerja dengan kehadiran perawat pelaksana di ruang rawat inap RSU. Dr. Slamet Garut*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan

- Erwin. (2002). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan produktivitas waktu kepala ruang rawat inap di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan
- 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.
- Friedman, S. M., Provan, D., Moore, S., & Hanneman, K. (2008). Errors, near misses and adverse events in emergency department: What can patients tell us?. *CJEM: Journal of the Canadian Association of Emergency Physicians*. Ottawa: Sep 2008. Vol.10, Iss. 5; pg. 421, 7 pgs.
- Gillies, D.A. (1994). *Nursing management: A system approach*. (Thrid edition). Philadelphia: WB. Saunders.
- Gregory, D.M., et al. (2007). Patient safety: Where is nursing education?. *Journal of Nursing Education*. Thorofare: Feb 2007. Vol. 46, Iss.2; Pg 74, 4 pgs.
- Guwandi, J. (2007). *Medical error dan hukum medis*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Hamid, A.Y. (2001). Peran profesi keperawatan dalam meningkatkan tanggung jawab perawat untuk memberikan asuhan keperawatan professional sehubungan dengan UU konsumen. *Majalah Bina Sehat*. PPNI Volume 5.
- Handoko. (1998). *Manajemen personalia dan sumber daya manusia*. Edisi 1. Jogjakarta: BPFE.
- Hastono, S.P. (2007). *Basic data analysis for health research training: Analisis data kesehatan*. Depok: Universitas Indonesia.
- Hasibuan, S.P. (2002). *Manajemen sumber daya manusia*, Edisi Revisi. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Henriksen, K., et al. (2008). *Patient safety and quality: an evidence base handbook for nurses*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality Publications. February 2011, <http://www.ahrq.gov/QUAL/nurseshdbk/>
- Hidayat. (2004). *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Salemba.
- Huber, D. L. (2006). *Leadership and nursing care management*. (3rd ed). Philadelphia: Saunders Elveiser.
- Hughes, R.G., & Clancy, M.C. (2005). Working conditions that support patient safety. *J Nurs Care Qual*. Vol. 20, No. 4, pp. 289-292.

- ICN. (2002). *The ICN code of ethics for nurses*. Geneva: ICN
- . (2006). *International nursing day, safe staffing and saves lives: Information and action tool kit*. Geneva: The Author. <http://www.icn.ch>.
- Ilyas, Y. (1999). *Kinerja, teori, penilaian & penelitian*. Cetakan pertama. Depok: Badan Penerbit FM-UI.
- Institute of Medicine. (2000). *To Err is human: Building a safer health system*. Washington D.C: The National Academies Press.
- JCI. (2007). *Meeting the international patient safety goal*. USA
- Kane, R.L., et al. (2007). *Nurse staffing and quality of patient care: Evidence report/technology assessment*. Minneapolis: Minnesota Evidence Base Practice Center.
- Kaplan, H. (2002). *Alertness to danger when rates of injury are low*. Institute of Medicine Committee.
- KEPK-BPPK, (2003). *Pedoman nasional etik penelitian kesehatan*. Komisi Etik Penelitian Kesehatan-Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, DepKes RI. <http://www.jarlitbangkes.or.id/2010/data/RakernasRegionalBarat2005/KE.pdf>. diperoleh 7 Maret 2011.
- Kertadikara, P. (Desember, 2008). *Patient safety – paradigma baru layanan medis*. <http://kertadikara.blogspot.com/> diperoleh 28 Februari 2011.
- Khon, L.T., Corringan, J.M., & Donalson, M.S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington D.C: National Academic Press.
- KKP-RS, (2008). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit*. Jakarta: DepKes RI.
- 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.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S.J. (2004). *Fundamentals of nursing concepts, process, and practice*. (7th ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Lachman, V. (2007). Moral courage: A virtue in need of development? *Medsurg Nursing*, 16(2), 131-133.
- Lim, A. (2010). New course tackles patient safety. *Australian Nursing Journal*. North Fitzroy: May 2010. Vol.17, Iss.10; Pg.37, 1 pgs.

- Loh, D.Y., & Gelinas, L.S. (2004). The effect of workforce issues on patient safety. *Nursing Economic*. ISSN: 0746-1739, 22(5). 266-72.
- Manojlovich, M., et al. (2007). Healthy work environment, nurse-physician communication, and patient's outcomes. *American Journal of Critical Care* vol. 16, pp. 536-43.
- Marpaung, J. (2005). *Persepsi perawat pelaksana tentang kepemimpinan efektif kepala ruang dan hubungannya dengan budaya kerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUP Adam Malik Medan*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Marquis, B.L., & Houston, C.J. (2010). *Leadership roles & management function in nursing: Theory and application. (4th edition)*. California: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mengis, J., & Nicolini, D. (2010). Root cause analysis in clinical adverse events. *Nursing Management*. Harrow-on-the-Hill: Feb 2010. Vol.16. Iss.9; Pg. 16, 4 pgs.
- Millar, J., et al. (2004). *Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries*. DELSA/ELSA/WD/HTP. Paris: OECD Health Technical Paper.
- Muninjaya, A. G. (2004). *Manajemen kesehatan*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Myers, S., et al. (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. Diperoleh 10 Mei 2011
- Nilasari. (2010). *Pengaruh pelatihan tentang pasien safety terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat klinik pada penerapan pasien safety di Irna C RSUP Fatmawati*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. (6th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Walkins.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik*. (Edisi 4), (Asih, yasmin, dkk, penerjemah). Jakarta: EGC

- Pallas, L., et al. (2005). *Nurse-physician relationship solutions and recommendation for change*. Nursing Health Services Research Unit: Ontario Database.
- Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M., & Shaw, A. (2000). Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *J Adv Nurs*. 2000 Aug; 32(2): 277-285.
- Prawitasari, S. (2009). *Hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien di Rumah Sakit Husada Jakarta*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Risk Strategy Development Manager. (2007). *Incident reporting policy*. UK: NHS Surrey.
- Reason, J. (2000). Human Error: modes and management. *BMJ*. 2000 March 18; 320(7237): 768-770.
- Robbins, S.P. (2003). *Perilaku organisasi*, (Edisi ke-10). Jakarta: PT. Indeks Gramedia.
- Robbins, P. S., & Judge, T.A. (2008). *Perilaku organisasi*, (Edisi 12). Jakarta: Salemba Empat.
- Rothberg, M.B., Abraham, I., Lindenauer, P.K., & Rose, D.N. (2005). Improving nurse to patient ratios as a cost-effective safety intervention. *Med care*, 43 (8): 783-791.
- Runciman, B., Merry, A., & Walton, M. (2007). *Safety and ethics in healthcare: A guide to getting it right*. England: Ashgate Publishing limited.
- Rushton, C.H. (2010). Ethics of nursing shift report, *AACN: Advanced Critical Care*, Vol 21, Number 4, pp. 380-384.
- Sabri, L. & Hastono, S.P. (2006). *Statistik kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. (Edisi ke-3). Jakarta: Sangung Seto.
- Sedlak, C. (2004). Overview and summary nurse safety: Have we addressed the risk? *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol.9. N0.3.
- Setiadi, (2007). *Konsep dan penulisan riset keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

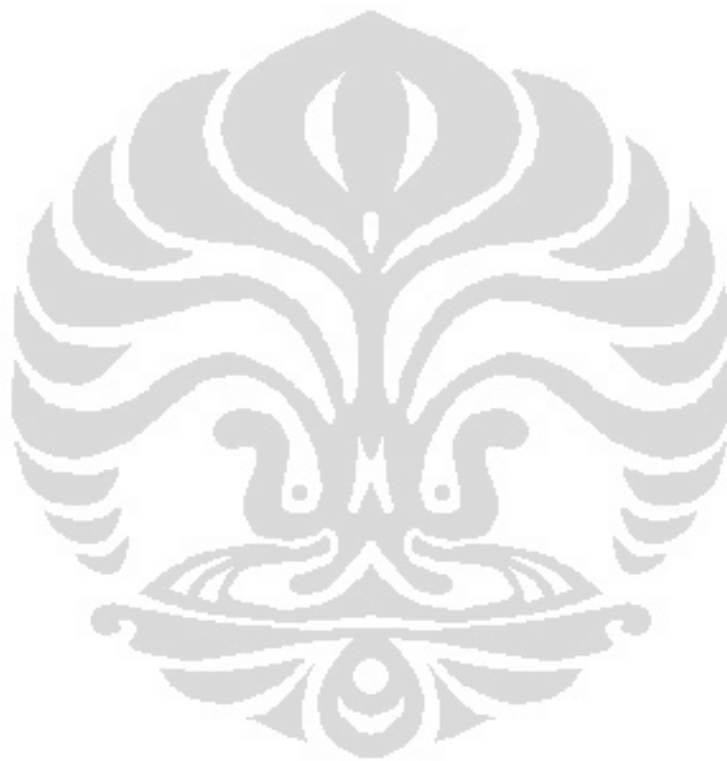
- Shaw, R., et al. (2005). Adverse events and near miss reporting in the NHS. *Qual Saf Health Care*, 2005 Aug; 14(4): 279-283.
- Siagian. (1997). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Siagian, S.P. (2006). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Simons, J. (2010). Identifying medication errors in surgical prescription charts. *Harrow-on-the-Hill*: Jun 2010. Vol.22, Iss. 5; Pg. 20, 5 pgs.
- Soachalski, J. (2004). Is more better relationship between hospital staffing and the quality of nursing care in hospital. *Med Care*, 42 (2 suppl.): 1167-1173.
- Soeroso, S. (2003). *Manajemen sumber daya manusia: Suatu pendekatan sistem*. Jakarta: EGC.
- Stanton, M. W., & Rutherford, M.K. (2004). Hospital nurse staffing and quality of care. Research in Action. *AHRQ Publication*. No. 04-0029. Rockville, MD: Agency for Health Care and Quality. Maret: Issue 14.
- Suarli. (2009). *Manajemen keperawatan dengan aplikasi pendekatan praktis*, Jakarta: Erlangga.
- Suhartati. (2002). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan kode etik profesi keperawatan oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Metropolitan Medical Center Jakarta*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Sulistiyani., & Rosidah. (2003). *Manajemen sumber daya manusia: Konsep, teori dan pengembangan dalam konteks organisasi publik*. Yogyakarta: Graha ilmu.
- Sugiyono. (2007). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Schulke, K., Joshi, M., & Mastal, M.F. (2007). Nursing leadership: Championing quality and patient safety in the boardroom. *Nursing Economic*, 25(6): 323-331.
- SKN. (2009). *Bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan*. Jakarta: DepKes RI.
- Swansburg. (2000). *Pengantar manajemen keperawatan untuk perawat klinis*. Jakarta: EGC Kedokteran.

- Tappen, R.M. (1995). *Nursing leadership and management: Concepts and practice*. Third edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (1993). *Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care*. (2nd. Ed). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Thornlow, D. (2009). Increased risk for patient safety incidents in hospitalized older adults. *Medsurg Nursing*. Pitman: Sep/Oct 2009. Vol 18, Iss. 5; pg. 287, 5 pgs.
- Trinkoff, A.M., et al. (2007). *Personal safety for nurses*. <http://www.ahrq.gov/>. Diperoleh 16 Mei 2011.
- Unruh, L. (2003). Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Medical Care*, 41, 142-152.
- Vazirani, S., et al. (2005). Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration. *American Journal of Critical Care, Proquest Science Journal*, vol. 14, p. 71.
- Wakefield, J.G., & Jorm, C.M. (2009). Patient safety - a balanced measurements framework. *Australian Health Review*, vol. 33.
- Walshe, K., & Boaden, R. (2006). *Patient safety: Research into practice*. New York: Open University Press.
- WHO. (2005). *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse events reporting and learning systems*. WHO: Geneva.
- . (2007). *Nine life saving patient safety solution*. <http://www.who.int>. diperoleh 16 Februari 2011
- . (2010). *Collaborating with WHO*. International Nursing Conference: Cebu City.
- William, A., Dunning, T., & Leach, H. (2010). Reducing medicine errors: a multidisciplinary approach. *Australian Nursing Journal*. North Fitzroy: Dec 2010/Jan 2011. Vol.18, Iss. 6; Pg. 30, 1 pgs.
- Wislow., et al. (2006). *Staffing for safety: a Synthesis of the evidence on nurse staffing and patient safety*. Canadian Health Services research foundation and Foundation canadiene de la recherché sur les services de santé.

Yahya, A.A. (November, 2006). *Konsep dan program patient safety*. Konvensi Nasional Mutu Rumah Sakit Ke VI, Bandung.

Yahya, A.A. (April, 2008). *Patient safety is a key component of risk management*. Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko Klinis RSAB Harapan Kita Jakarta.

Yulia, S. (2010). *Pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien di RS. Tugu Ibu*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.





STANDAR KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Standar keselamatan pasien rumah sakit terdiri dari tujuh standar:

1. Hak pasien

1.1 Standar

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

1.2 Kriteria

1.2.1 Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan

1.2.2 Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan

1.2.3 Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

2. Mendidik pasien dan keluarga

2.1 Standar

2.1.1 Rumah sakit wajib mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan keperawatan.

2.2 Kriteria

2.2.1 Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan *partner* dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien, dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarganya dapat:

(lanjutan)

- 2.2.1.1 Memberikan informasi yang benar, lengkap dan jujur.
- 2.2.1.2 Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga
- 2.2.1.3 Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- 2.2.1.4 Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- 2.2.1.5 Mematuhi instruksi, menghormati dan tenggang rasa
- 2.2.1.6 Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
- 2.2.1.7 Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

3.1 Standar

3.1.1 Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

3.2 Kriteria

3.2.1 Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan ,pelayanan, tindakan, pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.

3.2.2 Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara kesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar

3.2.3 Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.

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

(lanjutan)

4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

4.1 Standar

4.1.1 Rumah sakit merancang proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif kejadian tidak diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

4.2 Kriteria

4.2.1 Setiap rumah sakit melakukan proses perancangan yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.

4.2.2 Setiap rumah sakit melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, dan keuangan.

4.2.3 Setiap rumah sakit melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua kejadian tidak diharapkan, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.

4.2.4 Setiap rumah sakit menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

5.1 Standar

5.1.1 Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.

(lanjutan)

- 5.1.2 Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi resiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi kejadian tidak diharapkan.
 - 5.1.3 Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - 5.1.4 Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
 - 5.1.5 Pimpinan mengatur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
- 5.2 Kriteria
- 5.2.1 Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien
 - 5.2.2 Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari “Kejadian Nyaris Cedera (*near miss*) sampai dengan Kejadian Tidak Diharapkan (*adverse event*).
 - 5.2.3 Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
 - 5.2.4 Tersedia prosedur “cepat tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis
 - 5.2.5 Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah (RCA) “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near Miss*) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.

(lanjutan)

- 5.2.6 Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (*Sentinel Event*) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.
- 5.2.7 Terdapat kolaborasi dalam komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- 5.2.8 Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
- 5.2.9 Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

6.1 Standar

- 6.1.1 Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
- 6.1.2 Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

6.2 Kriteria

- 6.2.1 Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing

(lanjutan)

- 6.2.2 Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden
- 6.2.3 Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

7.1 Standar

- 7.1.1 Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal
- 7.1.2 Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat

7.2 Kriteria

- 7.2.1 Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- 7.2.2 Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada (KKP-RS, 2008)

Sumber: KKP-RS, (2008). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit*. Jakarta: DepKes RI.

TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien

Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil

Langkah penerapan:

1.1. Bagi rumah sakit:

1.1.1 Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah-langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien dan keluarga

1.1.1.1 Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden

1.1.1.2 Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit

1.1.1.3 Lakukan assesmen dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien

1.2 Bagi unit/tim:

1.2.1 Pastikan rekan sekerja anda merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden

1.2.2 Demonstrasikan kepada tim anda ukuran-ukuran yang dipakai di rumah sakit anda untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan atau solusi yang tepat (KKP-RS, 2008)

2. Pimpin dan dukung staf anda

Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit anda

(lanjutan)

Langkah penerapan:

2.1 Untuk rumah sakit:

- 2.1.1 Pastikan ada anggota direksi atau pimpinan yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien
- 2.1.2 Identifikasi disetiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan menjadi penggerak dalam gerakan keselamatan pasien
- 2.1.3 Prioritaskan keselamatan pasien dalam agenda rapat direksi atau pimpinan maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit
- 2.1.4 Masukkan keselamatan pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit anda dan pastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya

2.2 Untuk unit/tim:

- 2.2.1 Nominasikan “penggerak” dalam tim anda sendiri untuk memimpin gerakan keselamatan pasien
- 2.2.2 Jelaskan kepada tim anda relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan gerakan keselamatan pasien
- 2.2.3 Tumbuhkan sikap kesatria yang menghargai pelaporan insiden (KKP-RS, 2008).

3. Intergrasikan aktifitas pengelolaan resiko

Kembangkan sistem dan proses pengelolaan resiko, serta lakukan identifikasi dan assesmen hal yang potensial bermasalah.

Langkah penerapan:

3.1 Untuk rumah sakit:

- 3.1.1 Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen resiko klinis dan non klinis, serta pastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan keselamatan pasien
- 3.1.2 Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan resiko yang dapat dimonitor oleh direksi atau pimpinan rumah sakit

(lanjutan)

3.1.3 Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen resiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.

3.2 Untuk unit/tim:

3.2.1 Bentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu-isu keselamatan pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait

3.2.2 Pastikan ada penilaian resiko pada individu atau pasien dalam proses asesmen resiko rumah sakit

3.2.3 Lakukan proses asesmen resiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap resiko, dan ambillah langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil resiko tersebut

3.2.4 Pastikan penilaian resiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan resiko rumah sakit (KKP-RS, 2008).

4. Kembangkan sistem laporan

Pastikan staf anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian atau insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS).

Langkah penerapan:

4.1 Untuk rumah sakit:

4.1.1 Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun keluar, yang harus dilaporkan ke KPPRS-PERSI

4.2 Untuk unit/tim:

4.2.1 Berikan semangat kepada rekan sekerja anda untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah

(lanjutan)

4.2.2 tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting (KKP-RS, 2008).

5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien

Langkah penerapan:

5.1 Untuk rumah sakit:

- 5.1.1 Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya
- 5.1.2 Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden
- 5.1.3 Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya

5.2 Untuk unit/tim:

- 5.2.1 Pastikan tim anda menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden
- 5.2.2 Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat
- 5.2.3 Pastikan, segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya (KKP-RS, 2008)

(lanjutan)

6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

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

Langkah penerapan:

6.1 Untuk rumah sakit:

- 6.1.1 Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab
- 6.1.2 Kembangkan kajian yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan analisis akar masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satu kali pertahun melakukan *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA) untuk proses resiko tinggi

6.2 Untuk unit/tim:

- 6.2.1 Diskusikan dalam satu tim anda pengalaman dari hasil analisis insiden
- 6.2.2 Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak dimasa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas (KKP-RS, 2008)

7. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Gunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem layanan.

Langkah penerapan:

7.1 Untuk rumah sakit:

- 7.1.1 Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, assesmen resiko, kajian insiden, dan audit serta analisis untuk menentukan solusi setempat

(lanjutan)

- 7.1.2 Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.
- 7.1.3 Lakukan assesmen resiko untuk setiap perubahan yang direncanakan
- 7.1.4 Sosialissikan solusi yang dikembangkan oleh KKPRS-PERSI
- 7.1.5 Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.

7.2 Untuk unit/tim:

- 7.2.1 Libatkan tim anda dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman
- 7.2.2 Telaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim anda dan pastikan pelaksanaannya
- 7.2.3 Pastikan tim anda menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan (KKP-RS, 2008)

SEMBILAN SOLUSI KESELAMATAN PASIEN**1. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike, medication names*)**

Nama obat, rupa dan ucapan mirip (NORUM), yang membingungkan staf pelaksana adalah salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (*medication error*). Dengan puluhan ribu obat yang ada saat ini di pasaran, maka sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan akibat bingung terhadap nama merek atau generik serta kemasan. Solusi NORUM ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan resiko dan memastikan terbacanya resep, label, atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dulu, maupun pembuatan resep secara elektronik.

2. Pastikan identifikasi pasien

Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses identifikasi, standardisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan, dan partisipasi pasien dalam konfirmasi, serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

3. Komunikasi secara benar saat serah terima atau pengoperan pasien

Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima atau pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, dan didalam serta antar tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien. Rekomendasi ditujukan untuk

(lanjutan)

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 pasien serta keluarga dalam proses serah terima.

4. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar

Kasus-kasus dengan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah sebagian besar adalah akibat dan miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar. Faktor yang paling banyak berkontribusi terhadap kesalahan-kesalahan semacam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distandardisasi. Rekomendasinya adalah untuk mencegah jenis-jenis kekeliruan tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi prapembedahan, pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur, dan adanya tim yang terlibat dalam prosedur “*time out*” sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah.

5. Kendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*)

Semua obat-obatan, biologis, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko, cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi adalah berbahaya. Rekomendasinya adalah membuat standardisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah, dan pencegahan pencampuran cairan elektrolit pekat yang spesifik.

(lanjutan)

6. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan

Kesalahan medikasi terjadi paling sering pada saat transisi atau pengalihan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medication errors*) pada titik-titik transisi pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dari seluruh medikasi yang sedang diterima pasien. Bila menuliskan perintah medikasi, komunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang merawat pasien.

7. Hindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*)

Slang, kateter, dan spuit (*syringe*) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang 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 bila sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makan (misalnya slang yang benar), dan bilamana menyambung alat-alat kepada pasien (misalnya menggunakan sambungan dan slang yang benar).

8. Gunakan Alat injeksi sekali pakai

Salah satu keprihatinan global terbesar adalah penyebaran HIV, HBV, dan HCV yang diakibatkan pemakaian ulang dari jarum suntik. Rekomendasinya adalah perlunya melarang pemakaian ulang jarum di fasilitas layanan kesehatan, pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga layanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga

(lanjutan)

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

9. Tingkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial

Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif primer untuk pencegahan infeksi nosokomial. Rekomendasinya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan "*alcohol-based hand-rubs*" tersedia pada titik-titik pelayanan. Tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan taangan yang benar dan mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja; dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan / observasi dan teknik-teknik yang lain.

Sumber:

KKP-RS. (2008). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit*. Jakarta: DepKes RI

WHO. (2007). *Nine life saving patient safety solution*. <http://www.who.int>. diperoleh 16 Februari 2011

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian: Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

Saya, Yully Harta Mustikawati, NPM 0906505180. Merupakan Mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Manajemen dan Kepemimpinan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya bermaksud mengadakan penelitian tentang Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah. Data yang diperoleh akan direkomendasikan sebagai landasan untuk meningkatkan upaya pencegahan terjadinya KNC dan KTD dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan khususnya dan pelayanan kesehatan pada umumnya.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap perawat maupun institusi. Peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara menjaga kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh. Peneliti juga akan menjunjung prinsip keadilan dengan tidak membedakan perlakuan pada satu subyek dengan subyek yang lain.

Peneliti sangat mengharapkan partisipasi dari sejawat. Atas kesediaan dan partisipasinya dalam penelitian ini, diucapkan terima kasih.

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan di atas, saya memahami tujuan dan manfaat penelitian ini. Saya mengerti bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung hak-hak saya sebagai responden serta saya menyadari penelitian ini tidak akan berdampak negatif terhadap saya dan institusi tempat saya bekerja.

Saya mengetahui bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan mutu asuhan keperawatan di Rumah Sakit Pondok Indah. Dengan ditanda tangannya surat persetujuan ini, maka saya bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta,Maret 2011
Responden

(.....)

PERNYATAAN RESPONDEN TENTANG HASIL KONFIRMASI

Saya sebagai responden dalam penelitian Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta:

Nama :

Tempat tanggal lahir :

Jenis kelamin :

Unit kerja :

Status kawin :

Menyatakan bahwa data yang dikonfirmasi melalui dokumen, adalah benar data saya
Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagai data dalam penelitian

Jakarta,Maret 2011
Responden

(.....)

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian: Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) Dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

Saya, Yully Harta Mustikawati, NPM 0906505180. Merupakan mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Manajemen dan Kepemimpinan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya bermaksud mengadakan penelitian tentang Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) Di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah.

Penelitian ini akan dilakukan dengan cara studi retrospektif. Studi ini merupakan studi yang dilakukan setelah pelayanan diberikan, dengan cara menelaah dokumen yang ada. Dokumen yang akan dianalisis berupa: 1) laporan kejadian (*incident report* yang dikeluarkan dan yang diterima oleh Departemen Keperawatan), 2) dokumen atau file pasien, 3) dokumen daftar dinas di unit perawatan, 4) dokumen kompetensi perawat, 5) dokumen rekapitulasi *training* perawat, 6) dokumen laporan *duty officer*, 7) dokumen *log book* unit, 6) dokumen pengembangan perawat dan 8) dokumen inventarisasi alat.

Data yang diperoleh dari studi dokumentasi tersebut untuk melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan KNC dan KTD. Data ini akan direkomendasikan sebagai landasan dan upaya untuk meminimalkan bahkan mencegah terjadinya Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Hal ini untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di RSPI khususnya dan pelayanan kesehatan pada umumnya.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap institusi. Peneliti menghargai dan menjunjung tinggi kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh. Peneliti juga akan menjunjung prinsip keadilan dengan tidak membedakan perlakuan pada satu subyek dengan subyek yang lain.

Peneliti sangat mengharapkan kesediaan dari pimpinan (dalam hal ini Direktur/COO Rumah sakit pondok Indah) memberikan ijin pada peneliti dalam pengambilan data tersebut. Atas kesediaan dan partisipasinya dalam penelitian ini, peneliti mengucapkan terima kasih. Jika terdapat hal yang perlu dikonfirmasi dapat menghubungi peneliti di nomor Hp. 08129722709 atau email yullyharta@gmail.com

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan di atas, saya selaku Direktur Rumah Sakit Pondok Indah, memahami tujuan dan manfaat penelitian ini. Saya mengerti bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi kerahasiaan dokumen dan data yang diberikan, dan penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak yang negatif terhadap institusi Rumah Sakit Pondok Indah.

Saya mengetahui bahwa data yang diperoleh dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan mutu asuhan keperawatan di Rumah Sakit Pondok Indah. Dengan ditanda tangannya surat persetujuan ini, maka saya menyetujui dokumen dan data yang dibutuhkan dalam penelitian ini dipakai oleh peneliti, untuk kegunaan penelitian.

Jakarta, Maret 2011
Direktur Rumah Sakit Pondok Indah

(.....)



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 710/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : -
Perihal : Permohonan pengambilan data awal

4 Maret 2011

Yth. Direktur
RS. Pondok Indah
Jakarta

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

Sdr. Yully Harta Mustikawati
0906505180

bersama ini kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa untuk mencari data awal di RS. Pondok Indah Jakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

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

Dekan,

kye Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Manajer Keperawatan RS. Pondok Indah
3. Manajer HRD RS. Pondok Indah
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. 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

Nomor : 858/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

17 Maret 2011

Yth. Direktur
RS. Pondok Indah
Jakarta

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. Yully Harta Mustikawati
0906505180

akan mengadakan penelitian dengan judul "**Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadi Tidak Diharapkan di Unit Perawatan RS. Pondok Indah Jakarta**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa tersebut untuk mengadakan penelitian di RS. Pondok Indah Jakarta.

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. Manajer Keperawatan RS. Pondok Indah
3. Manajer SDM RS. Pondok Indah
4. Kepala Medikal Record RS. Pondok Indah
5. Sekretaris FIK-UI
6. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
7. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
8. Koordinator M.A. "Tesis"
9. Peringgal

No.: 401/COO-RSPI/2011

Jakarta, 6 April 2011

Kepada
Yth. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI
Kampus UI
Depok

Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Dengan hormat,

Menanggapi surat Ibu No: 858/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 yang kami terima pada tanggal 5 April 2011 perihal permohonan ijin bagi mahasiswa :

Yully Harta Mustikawati
0906505180

untuk melakukan penelitian dengan judul "Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian tidak Diharapkan di Unit Perawatan RS Pondok Indah", dengan ini kami sampaikan bahwa kami tidak berkeberatan atas permohonan Ibu tersebut.

Untuk teknis pelaksanaannya, mohon yang bersangkutan berkoordinasi dengan Manager Nursing Services RS Pondok Indah.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian Ibu kami mengucapkan terima kasih.

Hormat kami,
RUMAH SAKIT PONDOK INDAH



Yully Dr. Agus Wahyudi, MBA
Chief Operating Officer

Tembusan Yth.:

1. Chief Executive Officer
2. Manager Nursing Services
3. Manager HRD
4. Arsip.



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 :

Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta.

Nama peneliti utama : **Yully Harta Mustikawati**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 4 April 2011

Ketua,



Dekan,
Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yully Harta Mustikawati
 Tempat, tanggal lahir : Jakarta, 5 Juli 1974
 Jenis kelamin : Perempuan
 Pekerjaan : Perawat
 Alamat rumah : Villa Inti Persada Blok C5 No. 36
 Pamulang Timur-Tangerang Selatan
 (08129722709)
 Alamat institusi : RS. Pondok Indah Jl. Metro Duta
 Kav.UE No.40 Pondok Indah, Jak-Sel.
 12310, Telp. (021-7657525)



Riwayat Pendidikan:

1. Program Magister FIK-UI : 2009-2011
2. S1 Keperawatan FIK-UI : 1998-2001
3. D3 Keperawatan Dep-Kes RI Jakarta : 1993-1996
4. SMAN 28 Jakarta : 1990-1993
5. SMP Budi Mulia Desa Putera Jakarta : 1987-1990
6. SD Budi Mulia Desa Putera Jakarta : 1981-1987
7. TK. Wijaya Kusuma Jakarta : 1980-1981

Riwayat Pekerjaan:

1. Kepala Unit Perawatan RS. Pondok Indah : 2004-2011
2. *Nurse In Charge* RS. Pondok Indah : 2000-2004
3. Perawat pelaksana RS. Pondok Indah : 1997-2000