



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN  
DENGAN TINDAKAN ASUHAN KEPERAWATAN DALAM  
UPAYA KESELAMATAN PASIEN DI INSTALASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK I R.S. SUKANTO  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**RINDIA NURWIDIA PERMATASARI  
0706273884**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
PEMINATAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
DEPOK  
JANUARI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN  
DENGAN TINDAKAN ASUHAN KEPERAWATAN DALAM  
UPAYA KESELAMATAN PASIEN DI INSTALASI RAWAT  
INAP RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK. I R.S. SUKANTO  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**RINDIA NURWIDIA PERMATASARI  
0706273884**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
PEMINATAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
DEPOK  
JANUARI 2012**

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rindia Nurwidia Permatasari  
NPM : 0706272884  
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Kekhususan : Manajemen Rumah Sakit  
Tahun : 2007  
Jenjang : Sarjana

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

**“Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan Tindakan Asuhan Keperawatan dalam Upaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I R.S. Sukanto Tahun 2011”**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.



Depok, Januari 2012

  
(Rindia N. Permatasari)

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

**Nama : Rindia Nurwidia Permatasari**

**NPM : 0706273884**

**Tanda Tangan : **

**Tanggal : 13 Januari 2012**

## HALAMAN PENGESAHAN

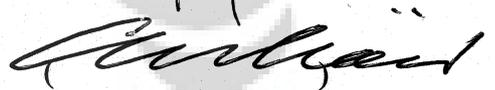
Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Rindia Nurwidia Permatasari  
NPM : 0706273884  
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Judul Skripsi : Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan Tindakan Asuhan Keperawatan dalam Upaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I R.S. Sukanto Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Puput Oktamianti, SKM, M.M. (  )

Penguji : Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, D.Sc (  )

Penguji : AKBP. Ns. Ni Luh Putu Martini, S. Kep (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Januari 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas berkat dan rahmatNya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan Tindakan Asuhan Keperawatan dalam Upaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto pada Tahun 2011”. Penyusunan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada peminatan Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, baik dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Kedua orangtua dan keluarga (Mas Randy, Redha, dan Revi) serta keluarga besar yang telah memberikan dukungan dan bantuan baik berupa material maupun moril.
2. Puput Oktamianti, SKM, MM, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran dalam mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini.
3. Pihak Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto, yang telah mengizinkan sebagai tempat penelitian dan membantu dalam usaha memperoleh data di Instalasi Rawat Inap.
4. Ns. Ni Luh Putu Martini, S.Kep, selaku Kepala Sub bidang Yanmedwat Rumkit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto yang telah menyediakan waktu untuk berdiskusi dalam penelitian serta menjadi penguji sidang skripsi.
5. Prof. Anhari Achadi, SKM, Dsc, atas kesediaan waktu sebagai penguji sidang skripsi dan memberikan masukan terhadap penyempurnaan skripsi.
6. Resky Fitriyanti dan Terry Yuliana, yang telah membantu memberi masukan dan mengkritik proses penyusunan skripsi.
7. Civitas Akademika UI, Nahri Syatina, Wenny Prasetya, Oktaviani, Fufah, Diva Famitalia, Abi Trison, Wilda Hajar, Tiana Novianka, Bea, Rami, Glenn, Arin, Nanda, Dinda, Wulansari, Yuni, Maya, Fizah, Ati, Shree, Suzi, Laila

yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis. *Thanks a lot!*  
*You guys rock!*

8. Teman seperjuangan yang memberikan dukungan selama proses penyusunan skripsi, Iput, Naila, Shely.
9. 내 한국 친구에게, 지원 정말 감사합니다. 당신이 모두를 그리워! 내가 해냈어!
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang telah membantu penulis dalam menjalani skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi masih ada kekurangan oleh karena itu apabila ada kritik dan saran yang bermanfaat dan membangun dapat dikirimkan ke [rindianp@gmail.com](mailto:rindianp@gmail.com). Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang membantu. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi Anda dan bagi perkembangan ilmu kesehatan masyarakat khususnya implementasi dalam manajemen rumah sakit. Terima Kasih.

Jakarta, 19 Januari 2012

Rindia N. Permatasari

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

---

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

Nama : Rindia Nurwidia Permatasari  
NPM : 0706273884  
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Skripsi

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 Faktor-faktor yang berhubungan dengan Tindakan Asuhan Keperawatan dalam Upaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I R.S. Sukanto Tahun 2011”

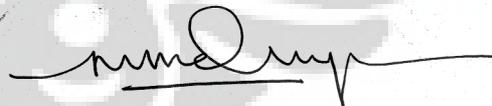
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggung jawab saya pribadi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : Januari 2012

Yang menyatakan



(Rindia N. Permatasari)

## ABSTRAK

Nama : Rindia Nurwidia Permatasari  
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Judul : Analisis Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Tindakan Asuhan Keperawatan dalam Upaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.S. Sukanto Tahun 2011

Penelitian ini membahas mengenai analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Kramat Jati pada tahun 2011. Analisis pelayanan keperawatan diteliti berdasar pada komponen kualifikasi perawat, waktu kerja perawat, dan lingkungan organisasi rumah sakit dengan menggunakan perawat pelaksana sebagai subjek penelitian. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif desain *cross sectional*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih terdapat 22% perawat pelaksana yang menilai bahwa tindakan asuhan keperawatan yang tidak aman. Penilaian berdasarkan tindakan asuhan keperawatan berdasar pada solusi praktik keselamatan pasien. Hasil penelitian uji bivariat dengan menggunakan *chi-square* menunjukkan variabel masa kerja perawat dan kondisi kerja memiliki hubungan yang signifikan dengan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien.

Kata Kunci: Pelayanan Keperawatan, Tindakan Asuhan Keperawatan, Keselamatan Pasien

## **ABSTRACT**

Name : Rindia Nurwidia Permatasari  
Study Program : Bachelor of Public Health  
Title : Analyzing the Factors correlating to Nurse Care Practices  
Based on Patient Safety in Inpatient Ward at Bhayangkara  
Tingkat I R. Said Sukanto Hospital in the Year 2011

This research attempts to analyze the factors that correlates to nurse care practices based on patient safety in inpatient ward at Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Hospital in the Year 2011. Furthermore to analyze the nurse delivery services that includes component of nurse qualification, working time, organizational environment with nurse staff as the research subject. This research is conducted with quantitative method and cross sectional design. Result shows that there are still 22% nurse staff with unsafe nurse care practices. The assesment of the nurse care practices is based on the solutions of patient safety practices. Resulting the research of bivariat test using chi-square shows in the period of employment and work conditions have significant corelation to nurse care practices based on patient safety.

Key words: Nursing services, Nurse care practices, Patient Safety

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	iii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH</b> .....	vii
<b>ABSTRAK</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xviii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	7
1.4 Tujuan Penelitian .....	8
1.4.1 Tujuan Umum .....	8
1.4.2 Tujuan Khusus .....	8
1.5 Manfaat Penelitian .....	9
1.5.1 Bagi Rumah Sakit.. .....	9
1.5.2 Bagi Penulis .....	9
1.5.3 Bagi Lembaga Pendidikan.....	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	10
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Pelayanan Keperawatan .....	11
2.1.1 Definisi Perawat .....	11
2.1.2 Peran Perawat .....	11
2.1.3 Asuhan Keperawatan .....	14
2.1.4 Standar Asuhan Keperawatan.....	15
2.1.5 Tindakan Asuhan Keperawatan.....	15
2.1.6 Standar Pelayanan Keperawatan .....	16
2.2 Administrasi Pelayanan Keperawatan .....	17
2.2.1 Kualifikasi Perawat.....	18
2.2.1.1 Pendidikan.....	18
2.2.1.2 Masa Kerja.....	19
2.2.2 Waktu Kerja.....	20
2.2.3 Lingkungan Organisasi.....	21
2.2.3.1 Rekan Kerja.....	23
2.2.3.2 Kondisi Kerja.....	23
2.2.3.3 Supervisi.....	24
2.2.3.4 Standar Operasional Prosedur .....	24
2.2 Keselamatan Pasien .....	26

2.3.1	Definisi Keselamatan Pasien .....	27
2.3.2	Tujuan Keselamatan Pasien .....	27
2.3.3.1	Aspek Keselamatan Pasien .....	27
2.3.3.2	Mencegah Kesalahan Obat ( <i>Medication Error</i> ).....	28
2.3.3.3	Mengidentifikasi Pasien secara Benar .....	29
2.3.3.4	Komunikasi secara Benar saat Serah Terima dan Pengoperan Pasien.....	30
2.3.3.5	Pelaksanaan Pembedahan Sisi Tubuh yang Tepat.....	31
2.3.3.6	Pengendalian Cairan dan Elektrolit Pekat ( <i>Concentrated</i> ) secara Benar .....	32
2.3.3.7	Pemberian Obat yang Akurat pada saat Pengalihan Pelayanan.....	33
2.3.3.8	Pemasangan Kateter dan Slang ( <i>tube</i> ) secara Benar .....	33
2.3.3.9	Penggunaan Alat Injeksi Sekali Pakai.....	34
2.3.3.10	Kebersihan Tangan ( <i>hand hygiene</i> ) dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial.....	34
2.3.4	Dampak Keselamatan Pasien.....	35
2.4	Persepsi dan Penilaian .....	36
2.4.1	Penilaian Sendiri ( <i>Self-Assesment</i> ) .....	36
2.4.2	Penilaian oleh Atasan .....	38

### **BAB 3 GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK. I RADEN SAID SUKANTO**

3.1	Profil .....	39
3.2	Visi, Misi, dan Motto .....	39
3.3	Komitmen Rumah Sakit.....	40
3.4	Tujuan Jangka Menengah .....	41
3.5	Sasaran Prioritas Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.S. Sukanto .....	43
3.6	Struktur Organisasi Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.S. Sukanto .....	43
3.7	Komposisi Jumlah Pegawai Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.S. Sukanto .....	45
3.8	Fasilitas dan Jenis Pelayanan Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.S. Sukanto .....	46
3.8.1	Fasilitas Pelayanan .....	46
3.8.2	Jenis Pelayanan .....	47
3.9	Instalasi Rawat Inap A, B, C .....	49
3.9.1	Perawat di Instalasi Rawat Inap A, B, C .....	49
3.9.2	Kegiatan di Instalasi Rawat Inap A, B, C .....	49
3.9.3	Alur Pasien Rawat Inap A, B, C .....	51

## **BAB 4 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL**

4.1	Kerangka Teori .....	55
4.2	Kerangka Konsep .....	56
4.3	Definisi Operasional .....	60

## **BAB 5 METODE PENELITIAN**

5.1	Desain Penelitian .....	62
5.2	Waktu dan Tempat Penelitian .....	62
5.3	Populasi dan Sampel Penelitian .....	62
5.3.1	Populasi Penelitian .....	62
5.3.2	Sampel Penelitian .....	63
5.4	Teknik Pengumpulan Data .....	65
5.4.1	Sumber Data .....	65
5.4.2	Instrumen Penelitian .....	65
5.4.3	Cara Pengumpulan Data .....	66
5.4.3.1	Tahap Persiapan Pengumpulan Data .....	66
5.4.3.2	Tahap Pelaksanaan .....	66
5.5	Etika Penelitian .....	66
5.6	Manajemen Data (Pengolahan data) .....	67
5.7	Uji Awal Kuesioner .....	69
5.7.1	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas .....	70
5.8	Analisis Data .....	73
5.8.1	Analisis Univariat .....	73
5.8.2	Analisis Bivariat .....	74

## **BAB 6 HASIL PENELITIAN**

6.1	Gambaran Karakteristik Responden .....	75
6.2	Hasil Analisis Univariat .....	76
6.2.1	Distribusi Perawat Pelaksana Berdasarkan Kualifikasi Responden .....	77
6.2.1.1	Pendidikan .....	77
6.2.1.2	Masa Kerja .....	77
6.2.2	Distribusi Perawat Pelaksana Berdasarkan Waktu Kerja .....	78
6.2.3	Distribusi Perawat Pelaksana Berdasarkan Lingkungan Organisasi .....	78
6.2.3.1	Rekan Kerja .....	78
6.2.3.2	Kondisi Kerja .....	81
6.2.3.3	Supervisi .....	82
6.2.3.4	Standar Operasional Prosedur .....	83
6.2.4	Tindakan Asuhan Keperawatan dalam Upaya Keselamatan Pasien .....	84
6.3	Hasil Analisis Bivariat .....	88
6.3.1	Hubungan Kualifikasi dengan Tindakan Asuhan Keperawatan .....	89
6.3.1.1	Hubungan Pendidikan dengan Tindakan Asuhan Keperawatan .....	89
6.3.1.2	Hubungan Masa Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan .....	90
6.3.2	Hubungan Waktu Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan .....	91
6.3.3	Hubungan Lingkungan Organisasi dengan Tindakan Asuhan Keperawatan .....	92
6.3.3.1	Hubungan Rekan Kerja dengan Tindakan Asuhan .....	

Keperawatan .....	92
6.3.3.2 Hubungan Kondisi Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan .....	94
6.3.3.3 Hubungan Supervisi dengan Tindakan Asuhan Keperawatan..	95
6.3.3.4 Hubungan Standar Operasional Prosedur dengan Tindakan Asuhan Keperawatan.....	96
6.4 Hasil Faktor-faktor yang berhubungan dengan Tindakan Asuhan Keperawatan .....	98

## **BAB 7 PEMBAHASAN**

7.1 Keterbatasan Penelitian .....	99
7.2 Tindakan Asuhan Keperawatan .....	100
7.3 Kualifikasi Perawat .....	105
7.3.1 Pendidikan.....	105
7.3.2 Masa Kerja .....	107
7.4 Waktu Kerja .....	108
7.5 Lingkungan Organisasi .....	110
7.5.1 Rekan Kerja.....	110
7.5.2 Kondisi Kerja .....	111
7.5.3 Supervisi .....	112
7.5.4 Standar Operasional Prosedur.....	114

## **BAB 8 SIMPULAN DAN SARAN**

8.1 Simpulan .....	115
8.2 Saran .....	117

## **DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

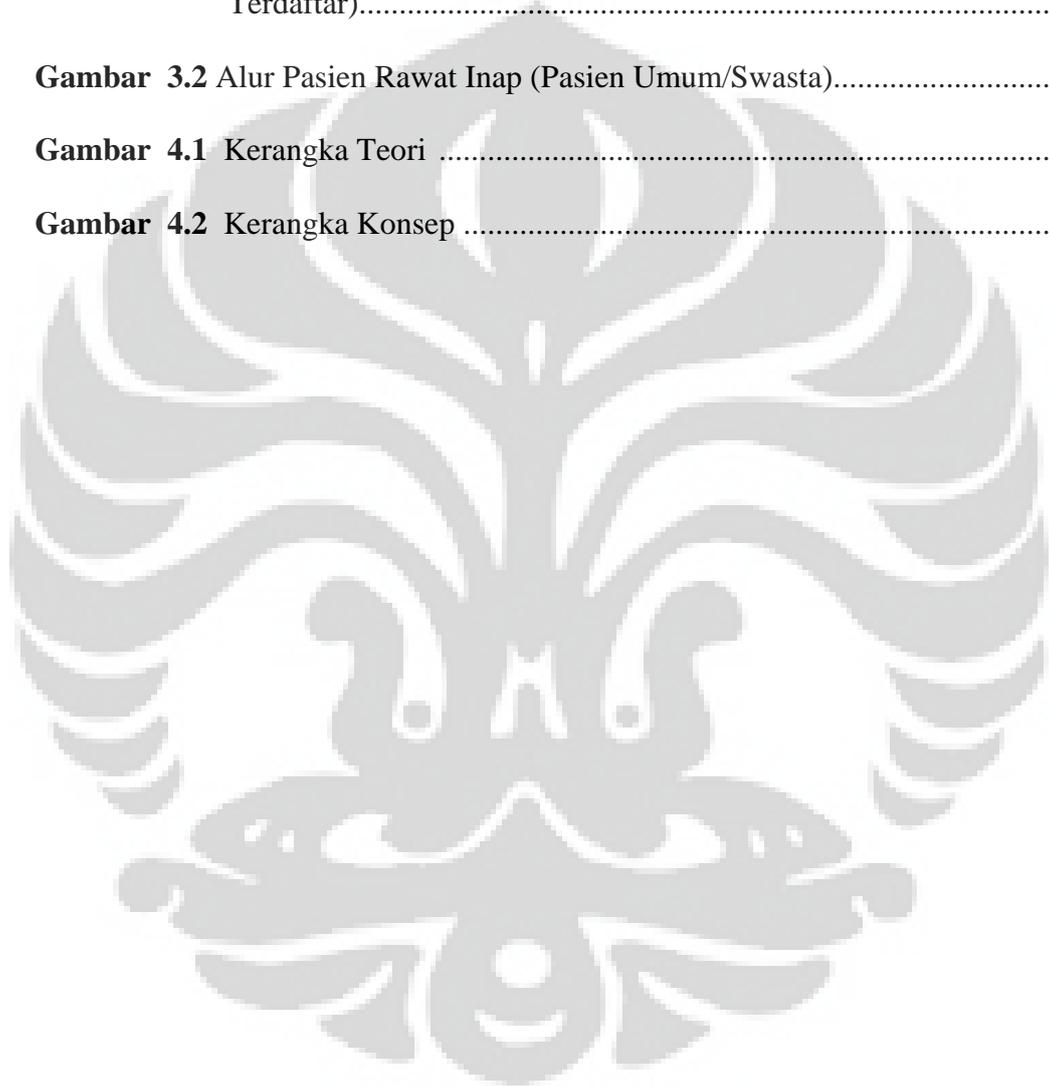
<b>Tabel 3.1</b> Komposisi Jumlah Pegawai Menurut Kualifikasi di RS Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	45
<b>Tabel 3.2</b> Jumlah Perawat di Instalasi Rawat Inap A, B, C Tahun 2011 .....	49
<b>Tabel 4.1</b> Definisi Operasional.....	59
<b>Tabel 5.1</b> Distribusi Pengambilan Sampel Responden di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R.Said Sukanto pada Tahun 2011 .....	64
<b>Tabel 5.2</b> Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Variabel Independen	70
<b>Tabel 5.3</b> Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Variabel Dependen ..	72
<b>Tabel 5.4</b> Penggunaan Uji Statistik dalam Analisis Bivariat .....	74
<b>Tabel 6.1</b> Distribusi Gambaran Karakteristik Responden di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Tahun 2011...	75
<b>Tabel 6.2</b> Distribusi Persebaran Nilai pada Variabel Independen di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	76
<b>Tabel 6.3</b> Distribusi Perawat Pelaksana Berdasarkan Pendidikan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	77
<b>Tabel 6.4</b> Distribusi Perawat Pelaksana Berdasarkan Masa Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	77
<b>Tabel 6.5</b> Distribusi Hasil Pernyataan Perawat Pelaksana Berdasarkan Waktu Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	78
<b>Tabel 6.6</b> Distribusi Hasil Penelitian terhadap Perawat Pelaksana Berdasarkan Waktu Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	79
<b>Tabel 6.7</b> Distribusi Hasil Pernyataan Perawat Pelaksana Berdasarkan Rekan Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	79

<b>Tabel 6.8</b> Distribusi Hasil Penelitian terhadap Perawat Pelaksana Berdasarkan Rekan Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	80
<b>Tabel 6.9</b> Distribusi Hasil Pernyataan Perawat Pelaksana Berdasarkan Kondisi Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	81
<b>Tabel 6.10</b> Distribusi Hasil Penelitian terhadap Perawat Pelaksana Berdasarkan Kondisi Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	82
<b>Tabel 6.11</b> Distribusi Hasil Pernyataan Perawat Pelaksana Berdasarkan Supervisi di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	82
<b>Tabel 6.12</b> Distribusi Hasil Penelitian Perawat Pelaksana Berdasarkan Supervisi di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	83
<b>Tabel 6.13</b> Distribusi Hasil Pernyataan Perawat Pelaksana Berdasarkan Standar Operasional Prosedur di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	84
<b>Tabel 6.14</b> Distribusi Hasil Penelitian terhadap Perawat Pelaksana Berdasarkan Standar Operasional Prosedur di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	84
<b>Tabel 6.15</b> Distribusi Hasil Penilaian Perawat Pelaksana Menurut Tindakan Asuhan Keperawatan dalam Upaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	85
<b>Tabel 6.16</b> Distribusi Perawat Pelaksana Menurut Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	87
<b>Tabel 6.17</b> Hubungan Pendidikan dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	89
<b>Tabel 6.18</b> Hubungan Masa Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	90

<b>Tabel 6.19</b> Hubungan Waktu Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011.....	91
<b>Tabel 6.20</b> Hubungan Rekan Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011.....	92
<b>Tabel 6.21</b> Hubungan Kondisi Kerja denganTindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun .....	94
<b>Tabel 6.22</b> Hubungan Supervisi denganTindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011.....	95
<b>Tabel 6.23</b> Hubungan Standar Operasional Prosedur (SOP) dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Tahun 2011 .....	96
<b>Tabel 6.24</b> Hubungan Kualifikasi Perawat Pelaksana, Waktu Kerja, dan Lingkungan Organisasi dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto 2011.....	98

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 2.1</b> Konsep Hubungan Administasi Pelayanan Perawat dengan Kualitas Pelayanan dan Keselamatan Pasien .....	18
<b>Gambar 2.2</b> Model Akurasi Persepsi Pribadi .....	36
<b>Gambar 3.1</b> Alur Pasien Rawat Inap (Anggota Polri/PNS Polri dan Keluarga Terdaftar).....	51
<b>Gambar 3.2</b> Alur Pasien Rawat Inap (Pasien Umum/Swasta).....	53
<b>Gambar 4.1</b> Kerangka Teori .....	55
<b>Gambar 4.2</b> Kerangka Konsep .....	56



## **DAFTAR LAMPIRAN**

**Lampiran 1** Kuesioner Penelitian

**Lampiran 2** Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Olah Data SPSS

**Lampiran 3** Hasil Uji Kuesioner Penelitian Olah Data SPSS

**Lampiran 4** Surat Izin Penelitian



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Salah satu upaya dalam mewujudkan keadaan sehat bagi semua pihak yaitu penyelenggaraan pelayanan kesehatan (Blum, 1976 dalam Azwar, 1996). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yakni diantaranya yaitu penyelenggaraan rumah sakit. Menurut *American Hospital Association* (1974), rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien. Setiap pasien memiliki hak dalam menerima pelayanan yang efektif dan aman setiap saat.

Keselamatan pasien merupakan isu global yang mempengaruhi setiap negara pada berbagai level perkembangan. Namun demikian, data jumlah estimasi permasalahan yang terjadi sulit diketahui terutama di negara berkembang dan transisi. Dapat diperkirakan jutaan pasien di seluruh dunia menderita cacat, kecelakaan atau kematian setiap tahun akibat dari pelayanan medis yang tidak aman. Infeksi dalam pelayanan kesehatan, kesalahan diagnosis, penundaan pengobatan, kecelakaan akibat kurangnya kemampuan penggunaan alat kesehatan, kerugian akibat kesalahan pengobatan merupakan penyebab umum yang dapat dicegah dalam memberikan pelayanan bagi pasien (*World Health Organization (WHO) Summary of Evidence on Patient Safety: Solutions for Research*, 2008).

Setidaknya, setiap harinya ratusan ribu error atau kesalahan terjadi dalam sistem pelayanan kesehatan (WHO, 2008). Beberapa kejadian dapat mengakibatkan kejadian yang menimbulkan malapetaka dan lainnya berupa *near misses* yang hampir tidak diketahui. Dalam kurun waktu beberapa tahun ini, sistem pelaporan dalam upaya keselamatan pasien telah berkembang dalam rumah sakit yang memberikan laporan rutin informasi *near misses* dan kecelakaan yang terjadi. Akan tetapi, penggunaan sistem pelaporan ini terbatas. Data yang dikumpulkan tidak lengkap atau terstandar dan membutuhkan biaya yang tidak

kecil. Sistem pelayanan kesehatan harus secara simultan dapat memberikan akses yang mudah bagi tenaga profesional kesehatan terkait dengan upaya pencegahan dan peningkatan kualitas pelayanan (*Institute of Medicine*, 2004).

Infeksi yang terjadi saat pelayanan kesehatan diestimasikan dapat mempengaruhi 1,4 juta orang. Di negara maju, korban infeksi mencapai 5-10% dari pasien yang terdaftar di rumah sakit, sedangkan di negara berkembang sebanyak seperempat dari seluruh pasien kemungkinan terinfeksi oleh infeksi dalam pelayanan kesehatan. Adanya peningkatan tajam mengenai resistensi antimikroba di dunia merupakan hal yang krusial sehingga penelitian juga dapat berfokus pada mengurangi resistensi terhadap obat dan menyebarkan resistensi obat patogen (*WHO Patient Safety Preamble*, 2007).

Pada tahun 2000, badan kesehatan dunia mengestimasikan bahwa 16 juta injeksi teradministrasi setiap tahun di negara berkembang dan transisi ekonomi, sekitar 95% merupakan tindakan kuratif. Di seluruh dunia, 39,6% injeksi diberikan dengan *syringe* dan jarum yang telah digunakan tanpa sterilisasi. Di beberapa negara, injeksi yang sudah terpakai dibuang dengan cara yang tidak aman yang dapat dipergunakan kembali ke pasar ilegal. Setiap tahunnya, pemakaian injeksi yang tidak aman menyebabkan estimasi 1,3 juta kematian. Perubahan perilaku dari tenaga medis dan pasien dalam memastikan ketersediaan alat dan pengelolaan limbah yang sesuai dapat secara signifikan meningkatkan keamanan tindakan injeksi (*WHO Summary of the Evidence on Patient Safety*, 2008).

Sebagai salah satu unsur sumber daya manusia di rumah sakit, perawat memiliki peranan penting secara langsung dalam praktik pelayanan kesehatan bagi pasien. Perawat merupakan posisi kunci dalam meningkatkan kualitas pelayanan melalui intervensi dan strategi pelayanan kesehatan (Mitchell, 2008). Dalam studi *cross sectional* terhadap rumah sakit di Amerika dengan sumber data administratif yaitu membuktikan adanya hubungan rendahnya jumlah ketenagaan perawat dengan peningkatan jumlah mortalitas pada pasien (Needleman, 2011).

Standar asuhan keperawatan yang diterapkan di rumah sakit harus mencakup tindakan asuhan yang sesuai dengan standar prosedur sehingga tidak membahayakan keselamatan pasien. Tindakan asuhan keperawatan di rumah sakit

menjadikan suatu kesatuan terhadap pencitraan rumah sakit sehingga perlu memperhatikan berbagai aspek yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan. Proses tindakan asuhan keperawatan harus dapat terorganisir dan bersinergis dalam memenuhi aspek pelayanan kesehatan yang berbasis mutu dan keselamatan pasien. Perawat merupakan area yang kritis terhadap surveilans dan koordinasi yang dapat mengurangi dampak yang merugikan (Hughes, 2008). Komitmen manajemen rumah sakit perlu melakukan upaya dalam menerapkan pelayanan yang aman dan sesuai kebutuhan pasien. Diperlukan upaya fungsi manajemen keperawatan yaitu merencanakan, menggerakkan, mengevaluasi serta tindakan asertif dari perawat dalam berperan di institusi pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit.

Pada akhir abad ke-19, Florence Nightingale dalam Clancy (2005) telah memperingatkan '*do the sick no harm*' yaitu merawat orang sakit dengan cara yang tidak membahayakan. Namun, diperlukan waktu hingga saat ini untuk membuat suatu momentum pergerakan keselamatan pasien oleh *Institute of Medicine (IOM)* dalam laporan yaitu *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Clancy, 2005).

Pelayanan kesehatan dalam medis yang tidak aman dapat merepresentasikan sumber utama dari morbiditas dan mortalitas di dunia (Needleman, 2011). Salah satu dari tantangan struktural dalam sistem kesehatan yaitu ketidaktersediaan jumlah tenaga kesehatan yang berkualifikasi dan kurangnya pengetahuan mengenai pelayanan yang aman. Dalam negara berkembang dan transisi diestimasikan jutaan kurangnya jumlah tenaga medis dalam melakukan minimal pelayanan yang aman (WHO, 2008).

Upaya peningkatan kualitas dan transformasi dalam sistem kesehatan merupakan usaha tim yang tiap anggota memiliki peran dan kontribusi yang signifikan dalam bagian sistem tersebut. Peran yang signifikan dimiliki oleh perawat dalam melakukan pelayanan dengan seaman mungkin. Perspektif perawat sangat luas dan mendalam dalam mengetahui penyebab tindakan kesalahan dan pencegahan. Perawat merupakan bagian dari tim interprofesional atau

multidisiplin dalam mendapatkan solusi inovatif untuk meningkatkan keamanan dan memberi keuntungan bagi pasien (Hughes, 2008).

Lingkungan pekerjaan yakni lingkungan organisasi rumah sakit dapat menentukan kualitas dan keamanan pelayanan perawat kepada pasien. Sebagai jumlah tenaga terbesar dalam ketenagaan kesehatan, perawat mengaplikasikan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman untuk memberikan variasi dan perubahan kebutuhan oleh pasien. Bagian terbesar dari permintaan pelayanan pasien yaitu sentral pada pekerjaan perawat. Pelayanan yang memiliki standar seperti mis alokasi sumber daya dan kurangnya kebijakan dan standar yang tidak sesuai menghasilkan dampak pelayanan langsung yang menjadi suatu tanggung jawab perawat (Carayon, 2008). Dalam memahami kompleksitas lingkungan pekerjaan dapat disinergikan dengan melakukan strategi untuk meningkatkan kualitas dan keamanan pelayanan. Penekanan pada peningkatan sistem kesehatan dapat menciptakan perawat memberikan pelayanan yang tepat dan pasien mendapat manfaat keamanan dan kualitas dari pelayanan.

Institusi pelayanan kesehatan yang diselenggarakan bagi pasien memiliki situasi lingkungan yang memiliki interaksi kompleks antar berbagai faktor yaitu penyakit, tenaga medis, teknologi, kebijakan, prosedur, dan sumber daya. Faktor yang kompleks tersebut berinteraksi dapat menghasilkan dampak yang membahayakan dan tidak terantisipasi. Kesalahan pada manusia (*human error*) dapat didefinisikan sebagai kegagalan dari perencanaan dari tindakan mental atau fisik yang terjadi atau penggunaan perencanaan yang salah dalam mencapai suatu dampak atau keluaran. Kesalahan merupakan suatu fenomena kognitif karena mencerminkan tindakan manusia akibat dari aktivitas kognitif. *Near miss* dapat didefinisikan sebagai peristiwa, situasi, atau kejadian yang dapat tetapi belum terjadi yang menyebabkan konsekuensi yang merugikan pasien (*Institute of Medicine*, 2004). Kejadian *near miss* merupakan potensi menjadi suatu faktor yang dapat menjadi tindakan kesahalan atau membahayakan apabila tidak ada perubahan dalam meminimalkan kejadiannya.

Dalam studi review *The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety*, menyatakan bahwa ada bukti kuat ketenagaan dan alur desain kerja mempengaruhi kesalahan dalam medis dan dampak keselamatan pasien. Di samping itu juga terdapat penelitian oleh *Agency of Health Research and Quality (AHRQ)* tahun mengenai ketenagaan perawat yaitu integral dengan keselamatan pasien (IOM, 2004).

Pada tahun 2005, badan kesehatan dunia (WHO) meluncurkan *World Alliance for Patient Safety* dan mengidentifikasi enam area aksi. Salah satu aksi yaitu berkembang *Solutions for Patient Safety* atau Solusi Keselamatan Pasien. *Joint Commission* dan *Joint Commission International* didesain sebagai *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* untuk menginisiasi dan mengkoordinir pekerjaan sehingga dapat mendesimenasikan solusi keselamatan pasien (*WHO Patient Safety Solutions Preamble, 2007*).

Sembilan Solusi *life saving* keselamatan pasien di rumah sakit yaitu memperhatikan nama obat, rupa, dan ucapan mirip; memastikan identitas pasien; memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar; mengendalikan cairan elektrolit pekat; memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan; menghindari salah kateter dan salah sambung slang; menggunakan alat injeksi sekali pakai dan meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial (*WHO Patient Safety Solutions Preamble, 2007*).

Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit di Indonesia yang terbentuk melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit mendukung setiap rumah sakit di Indonesia untuk mengimplementasikan pelayanan kesehatan berbasis pada keselamatan pasien. Di dalam peraturan diantaranya terdiri dari upaya sasaran keselamatan pasien yang diadopsi dan dimodifikasi dari *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* pada tahun 2007.

Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto merupakan rumah sakit tipe A pendidikan dan sebagai pusat rujukan tertinggi seluruh rumah sakit Bhayangkara di Indonesia. Sebagai rumah sakit yang berkembang secara dinamis

dan kontinu dalam melakukan adaptasi terhadap perkembangan kebutuhan karakteristik pasien, teknologi medis, kebijakan dan regulasi pemerintah serta ekonomi kesehatan. Rumah sakit juga perlu menghadapi isu yang berkembang dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien yang tidak membahayakan keselamatannya.

Dalam hal ini, kepala rumah sakit bertekad dalam menerapkan *zero accident* atau upaya meminimalisasi pelayanan kesehatan yang tidak aman melalui penetapan peraturan di rumah sakit. Berdasarkan pada wawancara tidak terstruktur pada bulan November 2011 kepada kepala perawat, terdapat masalah prosedur yang berbeda dengan kenyataan di lapangan. Hal tersebut pernah ditemukan pada prosedur penggunaan injeksi jarum suntik sekali pakai pada pasien akan tetapi masih terdapat penggunaan injeksi jarum suntik pada dua kali pemakaian pada pasien yang sama dalam kurun waktu 1x24 jam atau satu hari. Hal tersebut belum mencerminkan standar keselamatan pasien yang merupakan solusi oleh WHO. Selain itu, masih juga masih adanya pengakuan terjadinya kasus *near miss* pada pemberian obat yang secara ucapan mirip sehingga dapat membahayakan pasien. Dengan penemuan fakta, penulis ingin mengangkat topik penelitian mengenai faktor yang memiliki hubungan administrasi pelayanan keperawatan dengan tindakan asuhan keperawatan yang berdampak pada upaya keselamatan pasien.

## 1.2 Rumusan Masalah

Dalam implementasi *zero accident* di Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto yaitu merupakan salah satu upaya rumah sakit untuk memperhatikan keselamatan pasien. Rumah sakit telah menerapkan prosedur dalam upaya keselamatan pasien yang diadopsi dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011. Peraturan tersebut merupakan solusi dalam melakukan implementasi atau tindakan yang aman dalam melakukan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, tindakan asuhan keperawatan merupakan dasar praktik pelayanan medis yang memiliki dampak secara langsung terhadap

pasien. Upaya tindakan asuhan keperawatan secara langsung dapat mengetahui hubungan dalam penerapan keselamatan bagi pasien. Namun, penemuan fakta yang dikemukakan oleh kepala perawat di salah satu ruangan rawat inap yaitu terdapat peraturan yang tidak dijalankan sesuai prosedur dan masih terdapat kejadian *near miss*. Penyalahan prosedur yang terkait dengan tindakan asuhan keperawatan dapat berpotensi membahayakan keselamatan pasien. Adanya suatu prosedur tertentu yang kurang berjalan yang dinyatakan oleh kepala perawat di rumah sakit yaitu diakibatkan oleh pengelolaan input atau sumber daya yang belum mendukung seluruh sasaran keselamatan pasien. Oleh sebab itu, penulis ingin meneliti lebih lanjut mengenai pengelolaan pelayanan keperawatan yang kemudian dispesifikan dengan mengetahui hubungan kualifikasi perawat, waktu kerja, dan lingkungan organisasi perawat dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

- a. Bagaimana gambaran tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011?
- b. Bagaimana gambaran latar belakang kualifikasi perawat (pendidikan, masa kerja) perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011?
- c. Bagaimana gambaran waktu kerja perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011?
- d. Bagaimana gambaran lingkungan organisasi (rekan kerja, kondisi kerja, dan standar prosedur operasional) perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011?
- e. Bagaimana hubungan latar belakang kualifikasi perawat (pendidikan, pengalaman/masa kerja) dengan tindakan asuhan perawat di Instalasi

Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011?

- f. Bagaimana hubungan waktu kerja perawat dengan tindakan asuhan perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011?
- g. Bagaimana hubungan lingkungan organisasi (rekan kerja, kondisi kerja, supervisi, dan standar prosedur operasional) dengan tindakan asuhan perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Melakukan analisis tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Kepolisian Pusat R.S. Sukanto, Jakarta Selatan pada tahun 2011.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Mengetahui gambaran tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011.
- b. Mengetahui gambaran latar belakang kualifikasi perawat (pendidikan, pengalaman/masa kerja) perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011.
- c. Mengetahui gambaran waktu kerja perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011.
- d. Mengetahui gambaran lingkungan organisasi (rekan kerja, kondisi kerja, dan standar prosedur operasional) perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011?

- e. Mengetahui hubungan latar belakang kualifikasi perawat (pendidikan, pengalaman/masa kerja) dengan tindakan asuhan perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011.
- f. Mengetahui hubungan waktu kerja dengan tindakan asuhan perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011.
- g. Mengetahui hubungan lingkungan organisasi (rekan kerja, kondisi kerja, supervisi, dan standar prosedur operasional) dengan tindakan asuhan perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2011.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Bagi Rumah Sakit**

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan dalam meningkatkan pelayanan rumah sakit dalam hal proses asuhan keperawatan dan pengelolaan tenaga perawat dalam upaya keselamatan pasien di instalasi rawat inap rumah sakit. Selain itu penelitian ini juga dapat menjadi bahan pengkajian bagi rumah sakit dalam mengevaluasi aspek tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien dalam memenuhi unsur standar minimal pelayanan rumah sakit.

### **1.5.2 Bagi Penulis**

Sebagai wadah pengembangan pengetahuan dan wawasan penulis, serta sebagai sarana untuk mengaplikasikan isu terkini rumah sakit dan menerapkan ilmu dan teori mengenai manajemen keperawatan dan keselamatan pasien yang telah dipelajari oleh penulis selama kuliah.

### 1.5.3 Bagi Lembaga Pendidikan

Hasil dari penelitian ini dapat menjadi sebuah masukan dan penyempurnaan dalam isu terkini rumah sakit dalam penerapan manajemen rumah sakit di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### 1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini membahas mengenai analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto Kramat Jati pada tahun 2011. Analisis pelayanan keperawatan diteliti berdasar pada komponen kualifikasi perawat, waktu kerja perawat, dan lingkungan organisasi rumah sakit dengan menggunakan perawat pelaksana sebagai subjek penelitian. Penelitian akan dilaksanakan pada bulan November 2011 dengan menggunakan metode penelitian kuantitatif desain *cross sectional*. Sumber data berasal dari data primer yaitu berupa penyebaran kuesioner, observasi, wawancara tidak terstruktur, dan penelaahan data sekunder yaitu dokumen terkait dalam penelitian.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Pelayanan Keperawatan**

Dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal di rumah sakit, salah satu jenis sumber daya manusia di rumah sakit dengan jumlah paling banyak adalah tenaga keperawatan yaitu 60-70% (Gillies, 1994 dalam Yuliana, 2010). Keperawatan sebagai salah satu bentuk pelayanan profesional merupakan bagian integral yang tidak dapat dipisahkan dari upaya pelayanan kesehatan secara keseluruhan (Depkes RI, 1992) dalam Ernawati (2010).

Manajemen keperawatan merupakan pengelolaan aktivitas keperawatan yang dilakukan oleh para perawat dalam upaya memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien, keluarga, dan masyarakat, sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan (Gillies, 1996).

##### **2.1.1 Definisi Perawat**

Menurut Wales (2010), perawat adalah profesi yang difokuskan pada perawatan individu, keluarga, dan masyarakat sehingga mereka dapat mencapai, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan yang optimal dan kualitas hidup dari lahir sampai mati. Perawat pelaksana berfungsi untuk mengkaji kebutuhan pasien berupa bio psiko sosial spiritual identifikasi sumber-sumber yang potensial untuk memenuhi kebutuhan pasien, merencanakan asuhan keperawatan pasien, melaksanakan tindakan perawatan pasien melalui prosedur kesehatan, observasi, pendidikan dan pelaksanaan program pengobatan, mengevaluasi hasil tindakan keperawatan, dan mendokumentasikan proses keperawatan (Depkes, 2004) dalam Ernawati (2010).

##### **2.1.2 Peran Perawat**

Peran (*role*) adalah pola tindakan yang diharapkan dari seseorang dalam tindakan yang melibatkan orang lain. Peran mencerminkan posisi seseorang dalam sistem sosial dengan hak dan kewajiban, kekuasaan, dan tanggung jawab yang menyertainya (Davis dan Newstorm, 1985).

Menurut Doheny (1982) dalam Yuliana (2010), terdapat beberapa elemen peran perawat profesional antara lain: *care giver, client advocate, counselor, educator, collaborator, coordinator change agent, dan interpersonal process.*

a. *Care Giver*

Peran perawat adalah:

1. Memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat sesuai diagnosis masalah yang terjadi mulai dari masalah yang bersifat sederhana sampai pada masalah yang kompleks.
2. Memperhatikan individu dalam konteks sesuai kehidupan klien, perawat harus memperhatikan klien berdasarkan kebutuhan signifikan dari klien.

b. *Client Advocate* (Pembela Klien)

Peran perawat adalah:

1. Bertanggung jawab membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan informasi dari berbagai pemberi pelayanan dan dalam memberikan informasi lain yang diperlukan untuk mengambil persetujuan (*informed consent*) atas tindakan keperawatan yang diberikan kepadanya.
2. Mempertahankan dan melindungi hak-hak klien. Perawat adalah anggota tim kesehatan yang paling lama kontak dengan klien, sehingga diharapkan perawat harus mampu membela hak-hak klien.

c. *Counselor*

Konseling adalah proses membantu klien untuk menyadari dan mengatasi tekanan psikologis atau masalah sosial untuk membangun hubungan interpersonal yang baik dan untuk meningkatkan perkembangan seseorang. Didalamnya diberikan dukungan emosional dan intelektual.

d. *Educator*

Perawat sebagai pendidik yaitu mengkombinasikan keahlian klinis kedalam kurikulum pendidikan sehingga dapat menghasilkan generasi perawat yang sesuai dengan kebutuhan tantangan dan mengimplementasikan kegiatan berbasis teori empiris.

e. *Collaborator*

Perawat bekerja dalam situasi yang mengkombinasikan berbagai usaha dan kerjasama yang terlibat dalam pelayanan kesehatan untuk mencapai tujuan bersama.

f. *Coordinator*

Perawat berkoordinasi dengan melakukan tindakan asuhan keperawatan langsung terhadap pasien diperlukan dalam melakukan pelayanan menurut skala prioritas.

g. *Change agent*

Perawat merupakan ujung tombak dalam pelayanan yang menginisiasikan perubahan dan mendampingi pasien dalam memodifikasi dan mempromosikan gaya hidup sehat bagi pasien. Peran ini melibatkan kegiatan mengidentifikasi masalah, menilai atau mengkaji pasien, melayani pasien, menciptakan hubungan yang baik, dan memahami fase pemulihan yang dialami pasien.

h. *Counselor*

Perawat membantu pasien dalam mengatasi masalah psikologis dengan melakukan hubungan relasi yang baik dan mempromosikan pengembangan diri pasien. Hal tersebut meliputi dukungan emosional, intelektual, dan psikologis.

i. *Interpersonal process*

Pada area proses interpersonal merupakan area dimana posisi pemimpin dan manajer memiliki tanggung jawab pada tingkat yang hampir sama (Tappen, 1998). Beberapa keterampilan interpersonal yang paling penting bagi manajer perawat yaitu *networking*, negosiasi dan memberi resolusi pada konflik, pengembangan staf, dan memberi *reward* dan *punishment* dalam penilaian kinerja.

### 2.1.3 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan titik sentral pelayanan keperawatan, karena itu pengelolaan asuhan keperawatan yang benar akan dapat meningkatkan mutu pelayanan/asuhan keperawatan (Sitorus, 1995) dalam Yuliana (2010). Asuhan keperawatan di rumah sakit adalah salah satu jenis pelayanan keperawatan profesional yang diselenggarakan oleh rumah sakit untuk melayani kebutuhan pasien atau masyarakat (Smith, 1991). Asuhan keperawatan di ruang rawat inap merupakan kegiatan pokok yang sering menjadi barometer tentang baik-buruknya suatu pelayanan di rumah sakit.

Asuhan keperawatan yang profesional yaitu perawat harus memiliki keterampilan profesional agar dapat memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu dalam memenuhi tuntutan kebutuhan nasional ataupun global. Asuhan keperawatan sebagai suatu pelayanan profesional diberikan berdasarkan pendekatan yang ilmiah yaitu proses keperawatan (Wheeler, 1999 dalam Gillies, 1996).

Proses keperawatan adalah suatu metode pemecahan masalah yang sistematis dan tersusun dalam memberikan asuhan keperawatan. Proses keperawatan diterapkan pada semua tatanan pelayanan keperawatan dalam semua tingkat usia untuk merespon terhadap masalah aktual risiko dan kemungkinan (Craven & Hirnle, 2000) dengan melibatkan klien secara aktif pada setiap tahapan proses pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam tiap tahapan proses keperawatan, perawat dan klien bekerjasama sebagai mitra, melakukan pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, perencanaan asuhan keperawatan, mengimplementasikan rencana serta evaluasi.

Proses asuhan keperawatan yaitu seluruh kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga keperawatan dan interaksinya dengan pasien. Dalam pengertian proses ini mencakup diagnose, rencana pengobatan, indikasi tindakan, prosedur dan penanganan kasus. Standar keperawatan berisi berbagai kriteria yang perlu dilaksanakan dalam penyelenggaraan praktek keperawatan sehingga asuhan keperawatan yang dihasilkan mempunyai mutu, efektifitas serta efisiensi sesuai dengan harapan (Depkes, 1994) dalam Ernawati (2010).

#### **2.1.4 Standar Asuhan Keperawatan**

Standar merupakan pernyataan secara menyeluruh yang telah disepakati dalam menerapkan kualitas dalam setiap elemen pelayanan yang diberikan (J.A. Schmele, 1996 dalam Hibberd, 1999). Kualitas dan keamanan tidak dapat dinilai (*assessed*) atau ditingkatkan (*improved*) apabila tidak memiliki sebuah standar.

Standar asuhan keperawatan adalah suatu pernyataan yang absah dan sangat efektif untuk menilai asuhan keperawatan yang diberikan karena berisi kriteria-kriteria keberhasilan yang dapat dievaluasi (Mason, 1984). Standar keperawatan berisi kriteria-kriteria keberhasilan yang perlu dilaksanakan dalam penyelenggaraan praktek keperawatan sehingga asuhan keperawatan yang dihasilkan mempunyai mutu, efektifitas, serta efisiensi sesuai dengan harapan (Depkes RI, 1994 dalam Ernawati, 2010)

Standar asuhan keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menguraikan suatu kualitas yang diinginkan terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan untuk klien (Gillies, 1996). Standar asuhan keperawatan berfungsi sebagai pedoman dan tolok ukur dalam pelaksanaan praktek keperawatan, dimana standar keperawatan merupakan komponen utama dalam mengevaluasi praktik yang dilakukan sehingga standar asuhan keperawatan ini dapat memberikan arahan dan bimbingan langsung terhadap perawat yang ingin melakukan praktik keperawatan (McCloskey and Grace, 1999).

Perencanaan dalam manajemen asuhan keperawatan merupakan gambaran dari pendekatan penyelesaian masalah kesehatan klien dengan menggunakan proses keperawatan. Proses keperawatan adalah pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan kepada klien secara individual (Craven & Hirnle, 2000; NANDA, 1990 dalam Carpenito, 1995).

#### **2.1.5 Tindakan Asuhan Keperawatan**

Tindakan atau intervensi keperawatan adalah preskripsi untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari pasien dan atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat (Doenges, 1999).

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Lyer et al., 1996 dalam Doenges, 1999).

Implementasi rencana tindakan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditentukan dengan maksud agar kebutuhan klien terpenuhi secara optimal (Depkes RI, 1993) dalam Ernawati (2010). Implementasi rencana tindakan tersebut dapat dilaksanakan sebagian oleh klien itu sendiri, oleh perawat secara mandiri atau bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya. Implementasi rencana tindakan keperawatan terhadap klien sesuai dengan prioritas kebutuhan dan prosedur yang ada (Kozier & Taylor 1983). Dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien, segala bentuk intervensi keperawatan yang diberikan harus sejalan dengan tindakan pengobatan yang dijalani klien.

#### **2.1.6 Standar Pelayanan Keperawatan**

Standar pelayanan keperawatan yang ditetapkan dalam standar pelayanan rumah sakit (Depkes RI, 1999) merupakan pedoman yang berisi kriteria pencapaian dan parameter evaluasi yang bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan seoptimal mungkin mutu pelayanan keperawatan.

Di dalam buku pedoman penerapan standar pelayanan keperawatan di rumah sakit yaitu sebagai berikut:

1. Standar I Falsafah dan Tujuan

Pelayanan keperawatan diorganisasikan dan dikelola agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal bagi pasien.

2. Standar II Administrasi dan Manajemen

Pendekatan sistemik yang digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berorientasi pada kebutuhan pasien.

3. Standar III Staf dan Pimpinan

Pelayanan keperawatan dikelola untuk mencapai tujuan pelayanan.

4. Standar IV Fasilitas dan Peralatan

Fasilitas dan Peralatan yang memadai harus tersedia untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan.

5. Standar V Kebijakan dan Prosedur

Kebijakan dan prosedur yang tertulis yang sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan prinsip praktek keperawatan yang konsisten dengan tujuan pelayanan keperawatan harus tersedia di setiap unit pelayanan keperawatan.

6. Standar VI Pengembangan Staf dan Program Pendidikan

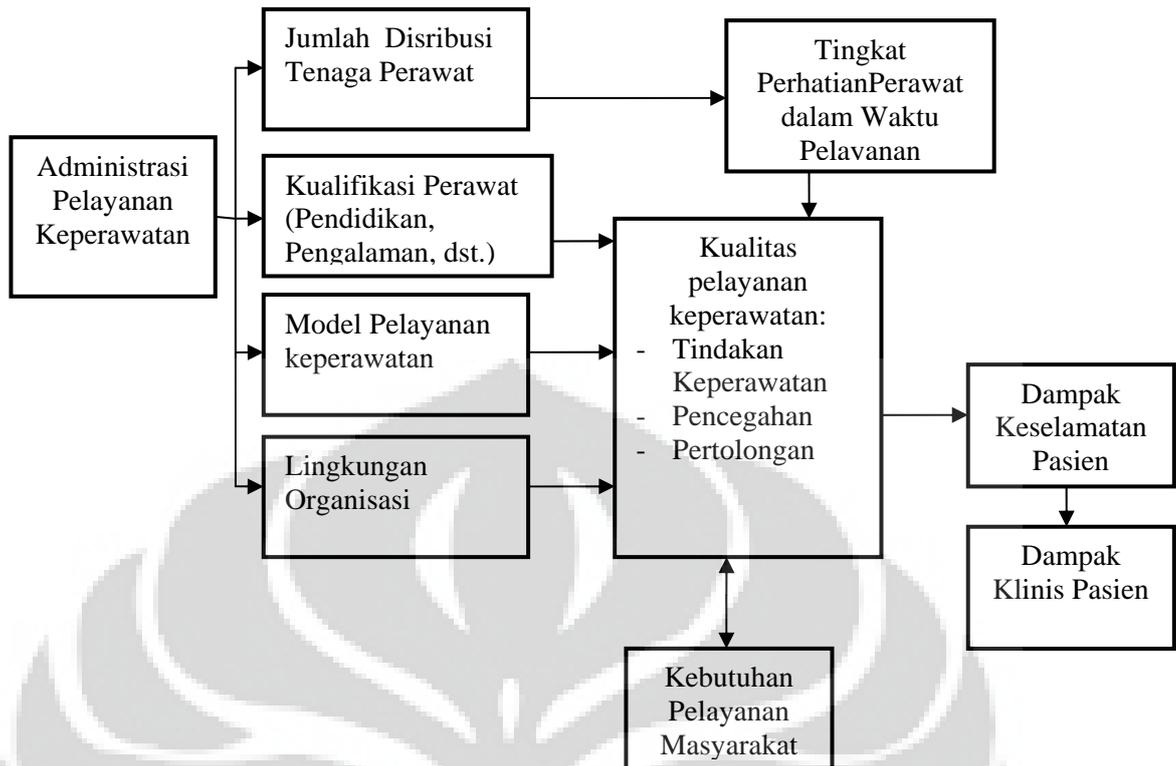
Program pengembangan staf dan pendidikan keperawatan berkesinambungan harus disusun dan dilakukan (tersedia) agar setiap staf keperawatan dapat meningkatkan kemampuan profesionalnya.

7. Standar VII Evaluasi dan Pengendalian Mutu

Pelayanan keperawatan menjamin adanya asuhan keperawatan yang bermutu terlibat secara terus-menerus dalam program pengendalian mutu rumah sakit.

## 2.2 Administrasi Pelayanan Keperawatan

Administrasi merupakan kegiatan kerjasama secara rasional yang tercermin pada pengelompokan kegiatan menurut fungsi yang dilakukan (Dwight Waldo dalam Azwar 1996). Bagan berikut ini merupakan beberapa dasar teori dan studi yang digabungkan menjadi *framework* atau konsep dari oleh Clarke & Donaldson (2008). Bagan di bawah ini mengilustrasikan administrasi pelayanan keperawatan yang berdampak pada keselamatan pasien.



**Gambar 2.1** Konsep Hubungan Administrasi Pelayanan Perawat dengan Kualitas Pelayanan dan Keselamatan Pasien (Clarke & Donaldson, 2008)

Beberapa faktor yang memiliki hubungan terhadap tindakan asuhan keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yaitu secara garis besar meliputi waktu yang dibutuhkan setiap pasien, kualifikasi perawat yaitu pendidikan dan masa kerja, model keperawatan lingkungan organisasi.

## 2.2.1 Kualifikasi Perawat

### 2.2.1.1 Pendidikan

Tidak ada kesepakatan umum mengenai definisi pendidikan. Ada dua definisi yang dikemukakan oleh Byrne dan Padfield (1990) yaitu proses formal dari pelatihan seorang intelek dan suatu pengembangan seseorang yang meliputi intelektual, spritual, moral, kreatif, emosional dan juga kegiatan fisik.

Dalam perspektif sosiologi, suatu proses pendidikan yaitu untuk mempersiapkan seseorang untuk memenuhi *demand* atau permintaan dari sosio-ekonomi masyarakat. Hal tersebut hanya dapat dilakukan dengan dengan melakukan sosialisasi. Sosialisasi melibatkan transmisi dari pendidikan moral

dasar, literasi, dan numerik dalam sebuah pelatihan yang spesifik sehingga menjadi individu yang terampil dalam melakukan suatu pekerjaan tertentu. Struktur sosial dibentuk dan dipengaruhi oleh sistem pendidikan yang memberikan suatu pemahaman mengenai nilai, kepercayaan dan perilaku yang didapat dari keluarga dan masyarakat.

Menurut Dewan Pimpinan Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP-PPNI, 1999), yang dimaksud dengan perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikannya pada pendidikan formal keperawatan minimal lulusan D3 keperawatan. Menurut Green (1980), tingkat pendidikan merupakan faktor predisposisi seseorang untuk berperilaku sehingga latar belakang pendidikan merupakan faktor yang mendasar dan memotivasi terhadap perilaku atau yang memberikan referensi pribadi dalam pengalaman belajar seseorang. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi pada umumnya menyebabkan orang lebih mampu dan berusaha menerima posisi yang bertanggung jawab. Latar belakang pendidikan akan mempengaruhi perilaku seseorang dalam pekerjaannya (Likert dalam Gibson, 1996).

Keterampilan profesional yang diperoleh melalui pendidikan tinggi keperawatan bertujuan untuk menumbuhkan serta membina keterampilan dan tingkah laku profesional, memberi landasan ilmu pengetahuan yang kokoh sehingga dapat menghasilkan tenaga keperawatan profesional dalam menyelesaikan masalah keperawatan (Husin, 1995 dalam Hamid, 2001). Semakin tinggi tingkat pendidikan seorang karyawan, semakin baik karyawan dalam melakukan pekerjaannya (Robbins, 2001).

### **2.2.1.2 Masa kerja**

Menurut Persell (1990), internalisasi yaitu dapat dideskripsikan sebagai mengadopsi norma sosial, peran, dan nilai kepada individu. Pada awal inisiasi melakukan praktek kesehatan pada perawat misalnya dalam *ward* (unit) di rumah sakit merupakan arena dimana adanya rasa untuk diterima oleh rekan dan praktisi kesehatan profesional lainnya. Internalisasi merupakan elemen yang kuat dalam berinteraksi.

Menurut Bradby (1990) dalam Bepbage (1997) yaitu adanya sebuah perasaan diterima oleh tim dalam sebuah unit merupakan hal yang lebih penting dibandingkan dengan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Hal tersebut kemudian diperjelas yaitu selama enam bulan awal melakukan praktek keperawatan, perawat merasa lebih nyaman dengan area klinik dengan konsep teori yang diperoleh. Menurut Robbins (2001), masa kerja merupakan variabel yang ampuh dalam menjelaskan pergantian keluarnya karyawan. Kinerja seseorang berhubungan dengan pengalaman kerja yang dialami seseorang. Jika masa kerja seseorang lebih lama, maka akan memberikan pengalaman kerja yang lebih baik pula (Quinones, Ford, & Teachout, 2006).

Bardwick dalam Timpe (2002) mengemukakan bahwa lama kerja pada pekerjaan tertentu mempengaruhi tanggung jawab, tidak memberikan tantangan bagi karyawan. Hal ini dapat disebabkan karena kejenuhan kerja, namun pengalaman kerja menentukan kemahiran seseorang dalam mengemban tugasnya. Namun, menurut konsep Siagian dan Schermercks (1994) dalam Fanada (2004), semakin lama seseorang berkarya dalam suatu organisasi maka semakin tinggi pula produktivitasnya.

### **2.2.2 Waktu Kerja**

Waktu kerja yang dimaksud yaitu rata-rata waktu pelayanan yang diperlukan untuk melaksanakan setiap kegiatan tindakan asuhan keperawatan secara langsung, kegiatan tidak langsung dan kegiatan lainnya merupakan salah satu komponen dalam menilai beban kerja perawat. Beban kerja perawat merupakan hal yang penting dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Kegiatan keperawatan langsung yaitu aktivitas yang diberikan oleh keperawatan yang ada hubungan secara khusus dengan kebutuhan fisik, psikologis, dan spiritual pasien. Kebutuhan ini meliputi komunikasi, serah terima pasien, dan prosedur tindakan seperti mengukur tanda vital, merawat luka, persiapan operasi, melaksanakan observasi. Kegiatan perawatan tidak langsung yaitu meliputi kegiatan dalam menyusun rencana perawatan, menyiapkan alat, melakukan konsultasi dengan anggota tim, menulis dan membaca catatan asuhan keperawatan, menyusun

perencanaan, melaksanakan tindak lanjut dan melakukan koordinasi (Fanada, 2004).

Perawat merupakan tenaga yang paling besar dalam profesi kesehatan. Jumlah perawat dan variasi antara waktu kerja (*shift*) memiliki hubungan dengan attention (perhatian) yang efektif dan efisien sehingga diperlukan time management yang baik (Tappen, 1998). Terdapat berbagai studi yang meneliti bagaimana perawat menggunakan waktu kerjanya terutama dalam memberikan pelayanan yang bersifat akut. Studi yang dilakukan oleh Arthur Anderson dalam Tappen (1998) mengemukakan bahwa hanya 35% waktu pelayanan keperawatan digunakan untuk pelayanan langsung kepada pasien (*direct client care*) yang termasuk perencanaan, penilaian dan aktivitas secara teknis). Kegiatan dokumentasi menggunakan waktu 20% dari keseluruhan waktu kerja oleh seorang perawat. Setiap kategori kegiatan dapat berubah dari suatu waktu ke waktu tetapi jumlah waktu yang digunakan untuk pelayanan langsung yaitu kurang dari setengah waktu kerja.

Dalam penelitian Carayon dan Gurses (2008), beban kerja yang berlebihan pada perawat dapat berdampak pada hasil pelayanan kepada pasien. Situasi tingginya beban kerja perawat merupakan akibat dari jumlah tenaga perawat mempengaruhi kinerja perawat dalam memberikan perhatian kepada pasien. Hal tersebut berdampak pada kualitas tindakan asuhan keperawatan kepada pasien yang kemudian juga berdampak pada keselamatan pasien.

### **2.2.3 Lingkungan Organisasi**

Lingkungan organisasi merupakan lingkungan manusia di dalam organisasi melakukan pekerjaan mereka. Pengertian ini dapat mengacu lingkungan suatu departemen, unit perusahaan yang penting seperti pabrik, cabang, atau suatu organisasi secara keseluruhan. Iklim adalah konsep sistem yang dinamis (Davis, 1996).

Lingkungan pekerjaan yakni lingkungan organisasi rumah sakit dapat menentukan kualitas dan keamanan pelayanan perawat kepada pasien. Sebagai jumlah tenaga terbesar dalam ketenagaan kesehatan, perawat mengaplikasikan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman untuk memberikan variasi dan

perubahan kebutuhan oleh pasien. Bagian terbesar dari permintaan pelayanan pasien yaitu sentral pada pekerjaan perawat. Saat pelayanan kurang memiliki standar seperti mis alokasi sumber daya dan kurangnya kebijakan dan standar yang sesuai merupakan suatu tanggung jawab perawat.

Dalam memahami kompleksitas lingkungan pekerjaan dapat disinergikan dengan melakukan strategi untuk meningkatkan kualitas dan keamanan dalam memberikan pelayanan. Penekanan pada peningkatan sistem kesehatan dapat menciptakan perawat memberikan pelayanan yang tepat dan pasien mendapat manfaat keamanan dan kualitas dari pelayanan.

Kesalahan pada manusia (*human error*) dapat didefinisikan sebagai kegagalan dari perencanaan dari tindakan mental atau fisik yang terjadi atau penggunaan perencanaan yang salah dalam mencapai suatu dampak atau keluaran. Kesalahan merupakan suatu fenomena kognitif karena mencerminkan tindakan manusia akibat dari aktivitas kognitif. *Near miss* dapat didefinisikan sebagai peristiwa, situasi, atau kejadian yang dapat tetapi belum terjadi yang menyebabkan konsekuensi yang merugikan pasien. Kejadian *near miss* merupakan potensi menjadi suatu faktor yang dapat menjadi tindakan kesalahan atau membahayakan apabila tidak ada perubahan dalam meminimalkan kejadiannya (*Institute of Medicine, 2004*).

Pendekatan sistem memberi perspektif yang luas dalam mencari solusi dalam lingkungan secara fisik dan budaya. Sebagai contoh yaitu bagaimana pengaturan unit, prosedur pelayanan kesehatan, transfer pengetahuan oleh organisasi (*organizational knowledge transfer*), kesalahan teknis, kurangnya kebijakan dan prosedur, komunikasi antar tim dan isu dalam ketenagaan mempengaruhi seorang individu dalam memberikan layanan yang aman dan berkualitas. Apabila hal tersebut tidak terpenuhi maka akan menghasilkan *error* atau kesalahan (Carayon, 2003).

Menurut Carayon (2003), tipe error dan bahaya dapat terklasifikasi menurut domain atau kejadian dalam spektrum pelayanan kesehatan. Akar permasalahan dari bahaya teridentifikasi menurut definisi berikut yaitu:

- *Latent failure* yaitu melibatkan pengambilan keputusan yang mempengaruhi kebijakan, prosedur organisasi, dan alokasi sumber daya
- *Active failure* yaitu kontak langsung dengan pasien
- *Organizational failure* yaitu kegagalan secara tidak langsung yang melibatkan manajemen, budaya organisasi, proses/protokol, transfer pengetahuan dan faktor eksternal.
- *Technical failure* yaitu kegagalan secara tidak langsung dari fasilitas atau sumberdaya eksternal

### **2.2.3.1 Rekan Kerja**

Dalam suatu organisasi, pengelolaan sumber daya manusia merupakan hal yang paling penting dalam organisasi apapun. Sumber daya manusia memiliki efek dalam mengelola dan mendesain arah pekerjaan dalam sebuah organisasi (Davis, 1996).

Rekan kerja yang saling mendukung pekerjaan dapat mencapai tujuan yang ditetapkan bersama dalam organisasi. Bentuk operasional dari hubungan rekan kerja antar perawat pelaksana yaitu dalam keterampilan komunikasi, kolaborasi, dan hubungan interpersonal perawat. Menurut Ilyas (2003) dalam Yuliana (2010), dalam mencapai prestasi kerja suatu tim diperlukan pengetahuan dan ketrampilan antar anggotanya.

### **2.2.3.2 Kondisi Kerja**

Dalam menciptakan kondisi kerja yang aman yaitu diperlukan sarana dan prasarana yang mendukung sistem kerja yang aman bagi perawat untuk memberikan pelayanan bagi pasien. Dalam memahami kompleksitas lingkungan pekerjaan dapat disinergikan dengan melakukan strategi untuk meningkatkan kualitas dan keamanan pelayanan. Penekanan pada peningkatan sistem kesehatan dapat menciptakan perawat memberikan pelayanan yang tepat dan pasien mendapat manfaat keamanan dan kualitas dari pelayanan (Carayon, 2003).

Kondisi kerja yang menyangkut tempat sarana dan prasarana berperan penting bagi keselamatan pekerja itu sendiri yakni perawat pelaksana sama halnya

dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Di tempat kerja perawat yakni rumah sakit memiliki *stressor* yang dapat menyebabkan penyakit dan kecelakaan.

Pajanan (*exposed*) berupa infeksi melalui melalui darah dan udara (zat toksin) merupakan ancaman yang serius bagi tenaga medis (Trinkoff, 2007).

### 2.2.3.3 Supervisi

Menurut Yaslis (2001), supervisi adalah proses yang memacu anggota unit kerja untuk berkontribusi secara positif agar tujuan organisasi tercapai. Supervisi berfungsi untuk mengatur dan mengorganisir proses atau mekanisme pelaksana kebijakan deskripsi dan standar asuhan keperawatan (Gillies, 1996). Menurut Azwar (1996), pelaksana atau yang bertanggung jawab melaksanakan supervisi adalah atasan yakni mereka yang memiliki kelebihan dalam pengetahuan dan atau keterampilan dalam organisasi.

Supervisi adalah memeriksa pekerjaan orang lain, menilai kecukupan pelaksanaannya, menyetujui atau memperbaiki tindakan dari perawat pelaksana. Tindakan suportif membantu kelompok mengambil langkah pertama yang diperlukan untuk membina kinerja tim. Langkah ini menjadi landasan bagi pertumbuhan lebih lanjut ke arah kerjasama, saling percaya, dan kecocokan, sehingga para penyelia perlu mengembangkan iklim yang dapat menimbulkan kondisi tersebut (Davis dan Newstrom, 1985).

### 2.2.3.4 Standar Operasional Prosedur

*Standard Operating Prosedur* (SOP) pada dasarnya adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa semua keputusan dan tindakan, serta penggunaan fasilitas-fasilitas proses yang dilakukan oleh orang-orang dalam organisasi berjalan secara efisien dan efektif, konsisten, standar dan sistematis. Secara teknis Standar Operasional Prosedur merupakan suatu perangkat instruksi dan langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. Uraian SOP memberikan langkah-langkah yang benar dan terbaik untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi. SOP membantu mengurangi kesalahan dan pelayanan dibawah standar (substandar) dengan memberikan

langkah-langkah yang sudah diuji dan disetujui dalam melaksanakan berbagai kegiatan.

Berikut ini merupakan syarat standar menurut Depkes (1994) yaitu:

- a. Jelas, artinya dapat diukur dengan akurat, termasuk mengukur berbagai penyimpangan yang mungkin terjadi.
- b. Masuk akal, artinya ditetapkan wajar, tidak terlalu tinggi dan tidak terlalu rendah.
- c. Mudah dimengerti, artinya suatu standar tidak berbelit-belit, sehingga mudah dimengerti dan dilaksanakan.
- d. Derajat dicapai, artinya suatu standar disesuaikan dengan kemampuan, agar dapat dicapai.
- e. Meyakinkan, artinya mewakili persyaratan yang ditetapkan.

Adapun jenis SOP khususnya di rumah sakit yaitu sebagai berikut.

- a) SOP Profesi (Keilmuan/Teknis) yaitu merupakan SOP keilmuan/teknis untuk profesi medis, keperawatan dan profesi lainnya. SOP memuat proses kerja untuk diagnostik, terapi, tindakan dan asuhan.
- b) SOP Pelayanan (Manajerial) yaitu merupakan SOP pelayanan medik, keperawatan, penunjang medik yang bersifat manajerial/administrasi atau berhubungan dengan pelayanan pasien.
- c) SOP Administrasi yaitu mengatur tata cara kegiatan dalam organisasi termasuk hubungan antar unit kerja dan kegiatan non medis.

## 2.3 Keselamatan Pasien

### 2.3.1 Definisi Keselamatan Pasien

Menurut ahli dari berbagai literatur memberikan definisi mengenai keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:

- a. Menurut *Institute of Medicine* (IOM), Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) didefinisikan sebagai *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* disebabkan karena *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. *Accidental injury* juga akibat dari melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). *Accidental injury* dalam prakteknya akan berupa kejadian tidak diinginkan (KTD=*missed = adverse event*) atau hampir terjadi kejadian tidak diinginkan (*near miss*).
- b. Menurut James Reason dalam *Human Error Management: Models and Management* dikatakan ada dua pendekatan dalam penanganan *error* atau KTD. Pertama pendekatan personal. Pendekatan ini memfokuskan pada tindakan yang tidak aman, melakukan dan pelanggaran prosedur, dari orang-orang yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan (dokter, perawat, ahli bedah, ahli anestesi, farmasis dll). Tindakan tidak aman ini dianggap berasal dari proses mental yang menyimpang seperti mudah lupa, kurang perhatian, motivasi yang buruk, tidak hati-hati, *alpha* dan sembrono.
- c. Sir Liam Donaldson (Ketua *WHO World Alliance for Patient Safety, Forward Programme, 2006–2007*) mengungkapkan bahwa “*Safe care is not an option. It is the right of every patient who entrusts their care to our health care systems*” yaitu pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien bukan suatu pilihan akan tetapi merupakan hak pasien untuk percaya terhadap pelayanan yang diberikan oleh suatu sistem pelayanan kesehatan.
- d. Dalam PERMENKES RI Nomor 1691/Menkes/PER/VIII/2011) disebutkan bahwa keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi

asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

### 2.3.2 Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian yang tidak diinginkan (KTD) di Rumah Sakit.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD

### 2.3.3 Aspek Keselamatan Pasien

Solusi keselamatan pasien adalah sistem atau intervensi yang dibuat, mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatan. Sembilan Solusi ini merupakan panduan yang sangat bermanfaat membantu rumah sakit, memperbaiki proses asuhan pasien, guna menghindari cedera maupun kematian yang dapat dicegah.

Sembilan solusi *life saving* keselamatan pasien di rumah sakit yaitu memperhatikan nama obat, rupa, dan ucapan mirip; memastikan identitas pasien; memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar; mengendalikan cairan elektrolit pekat; memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan; menghindari salah kateter dan salah sambung slang; menggunakan alat injeksi sekali pakai dan meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial (WHO *Patient Safety Solutions Preamble*, 2007).

Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit di Indonesia yang terbentuk melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor

1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit mendukung setiap rumah sakit di Indonesia untuk mengimplementasikan pelayanan kesehatan berbasis pada keselamatan pasien. Di dalam peraturan diantaranya terdiri dari upaya sasaran keselamatan pasien yang diadopsi dan dimodifikasi dari *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* pada tahun 2007.

### 2.3.3.1 Mencegah Kesalahan Obat (*Medication Error*)

Nama obat dengan rupa dan ucapan mirip merupakan salah satu penyebab umum dari kesalahan medikasi atau pemberian obat (*medication error*) dan merupakan perhatian seluruh dunia (Lambert 1999 dalam WHO, 2007). Dengan puluhan ribu obat yang terdapat di pasar memiliki potensi yang signifikan dalam membingungkan tenaga medis termasuk perawat. Obat tersebut termasuk dalam obat generik dan non generik. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*). Obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*) (WHO).

Banyak nama obat yang terlihat dan terdengar seperti nama obat lainnya. Kontribusi yang dapat menimbulkan kesalahan medikasi yaitu penulisan ilegal, kurangnya pengetahuan tentang nama obat, nama produk baru, pemberian label dan bungkus yang mirip, penggunaan klinis yang mirip, ukuran dosis, kegagalan manufaktur dan pembuat regulasi dalam mengetahui potensi kesalahan dan risiko obat (WHO, 2007).

Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat =50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi

bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. (WHO, 2007)

Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di Instalasi Gawat Darurat atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati.

Rekomendasi juga difokuskan pada pemberian resep yang mudah terbaca melalui penulisan yang baik dan penggunaan resep elektronik. Penulisan terhadap resep yang baik yaitu menulis nama merk, nama asli obat, bentuk dosis dan juga dilengkapi indikasi yang digunakan dalam membedakan nama obat dengan ucapan yang mirip. Diperlukan upaya pembacaan kembali untuk mengklarifikasi permintaan secara lisan. Diperlukan sosialisasi yang baik dalam memperkenalkan obat baru. Upaya pelatihan dan pendidikan mengenai medikasi dengan risiko yang ditimbulkan dapat mengatasi permasalahan kurangnya pengetahuan yang dimiliki tenaga medis. Dari sisi perkembangan sistem teknologi, manufaktur obat baru perlu memiliki metode *screening* yang terkomputerisasi dan melibatkan praktisi dalam tahap proses pemberian nama obat. Selain itu juga, menganjurkan pasien, keluarga pasien dan tenaga pelayanan kesehatan untuk mempelajari nama obat yang dimaksud sehingga menjadi identifikasi mengenai medikasi yang sesuai (WHO, 2007).

### **2.3.3.2 Mengidentifikasi Pasien secara Benar**

Kegagalan dalam mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfusi, pemeriksaan, pelaksanaan prosedur yang

keliru, penyerahan bayi kepada bukan keluarganya, dan sebagainya. Hal tersebut semakin meningkatkan tingginya kemungkinan masalah dalam pengoperan maupun dalam hal komunikasi (WHO, 2007).

Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses, standardisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan, dan partisipasi pasien dalam konfirmasi ini, serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama. Misalnya yaitu menganjurkan institusi pelayanan kesehatan dalam mengecek kembali kecocokan identifikasi pasien sebelum melakukan intervensi atau tindakan dalam mendapatkan hasil laboratorium, spesimen dan sebagainya (WHO, 2007).

Dalam metode sistem pelayanan kesehatan dapat memberlakukan penggunaan minimal dua identifikasi yaitu nama dan tanggal lahir setiap melakukan tindakan. Dua identifikasi tercantum pada pergelangan tangan dan dalam kegiatan administrasi. Dengan demikian perlu adanya sosialisasi yang tepat kepada perawat dalam menerapkan sistem prosedur tersebut sehingga dapat meminimalkan risiko dalam salah mengidentifikasi pasien (WHO, 2007).

### **2.3.3.3 Komunikasi secara Benar saat Serah Terima dan Pengoperan Pasien**

Komunikasi pada saat pengalihan atau pengoperan pasien antar unit dan tenaga kesehatan yang dapat memungkinkan terjadinya kurangnya informasi esensial atau informasi yang salah persepsi. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan (WHO, 2007).

Dalam menerima pelayanan kesehatan, seorang pasien dapat ditangani oleh beberapa jenis unit yang spesifik dan sesuai dengan kebutuhan. Jenis unit tersebut yaitu dapat meliputi perawatan primer, rawat jalan, poliklinik, gawat darurat, pelayanan bedah, pelayanan intesif, dan rehabilitasi. Alur penerimaan pasien terjadi secara rutin dalam menerima pelayanan diagnosis, pengobatan, dan perawatan (WHO, 2007).

### 2.3.3.3 Pelaksanaan Pembedahan Sisi Tubuh yang Tepat

Kesalahan letak dalam penanganan prosedur pada sisi tubuh, organ, implant dan identifikasi pasien dilaporkan sebagai kasus kejadian yang terus meningkat. Penyimpangan pada hal ini seharusnya sepenuhnya dapat dicegah. Kasus-kasus dengan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah sebagian besar adalah akibat dan miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar (WHO, 2007).

Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan tersebut adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distandardisasi, penilaian pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan (WHO, 2007).

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah tersebut. Dapat digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang).

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk:

- memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;

- memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang; dan
- melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implan yang dibutuhkan.

Rekomendasinya adalah untuk mencegah jenis-jenis kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi pra pembedahan, pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur dan adanya tim yang terlibat dalam prosedur 'time out' sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah. Tahap "sebelum insisi" (*time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*. Dengan demikian, perawat dengan lancar dan tepat menyesuaikan dengan prosedur yang tepat dari kegiatan kolaboratif dengan tenaga medis lainnya pada setiap aspek aktivitas pra pembedahan (WHO, 2007).

#### **2.3.3.5 Pengendalian Cairan dan Elektrolit Pekat (*concentrated*) secara Benar**

Semua obat-obatan, biologis, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko, begitu juga halnya dengan cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi. Pengendalian cairan dan keseimbangan elektrolit merupakan faktor yang penting dalam determinan kesehatan (WHO, 2007).

Dalam keadaan sehat, mekanisme kegiatan dioperasikan untuk keseimbangan antara mendapatkan dan kehilangan air dan elektrolit termasuk pada fungsi renal dan hormon seperti *antidiuretic hormone* (ADH) atau *aldosterone*. Dalam keadaan sakit, mekanisme regulasi tidak berjalan dengan baik sehingga menyebabkan ketidakseimbangan cairan kimiawi dalam tubuh. Hal tersebut menyebabkan perlunya upaya monitoring *intake* dan *output* cairan oleh perawat dalam menilai kondisi cairan kimia dalam tubuh pasien. Hal ini juga diperlukan untuk mengukur secara akurat kebutuhan cairan melalui menerapkan prosedur pengukuran cairan (Lindberg, 1983).

Dampak yang dapat ditimbulkan apabila adanya kesalahan dalam memberikan atau pengendalian cairan elektrolit pekat dengan dosis yang tepat dapat membahayakan keselamatan pasien. Pasien yang mengalami proses penyembuhan tidak dapat berjalan dengan optimal dan juga dapat berujung pada kematian. Rekomendasi dalam masalah tersebut adalah dengan membuat standardisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah, dan pencegahan atas kebingungan dalam memberikan cairan elektrolit pekat yang spesifik (WHO, 2007).

#### **2.3.3.6 Pemberian Obat yang Akurat pada saat Pengalihan Pelayanan**

Kesalahan pemberian obat sering terjadi 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. Pemberian obat yang tidak akurat pada saat pengalihan pelayanan merupakan hal yang dapat menjadi fatal bagi keselamatan pasien (WHO, 2007).

Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai *home medication list*, sebagai perbandingan dengan daftar saat admisi, penyerahan dan atau perintah pemulangan dengan menuliskan perintah medikasi, dan mengkomunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikut dimana pasien akan ditransfer atau dipulangkan (WHO, 2007).

#### **2.4.3.6 Pemasangan Kateter dan Slang (*tube*) secara Benar**

Slang, kateter, dan spuit (*syringe*) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera kepada pasien melalui penyambungan spuit dan slang yang salah, serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Rekomendasi yang dapat diberikan yaitu menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara detail dalam memberikan medikasi serta pemberian makan melalui slang infus dan menyambung alat kepada pasien misalnya menggunakan sambungan & slang yang benar (WHO, 2007).

#### 2.4.3.8 Penggunaan Alat Injeksi Sekali Pakai

Salah satu keprihatinan global terbesar dampak yang diakibatkan oleh pakai ulang (*reuse*) dari jarum suntik adalah penyebaran dan HIV, HBV, dan HCV. Rekomendasi yaitu perlu melarang pakai ulang jarum di fasilitas layanan kesehatan, pelatihan periodik para petugas di lembaga layanan kesehatan khususnya tentang prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah dan praktek jarum sekali pakai yang aman (WHO, 2007).

#### 2.4.3.9 Kebersihan Tangan (*hand hygiene*) dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial

Rumah sakit harus mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindarkan masalah ini. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*bloodstream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat (WHO, 2007).

Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindarkan masalah pada infeksi. Dalam kegiatan pelayanan keperawatan perlu diperhatikan aspek keamanan dari infeksi. Salah satu tanggung jawab sebagai perawat yaitu dapat mengatasi penyebaran dari infeksi. Untuk dapat berpartisipasi dalam aspek pelayanan keperawatan yang baik yaitu perawat perlu memahami prinsip dasar dari asepsis medis (*medical asepsis*) (Linberg, 1983).

Infeksi dipengaruhi oleh mikroorganisme yang dapat memproduksi penyakit yaitu disebut patogen. Patogen dapat tersebar melalui berbagai cara yaitu kontak secara langsung, ketahanan tubuh, makanan, air, dan sebagainya. Salah satu teknik asepsis yang diterapkan oleh rumah sakit yaitu asepsis medis yang

berarti bebas dari mikroorganisme patogen. Dalam menyatakan aseptis medis yaitu antara bersih (bebas dari patogen) atau kotor (membawa bakteri patogen). Pada umumnya, mikroorganisme berupa patogen tersebar dengan transmisi tangan. Dengan demikian, perlu adanya sebuah upaya membersihkan tangan dengan cara yang baik dan benar serta pada waktu yang sesuai pada titik-titik pelayanan. Upaya menjaga kebersihan tangan dan efektivitas dari praktek aseptis medis tergantung pada reliabilitas masing-masing perawat (WHO, 2007).

Rekomendasi yang diberikan yaitu mendorong implementasi penggunaan cairan *alcohol-based hand-rubs* tersedia pada titik-titik pelayanan tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan atau observasi dan teknik lainnya (WHO, 2011).

#### **2.4.4 Dampak Keselamatan Pasien**

Dampak (*impact*) adalah akibat yang ditimbulkan oleh keluaran (Azwar, 1996). Dapat dikatakan bahwa dampak adalah petunjuk aktif tidaknya proses. Dampak merupakan hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien. Dampak penyelenggaraan kesehatan oleh tenaga kesehatan yakni perawat yaitu meningkatkan derajat kesehatan. Bagi tenaga kesehatan profesional, dampak berkaitan erat dengan tanggung jawab profesi. Dalam hal ini, salah satu kontribusi terhadap dampak keselamatan pasien yaitu keluaran atau hasil dari tindakan asuhan keperawatan.

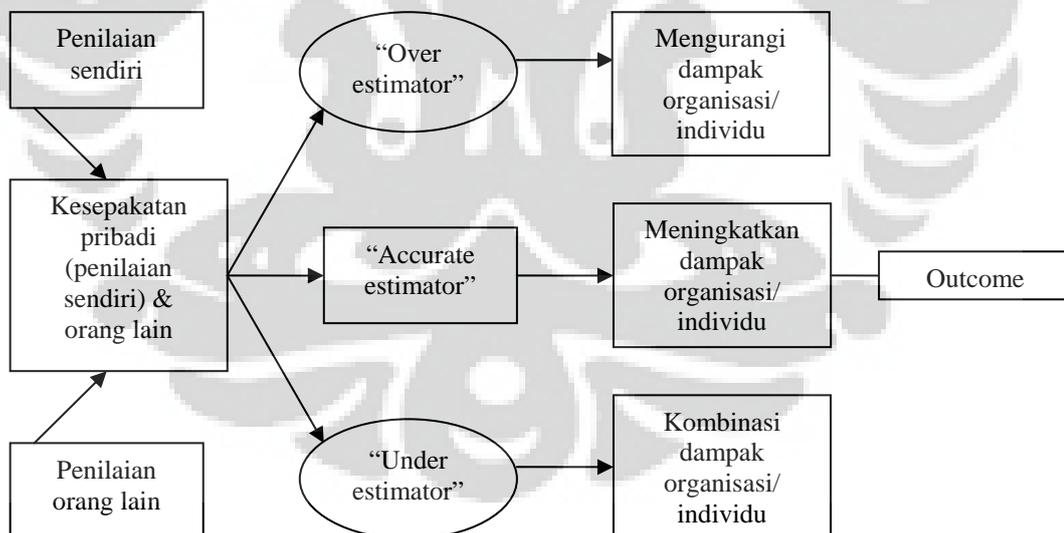
Dampak jangka pendek adalah hasil segala sesuatu tindakan tertentu atau prosedur tertentu. Dampak jangka panjang adalah status kesehatan dan kemampuan fungsional pasien. Bila keselamatan pasien tidak diperhatikan oleh rumah sakit akan berdampak pada terjadinya tuntutan oleh pasien. Hal tersebut meningkatkan biaya urusan hukum dan menurunkan efisiensi.

## 2.5 Persepsi dan Penilaian

Persepsi merupakan pandangan seseorang tentang lingkungan. Orang-orang mempersepsikan lingkungan mereka dalam kerangka yang terorganisasi yang telah mereka bentuk berdasarkan pengalaman dan nilai mereka sendiri. Masalah, kepentingan, dan latar belakang mereka mengendalikan persepsi mereka terhadap setiap situasi. Persepsi yang berbeda yaitu karena persepsi adalah pengalaman individu, maka memungkinkan terdapat dua pandangan atau lebih tentang situasi yang sama.

### 2.5.1 Penilaian Sendiri (*Self Assesment*)

Penilaian sendiri menurut Ilyas (2001) adalah pendekatan yang paling umum digunakan untuk mengukur dan memahami perbedaan individu. Model tentang ketepatan atau akurasi pengukuran penilaian sendiri dijelaskan pada gambar di bawah ini. Akurasi didefinisikan sebagai tingkat kesepakatan antara “penilaian sendiri” dan “penilaian lainnya”. *Other-ratings* dapat diberikan oleh atasan, bawahan, mitra kerja, atau konsumen dari individu itu sendiri dalam hal ini adalah dokter.



**Gambar 2.2** Model Akurasi Persepsi Pribadi

Sumber: Ilyas (2001) dalam Yuliana (2010). *Kinerja Teori, Penilaian, dan Penelitian*.

Penilaian sendiri menurut Ilyas (2001) dalam Yuliana (2010) biasanya digunakan pada bidang manajemen sumber daya manusia seperti penilaian kebutuhan pelatihan, analisa peringkat jabatan, perilaku kepemimpinan, penilaian/kinerja, dan lainnya. Penilaian sendiri dilakukan bila personel mampu melakukan penilaian terhadap proses dan hasil karya yang mereka laksanakan sebagai bagian dari tugas organisasi. Penilaian sendiri ditentukan oleh sejumlah faktor kepribadian, pengalaman, dan pengetahuan, serta sosio-demografis seperti suku dan pendidikan. Dengan demikian, tingkat kematangan personel dalam menilai hasil karya sendiri menjadi hal yang patut dipertimbangkan.

Sebagai suatu metode penilaian kinerja profesional, ada sejumlah kelemahan yang disampaikan beberapa ahli seperti: kecenderungan memberi skor tinggi (*inflated*), realibilitas dan validitas kurang, kemungkinan bias, dan kurang akurat. Secara rinci kelemahan metode penilaian kinerja ini disampaikan oleh Burdahyat (2009) adalah sebagai berikut:

a. Kesalahan konstan

Contoh kesalahan konstan pada penilaian adalah kecenderungan memberi skor tinggi, di mana penilai secara konsisten menilai personel dengan skor tinggi, sehingga memberikan kesan bahwa kinerja mereka tinggi dibandingkan sebenarnya. Kesalahan tipe ini cenderung bergerak ke nilai tinggi secara perlahan dari waktu ke waktu, tapi perubahan perbaikan kinerja tidak tampak. Kesalahan ini dapat terjadi ke arah yang berlawanan, di mana penilai cenderung menilai lebih rendah dari kinerja mereka.

b. Kesalahan rentang retriksi

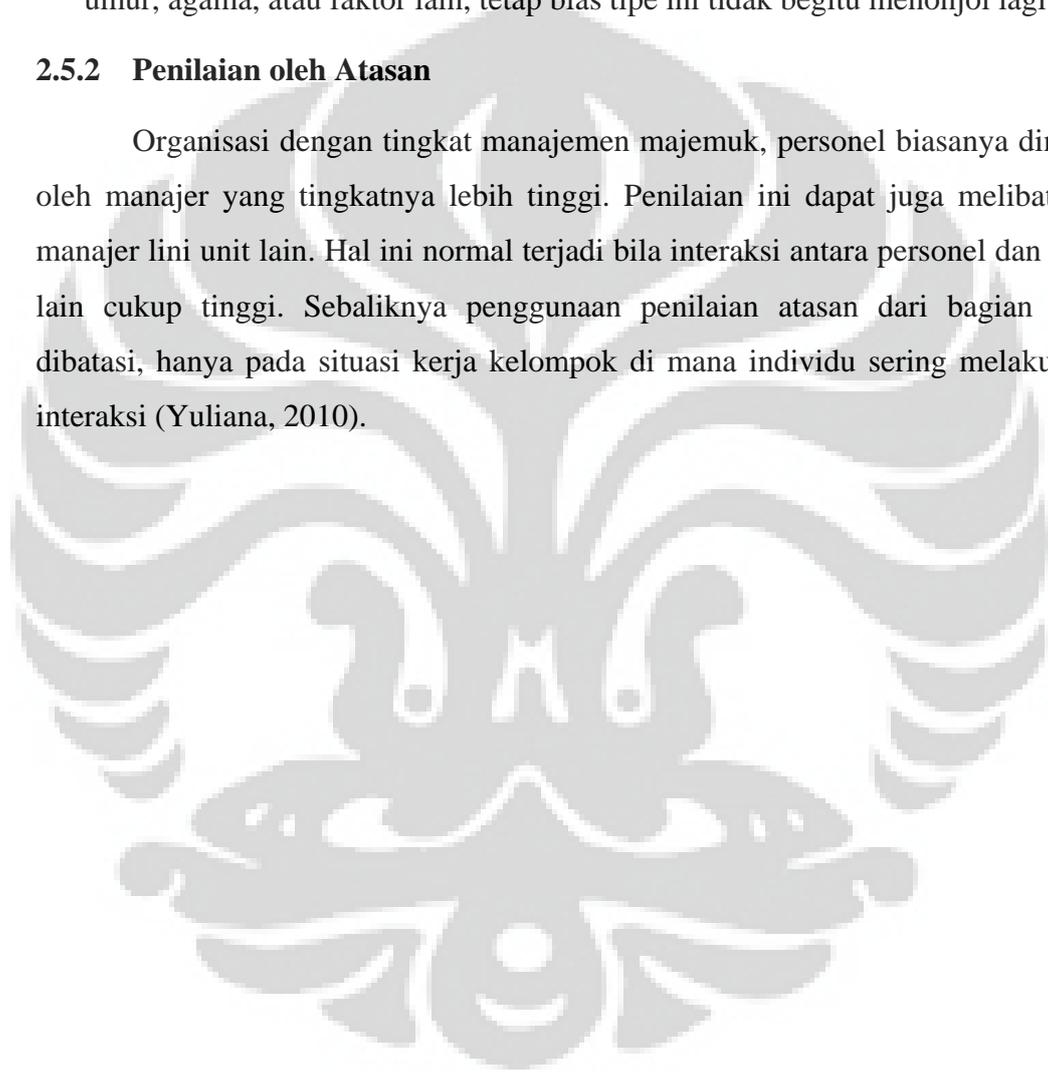
Adanya kecenderungan penilai untuk memberi skor pada nilai tertentu yang tidak mencerminkan kinerja secara akurat. Pada penilaian dengan menggunakan skala sebenarnya penilai bebas untuk menilai kinerja pada setiap skala yang tersedia, tetapi kecenderungan penilai pada nilai tengah. Kesalahan ini disebut juga *error of central tendency*. Akibat dari kesalahan penilaian ini adalah hampir setiap orang dinilai rata-rata atau memuaskan dan personel yang deviasi biasanya jumlahnya sedikit.

c. Bias personal

Bias tersebut merupakan kesalahan yang sangat sering terjadi pada penilaian kinerja, di mana nilai, budaya, cemburu, dan harapan personal ikut mempengaruhi penilaian yang menyebabkan hasil penilaian distorsi. Kesalahan ini terjadi karena penilai tidak dibekali pengetahuan yang cukup untuk menilai. Bias personal juga dapat berbasis pada diskriminasi suku, seks, umur, agama, atau faktor lain, tetap bias tipe ini tidak begitu menonjol lagi.

### 2.5.2 Penilaian oleh Atasan

Organisasi dengan tingkat manajemen majemuk, personel biasanya dinilai oleh manajer yang tingkatnya lebih tinggi. Penilaian ini dapat juga melibatkan manajer lini unit lain. Hal ini normal terjadi bila interaksi antara personel dan unit lain cukup tinggi. Sebaliknya penggunaan penilaian atasan dari bagian lain dibatasi, hanya pada situasi kerja kelompok di mana individu sering melakukan interaksi (Yuliana, 2010).



## BAB III

### GAMBARAN UMUM

#### RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK. I R. SAID SUKANTO

##### 3.1 Profil Rumah Sakit

Profil Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto adalah sebagai berikut:

Nama rumah sakit	: R.S. Sukanto
Kelas rumah sakit	: Tingkat I/Pendidikan
Status kepemilikan	: Milik Kepolisian RI
Alamat	: Jalan Raya Bogor
Kecamatan	: Kramat Jati
Kabupaten	: Jakarta Timur
Propinsi	: DKI Jakarta
Jumlah tempat tidur	: 417 tempat tidur
Nomor Telepon	: 021.8093288 Fax. 021.8094005

##### 3.2 Visi, Misi, Nilai, dan Motto

###### 3.2.1 Visi

“Terwujudnya Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto sebagai rumah sakit rujukan tertinggi Polri yang berbasis pelayanan prima dan mampu mendukung tugas pokok Polri”.

###### 3.2.2 Misi

1. Menjadi pusat rujukan tertinggi Rumkit Bhayangkara seluruh Indonesia
2. Memberikan pelayanan prima berbasis pada profesionalisme
3. Memberikan dukungan untuk Dokpol sesuai kebutuhan opsnal Polri
4. Melaksanakan pengelolaan keuangan secara transparan dan akuntabel
5. Menjadi pusat pelayanan penanganan kasus trauma

6. Sebagai pusat pelatihan dan pendidikan SDM, penelitian dan pengemabangan melalui kerjasama kemitraan dan pemanfaatan IPTEK
7. Menjadi Rumkit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto yang terakreditasi secara nasional

### 3.2.3 Nilai

Rumkit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto menjunjung tinggi nilai kebersamaan, tanggap, empati, dan santun.

### 3.2.4 Motto

“Suksesku adalah kepuasan pelanggan”.

## 3.3 Komitmen Rumah Sakit

Upaya Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I RS Sukanto meningkatkan pelayanan terutama bagi keluarga Besar Polri adalah dengan mencanangkan “3 (Three) Zero”, yaitu dijelaskan sebagai berikut:

### 1) *Zero Accident*

Pencapaian *zero accident* atau lebih dipahami dengan istilah malpraktek sejalan dengan kebijakan Kapolri melalui upaya meningkatkan kemampuan sumber daya, melengkapi peralatan medis atau non medis dan menyusun *Standard Operating Prosedur* (SOP). Upaya perubahan itu dilakukan secara simultan dan bertahap dalam setahun terakhir (2010). Kementerian Kesehatan sebagai pemegang Otoritas Kebijakan Kesehatan Nasional memberikan pengakuan berupa Akreditasi kepada Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I untuk 16 jenis Pelayanan kesehatan.

### 2) *Zero Complaint*

Diharapkan dengan akreditasi yang telah dimiliki, maka *zero complaint* dapat di *minimalisasi*, dalam arti kepuasan pelanggan yang menjadi tujuan utama pelayan prima dapat terwujud di seluruh sektor pelayanan pada Rumah Sakit kebanggaan Keluarga besar Polri.

### 3) *Zero Cost*

*Zero cost* diartikan bahwa anggota Polri dan Keluarganya diberikan pelayanan gratis tanpa biaya dengan dukungan anggaran dari Mabes Polri, dan pembiayaan ini di dukung subsidi silang dari pemanfaatan kapasitas lebih untuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat umum baik, di pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

### 3.4 Tujuan Jangka Menengah

Program pokok pembangunan dan pengembangan Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto jangka menengah ditujukan kepada:

- a. Bidang Manajemen
  1. Pengembangan kemampuan pelayanan Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto sesuai standarisasi rumah sakit tingkat I dan sebagai pusat rujukan rumah sakit Bhayangkara.
  2. Penyempurnaan organisasi Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto.
  3. Penyusunan “Hospital by Laws” yang mengatur pembagian tugas, wewenang, dan tanggung jawab setiap unsur manajemen.
  4. Pembangunan pengelolaan “Clean Governance” dengan mengembangkan sistem untuk meningkatkan mutu klinik dengan memadukan pendekatan manajemen, organisasi, dan klinik.
  5. Meningkatkan kinerja rumah sakit yang dapat diukur dengan menggunakan indikator kinerja rumah sakit yang meliputi:
    - a) Rerata jam pelatihan per karyawan per tahun
    - b) Persentase tenaga terlatih di unit khusus
    - c) Kecepatan penanganan penderita gawat darurat
      - d) Waktu sebelum operasi efektif
      - e) Angka kematian ibu karena persalinan (perdarahan, pre-eklamsia, eklamsia, dan sepsis untuk kasus non rujukan)
      - f) Angka infeksi nosokomial
      - g) Kelengkapan pengisian rekam medik
      - h) Survey kepuasan pasien
      - i) Survey kepuasan karyawan

- j) Baku mutu limbah cair
  - k) Status keuangan rumah sakit
  - l) Persentase penggunaan obat generik
6. Meningkatnya sistem keselamatan kerja serta penanggulangan kebakaran di rumah sakit dan kesiapsiagaan terhadap bencana di dalam maupun di luar rumah sakit dan meningkatnya keselamatan pasien.
  7. Manajemen administrasi, keuangan, dan anggaran yang akuntabel efisien dan lancar.
  8. Persiapan Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto menjadi BLU.
- b. Bidang Operasional Pelayanan
1. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit yang dilandasi oleh nilai-nilai tanggap, mahir, cermat, dan sepenuh hati.
  2. Menurunnya angka mortalitas dan morbiditas masyarakat Polri.
  3. Melaksanakan Yankes dan Dukkes secara profesional dalam rangka membantu opsnel Polri.
  4. Meningkatkan kapasitas dan mutu pelayanan kesehatan sesuai misi Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto dalam mengelola pelayanan, kualitas, dan rasa aman secara benar dan konsisten sehingga lebih dipercaya baik oleh masyarakat Polri maupun umum.
  5. Meningkatkan sistem IT (Informasi Teknologi) dalam rangka mendukung pelayanan terhadap pasien.
- c. Bidang SDM
1. Manajemen SDM Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto yang profesional.
  2. Pengembangan kemampuan personel dalam bidang manajemen (manajer puncak, manajer menengah dan manajer pelaksana) bidang pelayanan medis dan kedokteran kepolisian.
- d. Bidang Matfaskes
- Pengembangan fasilitas rumah sakit meliputi:
1. Pembangunan gedung syaraf dari 1 lantai menjadi 4 lantai dilengkapi dengan meubelair dan lift.

2. Pembangunan ruang jiwa lantai 1 menjadi 2 lantai (untuk ruang rawat narkoba).
3. Pengadaan peralatan kesehatan yang terdiri dari:
  - a) EKG 1 channel 15 unit
  - b) Manometer O<sub>2</sub> 50 unit
  - c) Chemical Analyzer 1 unit
  - d) Plate Screw Set 1 unit
  - e) Ventilato ICU/NICU 5 unit
  - f) Bubble Cap Set 1 unit
  - g) Laryngoscope Set 5 unit
  - h) Syringe Pump 20 unit
  - i) Infuction Pump 20 unit
  - j) Fetal Doppler 5 unit
  - k) Neopuff Instant Resuscitator Set 1 unit
  - l) Infant Warmer 1 unit

### **3.5 Sasaran Prioritas Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto**

Sasaran prioritas Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto adalah:

- a. Terpenuhinya obat-obatan dan alkes habis pakai bagi semua pasien rawat jalan dan rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto.
- b. Terpeliharanya gedung perawatan dan gedung kantor serta alkes Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto.
- c. Terpenuhinya hak-hak personil.
- d. Tersedianya alkes dalam rangka meningkatnya Yankes dan Dukkes.
- e. Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto menjadi BLU.

### 3.6 Struktur Organisasi Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto

Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto dipimpin oleh seorang Kepala Rumah Sakit disingkat Karumkit yang bertanggung jawab kepada Kapusdokkes (Kepala Pusat Kedokteran dan Kesehatan) Polri. Unsur Pimpinan Rumah Sakit terdiri dari Kepala beserta wakil kepala Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto yang berkoordinasi dengan Dewan Pengawas.

Unsur pimpinan rumah sakit membawahi unsur pelaksana utama yaitu terdiri dari:

- 1) Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan
  - a. Urmin
  - b. Sub bidang Pelayanan Medik
  - c. Sub bidang Pelayanan Keperawatan
- 2) Bidang Pelayanan Dokpol
  - a. Urmin
  - b. Sub budang DIKKES
  - c. Sub budang KUMMED
- 3) Bidang Penunjang Medis Umum
  - a. Urmin
  - b. Sub bidang Penunjang Medis
  - c. Sub bidang Penunjang Umum

Unsur pimpinan rumah sakit juga membawahi unsur pembantu dan pelaksana staf yaitu terdiri dari:

- 1) TAUD
- 2) Bagian Pengawas Internal
  - a. Urmin
  - b. Sub bagian Wasbin
  - c. Sub bagian Wasopsyan
- 3) Bagian Renmin
  - a. Urmin
  - b. Sub bagian Ren
  - c. Sub bagian Pers
  - d. Sub bagian Mat Log

- e. Sub bagian Keuangan
- 4) Bagian Binfung
  - a. Urmin
  - b. Sub bagian SIM & Rekam medis
  - c. Sub bag Diklit

### 3.7 Komposisi dan Jumlah Pegawai Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto

Komposisi dan jumlah pegawai yang terdapat di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.Said Sukanto yaitu adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.1** Komposisi Jumlah Pegawai Menurut Kualifikasi di RS Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Tahun 2011

No	Kualifikasi Tenaga	Full-timer	Part-timer	
1.	Medis	Dokter Umum	39	1
		Dokter Spesialis	66	9
		Dokter Gigi Umum	7	0
		Dokter Gigi Spesialis	12	0
2.	Keperawatan	Perawat	387	0
		Bidan	28	0
		Penunjang Keperawatan	2	0
3.	Penunjang Medis	Magister Kesehatan	8	0
		Penunjang Medis Lain	93	0
4.	Kefarmasian	Apoteker/Farmasi	23	0
5.	Non Kesehatan	Non Kesehatan	395	0
<b>Jumlah Keseluruhan</b>			<b>1060</b>	<b>10</b>

Sumber: Dokumentasi Bag Binfung Rumkit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto Tahun 2011

Tabel di atas menunjukkan bahwa sumber daya manusia (SDM) yang bekerja di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto berjumlah 1070 orang. Menurut kualifikasi ketenagaan, SDM di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto terdiri dari 134 tenaga medis (12,5%), 417 tenaga keperawatan (39%), 101 tenaga penunjang medis (9,4%), 23 tenaga kefarmasian (2,2%), dan 395 tenaga non kesehatan (36,9%).

### 3.8 Fasilitas dan Jenis Pelayanan Rumkit Bhayangkara TK. I R.Said Sukanto

Fasilitas pelayanan dalam rumah sakit sangat dibutuhkan untuk menjalankan kegiatan pelayanan rumah sakit. Walaupun jumlah pegawai sudah mencukupi, tetapi jika fasilitasnya tidak mendukung juga akan menghambat pelayanan. Berikut fasilitas dan jenis pelayanan yang terdapat di Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto:

#### 3.8.1 Fasilitas Pelayanan

Fasilitas pelayanan yang ada di Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto dibedakan menjadi dua, yaitu:

##### a. Fasilitas Diagnostik

Terdiri dari: radiologi 24 jam → radiografi, *CT Scan (Computed Tomography-Scan)*, *USG*, *ECG/EKG (elektrokardiografi)*, *Tread mill*, Lab Klinik/Patologi/Uji Narkotik 24 jam, Patologi Anatomi/Forensik Patologi/Forensik Klinik, *EEG (Elektroencephalografi)*, Bronkoskopi, Spirometri, Endoskopi, Colonoskopi, Audiometri, Echocardiografi

##### b. Fasilitas Pelayanan

Terdiri dari: Pelayanan Medis, IGD 24 Jam, Rawat Jalan, Rawat Inap, ICU, ICCU, NICU, Bedah Sentral, Rikkes (Pemeriksaan Kesehatan)/*Medical Check Up*, Kompartemen Kedokteran Kepolisian (Instalasi Perawatan Tahanan, Ruang Bedah Mayat/Instalasi Patologi Forensik, Ruang Rawat Narkoba/Instalasi Narkoba, Instalasi PPT Dan PPM).

1. Pelayanan Penunjang Medis: farmasi, apotek (Askes, Dinas, Poli, Umum), bank darah, hemodialisa (cuci darah), CSSD sebagai pusat sterilisasi, Instalasi gizi, Instalasi laundry, Instalasi pengolahan limbah.
2. Fasilitas pendukung: *Admission Office* ETC, *Admission Office*, Akper, *Ambulance*, Benmat (Gudang), *Billing System*, Toko Koperasi, R. CSSD (pusat steril dan alat-alat)

### 3.8.2 Jenis Pelayanan

Jenis pelayanan di Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto menurut Profil Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto terdiri dari:

- 1) Bidang Pelayanan Medik
  - a. Pelayanan intensif (ICU, HCU)
  - b. Pelayanan bedah sentral
  - c. Pelayanan gawat darurat
  - d. Pelayanan rawat inap A, B, C
  - e. Pelayanan medical check up
  - f. Pelayanan pasien jaminan
  - g. Pelayanan perinatologi
  - h. Pelayanan gigi dan mulut
  - i. Pelayanan anestesi
  - j. Pelayanan kebidanan
  - k. Pelayanan rekam medis
- 2) Bidang penunjang medis
  - a. Pelayanan bank darah
  - b. Pelayanan farmasi
  - c. Pelayanan laboratorium
  - d. Pelayanan rehabilitasi medik
  - e. Pelayanan radiologi
  - f. Pelayanan gizi
  - g. Pelayanan patologi anatomi
  - h. Pelayanan cssd/pprs
- 3) Bidang penunjang umum
  - a. Pelayanan laundry
  - b. Pelayanan PAM dan kesehatan lingkungan
  - c. Pelayanan harian alkes
  - d. Pelayanan ambulans/ kereta jenazah
  - e. Pelayanan pemulasaraan jenazah

- 4) Bidang pelayanan Dokpol
  - a. Pusat pelayanan terpadu
  - b. Pelayanan patologi forensik
  - c. Pelayanan perawatan korban narkoba
  - d. Pelayanan perawatan tahanan
- 5) Poliklinik Umum/Spesialis
  - a. Poliklinik spesialis paru
  - b. Poliklinik spesialis jantung
  - c. Poliklinik spesialis mata
  - d. Poliklinik spesialis kulit dan kelamin
  - e. Poliklinik spesialis T.H.T
  - f. Poliklinik spesialis internal
  - g. Poliklinik spesialis bedah
  - h. Poliklinik spesialis obstetrik ginekologi
  - i. Poliklinik spesialis anak
  - j. Poliklinik spesialis psikiatri
  - k. Poliklinik spesialis neurologi
  - l. Poliklinik spesialis gizi klinik
  - m. Poliklinik spesialis andrologi
  - n. Poliklinik spesialis gigi mulut
  - o. Poliklinik spesialis rehabilitasi medik
  - p. Poliklinik umum
- 6) Poliklinik Sub spesialis
  - a. Sub spesialis ginjal hipertensi
  - b. Sub spesialis gastro enterologi

### 3.9 Instalasi Rawat Inap A, B, C

Instalasi rawat inap (Irna) merupakan bagian dalam pemberian pelayanan keperawatan di rumah sakit. Selain memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien-pasien Polri, umum, Askes, Asuransi/jaminan ruangan, juga menjadi tempat praktek klinik bagi mahasiswa kedokteran maupun keperawatan.

#### 3.9.1 Perawat di Instalasi Rawat Inap A, B, C

Komposisi perawat di Instalasi Rawat Inap A, B, C adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.2** Jumlah Perawat di Instalasi Rawat Inap A, B, C Tahun 2011

No	Nama Ruangan	Perawat PNS	Perawat PHL	Jumlah
<b>Instalasi Rawat Inap A</b>				
1.	R. VIP Soewarno	7	6	13
2.	R. Anggrek I	5	9	14
3.	R. Anggrek II	4	8	12
4.	R. Cempaka II	7	6	13
5.	R. Bougenville	11	2	13
	<b>Jumlah</b>	<b>34</b>	<b>31</b>	<b>65</b>
<b>Instalasi Rawat Inap B</b>				
1.	R. Cendrawasih I	7	4	11
2.	R. Cendrawasih II	6	8	14
3.	R. Cendrawasih III	9	3	12
4.	R. Cendrawasih IV	10	3	13
5.	R. Nuri	6	6	12
6.	R. Parkit I	5	7	12
7.	R. Parkit II	6	6	12
	<b>Jumlah</b>	<b>47</b>	<b>35</b>	<b>82</b>
<b>Instalasi Rawat Inap C</b>				
1.	R. Cendana I	9	4	13
2.	R. Cendana II	9	5	14
3.	R. Cemara I	7	7	14
4.	R. Cemara II	9	6	15
5.	R. Mahoni I	8	5	13
6.	R. Mahoni II	8	4	12
7.	R. Eboni	5	7	12
	<b>Jumlah</b>	<b>55</b>	<b>38</b>	<b>93</b>
<b>Total</b>		<b>136</b>	<b>104</b>	<b>240</b>

Sumber: Profil Keperawatan Trimester IV 2011, Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, Rumkit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto November 2011

### 3.9.2 Kegiatan di Instalasi Rawat Inap A, B, C

#### a. Proses Pengadaan Alkes dan Non Alkes

Berdasarkan laporan harian petugas dinas malam kepada kepala instalasi rawat inap, maka dapat diketahui alkes dan non alkes di ruangan yang mengalami kerusakan atau membutuhkan yang baru. Setiap bulan masing-masing ruangan membuat suatu amprahan atau nota dinas berisi daftar alkes dan non alkes yang dibutuhkan ruangan dengan ditandatangani oleh kepala ruangan dan kepala instalasi rawat inap, kemudian diajukan kepada Kadep LMP dengan persetujuan Karumkit. Apabila disetujui, maka pengadaan alkes/non alkes tersebut berhasil.

#### b. *Visite* Dokter

Waktu kunjungan pemeriksaan dokter (*visite* dokter) dilakukan sehari sekali di pagi hari. Pemeriksaan dilakukan sesuai dengan penyakit yang diderita pasien. Pasien umum/swasta boleh bebas memilih dokter *visite* yang mereka sukai. Sedangkan untuk pasien anggota Polri/PNS Polri dan keluarga terdaftar *visite* dokter sesuai dengan tingkat ruangnya.

#### c. Asuhan Keperawatan

Metode yang diterapkan dalam penugasan keperawatan di Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto adalah dengan model tim keperawatan. Dalam model tim ini, setiap ruangan mempunyai kepala ruangan, ketua tim, dan perawat pelaksananya. Setiap tim merawat pada sejumlah pasien. Pembagian waktu jaga perawat dibagi menjadi 3 *shift*, yaitu: pagi (pukul 07.00-14.00 WIB), sore (pukul 14.00-21.00 WIB), malam (pukul 21.00-07.00 WIB).

#### d. Waktu Kunjungan Keluarga Pasien

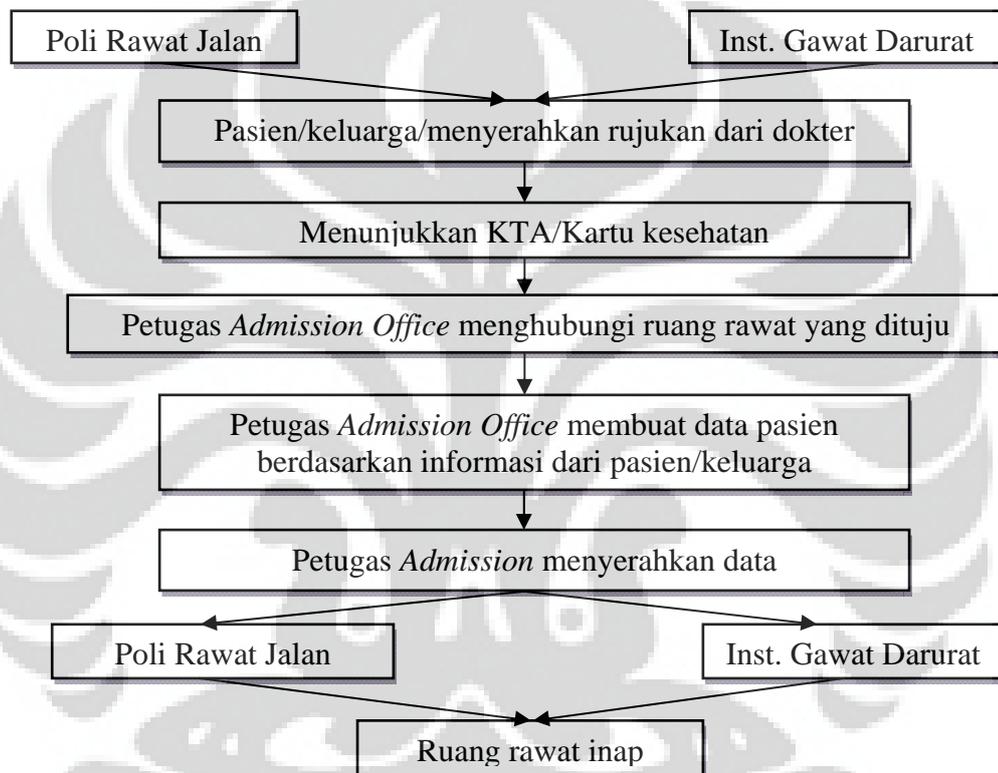
Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto membagi waktu kunjungan keluarga pasien ke dalam 2 *shift*, yaitu pada pukul 11.00-12.00 dan pukul 17.00-18.00. Penentuan waktu kunjungan bertujuan untuk menjaga kondisi pasien agar dapat beristirahat. Masing-masing ruangan tidak menyediakan ruang tunggu untuk istirahat penunggu berupa tempat tidur khusus, tetapi hanya menyediakan tempat duduk.

### 3.9.3 Alur Pasien Rawat Inap A, B, C

Pasien rawat inap Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto dibedakan menjadi dua, yaitu: pasien anggota Polri/PNS Polri dan keluarga terdaftar serta pasien umum/swasta.

#### a. Anggota Polri/PNS Polri dan Keluarga Terdaftar

**Gambar 3.1** Alur Pasien Rawat Inap  
(Anggota Polri/PNS Polri dan Keluarga Terdaftar)



Sumber: Data Admission Office Rumkit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto (Yuliana, 2010)

Keterangan:

Pasien anggota Polri /PNS Polri yang ditanggung dinas

1. Anggota Polri/PNS aktif.
2. Keluarga anggota Polri/PNS aktif (istri dan anak) yan terdaftar dalam kartu kesehatan atau kapis.
3. Anak ditanggung sampai anak ke III.
4. Anak sampai usia 21 tahun bila belum bekerja.

5. Usia anak sampai 25 tahun bila masih kuliah dan ada keterangan dari kampus/universitas.

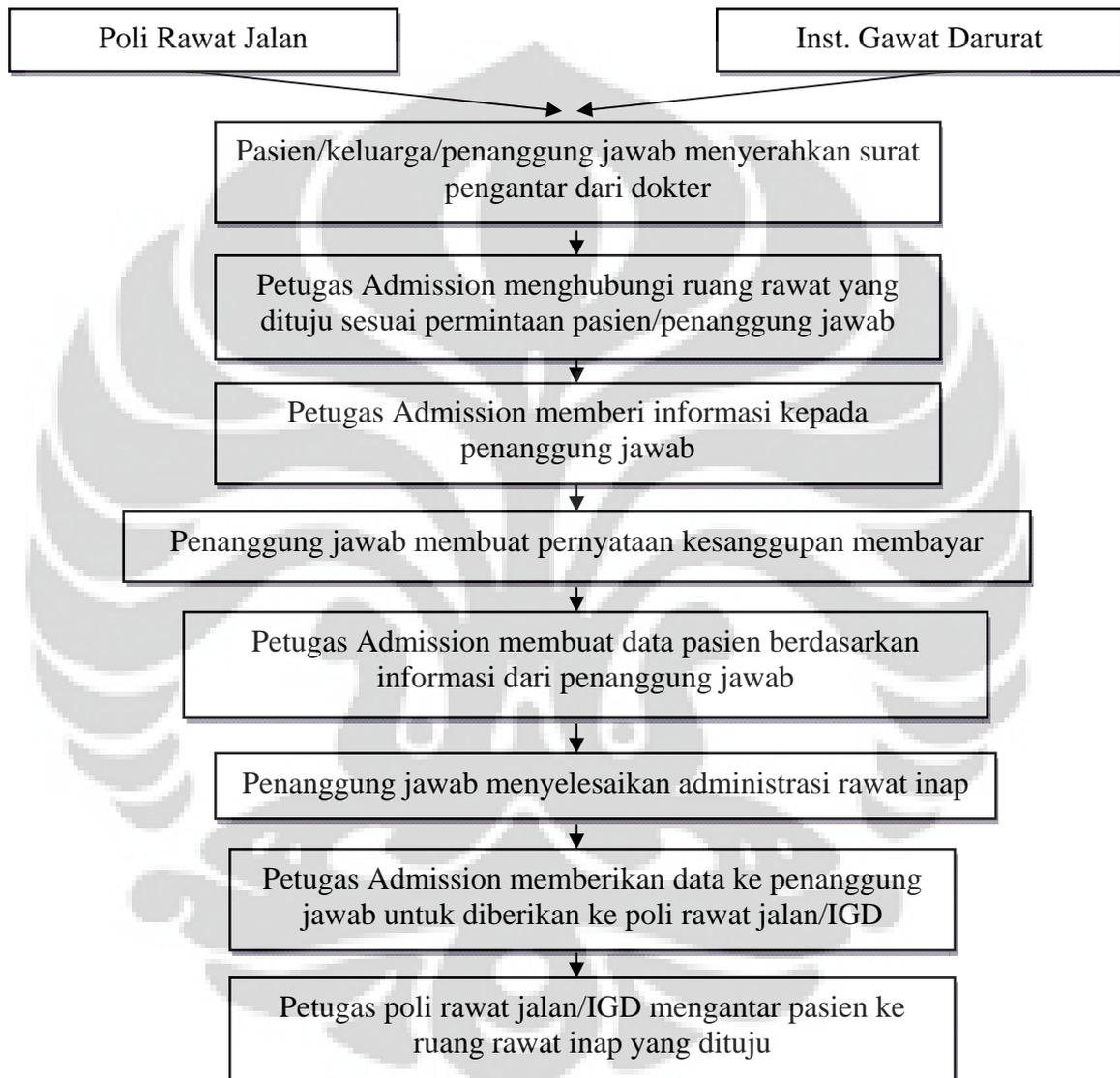
Kebijakan khusus diberikan kepada Purnawirawan Personil Polri dan keluarga serta karyawan yang dirawat inap. Wujud dari kebijakan tersebut adalah rumah sakit memberikan ruang rawat inap setingkat lebih tinggi dari hak mereka sesuai ketentuan umum yang berlaku, jika menjalani rawat inap di Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto. Prosedur yang ditetapkan sesuai kebijakan Karumkit adalah:

1. Pasien Purnawirawan Personil Polri dan keluarga serta karyawan Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto/dokter Polri yang datang ke IGD/Irja jika perlu dirawat inap harus mendapat surat pengantar rawat inap dari dokter, lalu ke *admission office* untuk mengurus proses administrasi rawat inap.
2. Sedangkan pasien yang datang membawa surat pengantar rawat inap dari dokter luar Rumkit harus melalui IGD, selanjutnya ke *admission office* untuk mengurus proses administrasi rawat inap.
3. *Admission office* akan menentukan ruang rawat bagi pasien tersebut satu tingkat lebih tinggi dari hak mereka sesuai ketentuan umum.
4. Jika ruang perawatan yang sesuai dengan ketentuan khusus tersebut penuh, pasien ditempatkan di ruang perawatan setingkat lebih rendah. Bila ruang perawatan yang sesuai telah tersedia, pasien akan segera dipindahkan.
5. Pasien akan diantar ke ruang rawat inap sesuai prosedur tetap untuk pasien rawat inap yang berlaku di Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto.
6. Sebelum pasien meninggalkan ruang rawat inap baik yang dinyatakan sembuh/meninggal/pulang paksa, terlebih dahulu petugas ruangan rawat inap melakukan pengecekan kelengkapan administrasi yang harus diselesaikan oleh pasien/keluarga di *admission office*.
7. Bagi pasien yang pulang sembuh/meninggal/pulang paksa bisa meninggalkan Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto dengan menunjukkan bukti penyelesaian administrasi dari *admission office* ke petugas tempat pasien dirawat.
8. Bagi pasien yang meninggal selain memenuhi proses administrasi juga mengikuti mekanisme prosedur tetap yang berlaku untuk pasien meninggal.

9. Hal-hal yang di luar prosedur tetap yang berlaku, hanya dapat dilakukan berdasarkan kebijaksanaan Ka Rumkit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto.

**b. Pasien Umum/Swasta**

**Gambar 3.2** Alur Pasien Rawat Inap  
(Pasien Umum/Swasta)



Sumber: Data Admission Office Rumkit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto (Yuliana, 2010)

Alur pasien umum diawali dari penyerahan surat pengantar dari dokter kepada petugas *admission office* yang kemudian akan diproses dengan menghubungi ruang rawat yang dituju dan memberitahukan kepada penanggung jawab. Apabila telah disetujui, penanggung jawab membayar administrasi ke kasir yang letaknya di ruang *admission office*. Petugas membuat data pasien yang kemudian diberikan kepada penanggung jawab untuk administrasi poli rawat jalan/IGD. Tahap terakhir adalah pasien diantar menuju ruang rawat inap yang dituju.

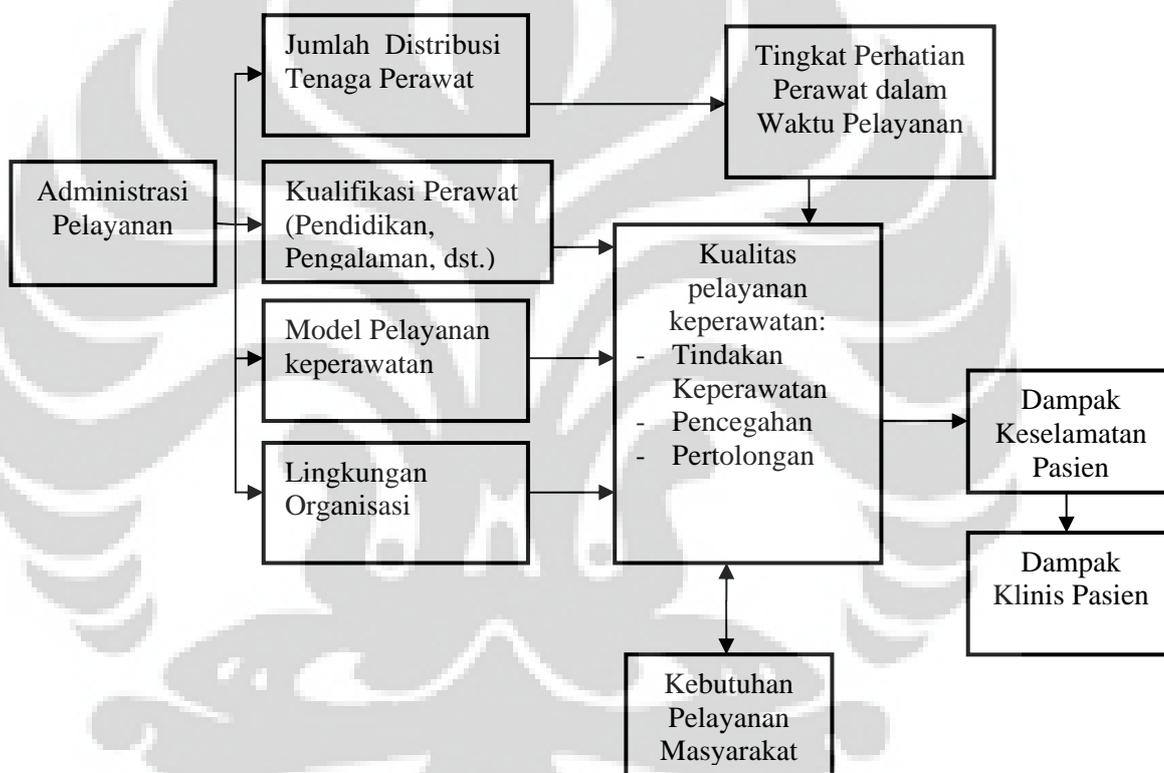


## BAB IV

### KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERSIONAL

#### 4.1 Kerangka Teori

Bagan berikut ini merupakan konsep yang menjadi alur pikir yang digunakan peneliti:



**Gambar 4.1 Kerangka Teori**

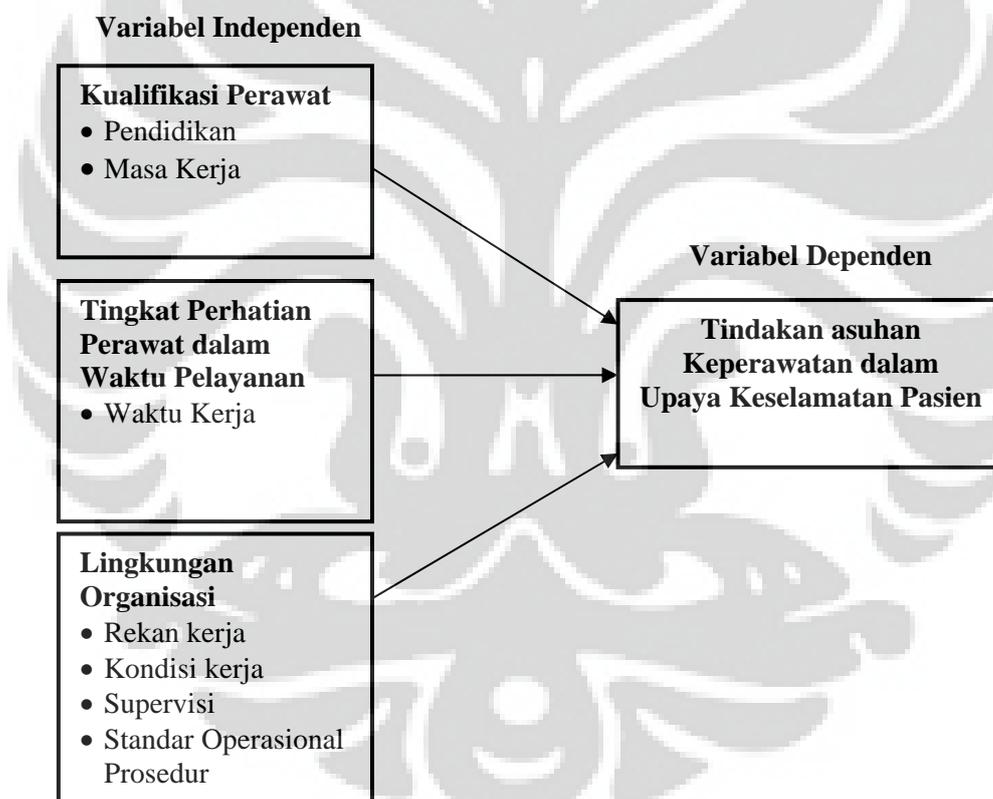
Sumber: Hubungan Distribusi Perawat dengan Dampak Pelayanan terhadap Keselamatan dan Status Klinis Pasien (Clarke & Donaldson, 2008)

Dalam penelitian Clarke & Donaldson (2008), dikemukakan bahwa terdapat faktor hubungan administrasi pelayanan keperawatan terhadap tindakan asuhan keperawatan yang berdampak pada upaya keselamatan pasien. Area penelitian yang

digunakan dalam penelitian ini yaitu secara garis besar meliputi tingkat perhatian perawat dalam waktu pelayanan yang dibutuhkan setiap pasien, kualifikasi perawat yaitu pendidikan dan masa kerja, model keperawatan dan lingkungan organisasi.

#### 4.2 Kerangka Konsep

Berdasar pada panduan kerangka teori yang diutarakan, penulis menyesuaikan dengan tujuan penelitian dan kondisi di Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto. Penilaian dilakukan oleh perawat pelaksana di unit rawat inap dalam memberikan persepsi terhadap faktor variabel dengan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien. Berikut ini adalah gambar kerangka konsep variabel-variabel yang digunakan oleh peneliti:



**Gambar 4.2 Kerangka Konsep**

Kerangka konsep yang diadopsi kemudian dimodifikasi oleh peneliti yaitu melibatkan komponen variabel dependen berupa kualifikasi perawat, tingkat perhatian perawat dalam waktu pelayanan, dan lingkungan organisasi.

Peneliti mengembangkan variabel dependen berdasar berbagai literatur untuk melengkapi penjelasan dari kerangka teori. Dalam variabel kualifikasi perawat yaitu dijabarkan peneliti berupa variabel pendidikan dan masa kerja. Dimaksudkan oleh peneliti dalam variabel waktu pelayanan pasien yaitu persepsi perawat terhadap lamanya rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk tindakan asuhan perawatan pasien di unit rawat inap.

Variabel lingkungan organisasi diperoleh dari beberapa literatur dan penelitian yang berdasar pada lingkungan organisasi perawat di dalam rumah sakit. Peneliti menggunakan variabel yang meliputi rekan kerja, supervisi, kondisi kerja dan standar operasional prosedur. Faktor variabel model keperawatan tidak diteliti oleh peneliti karena dapat dijelaskan secara kualitatif mengenai jenis model keperawatan yang berlaku di rumah sakit.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan variabel dependen yaitu tindakan asuhan keperawatan yang aman khususnya dalam upaya keselamatan pasien di rumah sakit. Aspek dasar penilaian dari variabel dependen yaitu mengacu pada upaya minimal keselamatan pasien oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit oleh Peraturan Kementerian Kesehatan yang merupakan adaptasi dari *WHO Collaborating Centre for Patient Safety* tahun 2007.

Komponen tersebut meliputi sembilan solusi *life saving* keselamatan pasien di rumah sakit yaitu memperhatikan nama obat, rupa, dan ucapan mirip; memastikan identitas pasien; memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar; mengendalikan cairan elektrolit pekat; memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan; menghindari salah kateter dan salah sambung slang; menggunakan alat injeksi sekali pakai dan meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

Dalam mengoperasionalkan konsep penelitian dilakukan sebuah penguraian variabel penelitian yang akan menjadi pengukuran dalam hasil analisis studi. Definisi operasional mendefinisikan variabel dalam mengoperasikan suatu pengukuran. Variabel merupakan suatu atribut, karakteristik atau dimensi yang akan diukur dalam studi. Dikatakan sebuah variabel apabila ada variasi dari subjek atau objek yang akan dilakukan pengukuran.

Variabel independen dalam penelitian ini menggunakan skala ordinal yang kemudian dikategorikan menjadi dua kategori dengan menggunakan nilai median sebagai pembeda. Penelitian ini mencatat hasil pengukuran persepsi perawat pelaksana dengan menggunakan skala *likert*. Rentang penilaian skala *likert* yaitu berkisar antara 1-4. 1=Sangat Setuju, 2= Setuju, 3= Kurang Setuju, 4=Tidak Setuju. Sedangkan pada variabel dependen yaitu merupakan hasil penilaian oleh kepala perawat pada ruangan rawat inap dengan menggunakan skala *likert* yaitu berkisar antara 1-4. 1=Selalu, 2= Sering, 3= Jarang, 4=Tidak Pernah.

Pada variabel dependen, peneliti merujuk pada Analisis Kepentingan dan Kinerja (Supranto, 2001 dalam Sulastris, 2010) dengan *cut off point* 90%. Dalam menetapkan pembagian dua kategori tersebut, peneliti menyesuaikan *cut off point* 80% karena data yang dihasilkan memiliki tingkat *skewedness* yang tinggi dan cenderung homogen sehingga peneliti menetapkan penilaian berupa standar dalam memberikan skoring 80%. Selain itu, indikator penetapan standar penilaian disesuaikan dengan situasi rumah sakit dan perkembangan negara transisi (WHO, 2008). Dengan demikian, penilaian tindakan asuhan keperawatan yang memiliki skor diatas 80% memiliki tindakan asuhan keperawatan yang aman.

#### 4.1 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
<b>Variabel Independen</b>					
Pendidikan	Tingkat pendidikan formal keperawatan terakhir yang ditempuh perawat pelaksana	Mengisi kuesioner	Kuesioner	Ordinal	1. Jenjang (AKPER)D3/S1 2. Jenjang SPR/SPK
Masa Kerja	Waktu yang ditempuh dalam tahun perawat pelaksana sejak mulai bekerja di unit rawat inap sampai penelitian dilaksanakan	Mengisi kuisioner	Kuesioner	Ordinal	1. Lama ( $\geq$ median) 2. Pendek ( $<$ median)
Waktu Kerja	Persepsi perawat terhadap waktu pelayanan asuhan keperawatan yang ditetapkan untuk melakukan rawat pasien di unit rawat inap.	Mengisi kuesioner	Kuesioner	Ordinal	1. Cukup ( $\geq$ median) 2. Tidak cukup ( $<$ median)
Rekan kerja	Persepsi perawat terhadap perawat yang sejawat dalam pemberian tindakan asuhan keperawatan kepada pasien di unit rawat inap.	Mengisi kuesioner	Kuesioner	Ordinal	1. Mendukung ( $\geq$ median) 2. Tidak mendukung ( $<$ median)

Kondisi kerja	Persepsi perawat terhadap lingkungan dan fasilitas kerja yang menunjang tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di unit rawat inap	Mengisi kuesioner	Kuesioner	Ordinal	1. Aman ( $\geq$ median) 2. Tidak Aman ( $<$ median)
Supervisi	Persepsi perawat terhadap atasan dalam pekerjaannya yang menunjang tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di unit rawat inap	Mengisi kuesioner	Kuesioner	Ordinal	1. Tinggi ( $\geq$ median) 2. Rendah ( $<$ median)
Standar Operasional Prosedur	Persepsi perawat terhadap peraturan rumah sakit berupa peraturan dari performa langkah-langkah yang menunjang tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di unit rawat inap	Mengisi kuesioner	Kuesioner	Ordinal	1. Baik ( $\geq$ median) 2. Buruk ( $<$ median)
<b>Variabel Dependen</b>					
Tindakan Asuhan Keperawatan dalam Upaya Keselamatan Pasien	Penilaian atasan terhadap perawat pelaksana mengenai tindakan asuhan keperawatan berdasar pada upaya keselamatan pasien yaitu meliputi: <ul style="list-style-type: none"> <li>Perhatian pada rupa dan nama obat</li> </ul>	Mengisi kuesioner	Kuesioner	Ordinal	Hasil skor dikelompokkan menjadi dua kategori dengan membuat <i>cut off point</i> 80%. 1. Aman ( $\geq$ 80%) 2. Tidak aman ( $<$ 80%)

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pengidentifikasi Pasien</li><li>• Komunikasi saat operasi pasien</li><li>• Kepastian tindakan benar</li><li>• Pengendalian cairan Elektrolit Pekat</li><li>• Akurasi ketepatan Pemberian obat</li><li>• Pencegahan salah kateter/sambung slang</li><li>• Penggunaan alat injeksi sekali pakai</li><li>• Kebersihan Tangan Perawat</li></ul>				
--	---	--	--	--	--

## **BAB V**

### **METODE PENELITIAN**

#### **5.1 Desain Penelitian**

Dalam penelitian ini penulis menggunakan desain penelitian kuantitatif *cross sectional*. Rancangan studi ini digunakan oleh penulis karena setiap variabel dalam penelitian ini diobservasi dan diukur sebanyak satu kali saja dan dalam waktu yang bersamaan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui analisis tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien. Analisis tersebut berupa hubungan kualifikasi perawat, waktu pelayanan, rekan kerja dan kondisi kerja di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto.

#### **5.2 Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2011 di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto di Kramat Jati, Jakarta Timur.

#### **5.3 Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **5.3.1 Populasi Penelitian**

Populasi adalah kumpulan subjek atau objek yang memiliki kemiripan dalam satu atau lebih dimensi yang didefinisikan oleh seorang peneliti (Corty, 2007). Dalam suatu penelitian ilmiah diperlukan sejumlah orang yang harus diselidiki. Idealnya kita harus menyelidiki keseluruhan populasi, tetapi apabila ternyata populasi terlalu besar, dapat kita ambil sampel yang dapat mewakili keseluruhan populasi tersebut.

Subjek populasi dari penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto yang tercatat pada bulan November tahun 2011. Eksklusi subjek populasi yaitu instalasi rawat inap A dikarenakan telah digunakan sebagai tempat untuk menguji validitas dan reliabilitas penelitian. Inklusi subjek populasi yaitu terdiri dari ruangan instalasi rawat inap B dan C tersebut terdiri empat belas (14) ruangan yaitu

meliputi ruangan Cendrawasih I-IV, Parkit I-II, Nuri, Cendana I-II, Mahoni I-II, Cemara I-II, dan Eboni. Jumlah populasi perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap B dan C yaitu sebanyak 150 orang.

### 5.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian dari populasi yang terseleksi yang kemudian dinilai atau diukur karakteristiknya sehingga menjadi sebuah generalisasi dari populasinya (Corty, 2007). Bagian-bagian dari keseluruhan (oleh para ahli statistik disebut *population* atau *universe*), yang menjadi objek sesungguhnya dari suatu penelitian itulah yang disebut sampel, dan metodologi untuk menyeleksi individu-individu masuk kedalam sampel disebut *sampling*. Metodologi *sampling* yang representatif yaitu pada dasarnya menyangkut masalah sampai di manakah ciri-ciri yang terdapat pada sampel yang terbatas itu benar-benar menggambarkan keadaan yang sebenarnya dalam keseluruhan populasi.

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode *proportionate stratified random sampling* atau *random sampling* berstratifikasi yaitu populasi digolongkan ke dalam beberapa golongan atau strata menurut suatu kriteria tertentu. Pengambilan sampel terhadap responden dilakukan di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto pada bulan November 2011 tanpa adanya keistimewaan perbedaan responden yang baru masuk atau telah lama berprofesi sebagai perawat di tempat penelitian.

Peneliti merujuk pada perhitungan besar sampel dari WHO oleh Lemeshow dan Lwanga (1991) dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} P (1-P)N}{d^2(N-1) + Z^2_{(1-\alpha/2)} P (1-P)}$$

Keterangan:

n= Jumlah sampel

N= Jumlah populasi =150

Z=standar deviasi yang dapat disamakan kedalam 95% CI =1,96

kesalahan (*standard error*)

P= Proporsi populasi untuk mendapat jumlah sampel terbesar (*variance maximal*), yaitu proporsi masalah yang tidak diketahui prevalensinya (Notoatmodjo, 2007)

d= tingkat kesalahan yang diharapkan 5%=0,05

$$n = \frac{(1.960)^2 (0.5) (0.5) (150)}{(0.05)^2 (149) + (1,960)^2 (0,5)(0.5)} = \frac{144,06}{1,33} = 108 \sim 110$$

Peneliti menggunakan jumlah sampel sebanyak 110 responden yang sesuai dengan kriteria pengambilan sampel. Selanjutnya peneliti menggunakan *proportionate stratified random sampling* yang diuraikan pada tabel di bawah ini.

**Tabel 5.1** Distribusi Pengambilan Sampel Responden di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.S. Sukanto pada Tahun 2011

No.	Nama Ruangan	Anggota Populasi Perawat Pelaksana	Persentase(%)	Proportionate Stratified Sampling	Sampel
<b>Instalasi Rawat Inap B</b>					
1	Cenderawasih I	9	6%	6,6	<b>7</b>
2	Cenderawasih II	12	8%	8,8	<b>9</b>
3	Cenderawasih III	10	6,7%	7,34	<b>7</b>
4	Cenderawasih IV	10	6,7%	7,34	<b>8</b>
5	Nuri	10	6,7%	7,34	<b>7</b>
6	Parkit I	10	6,7%	7,34	<b>7</b>
7	Parkit II	10	6,7%	7,34	<b>7</b>
<b>Instalasi Rawat Inap C</b>					
8	Cendana I	11	7,7%	8,01	<b>8</b>
9	Cendana II	12	8%	8,8	<b>9</b>
10	Cemara I	12	8%	8,8	<b>9</b>
11	Cemara II	13	9,3%	9,53	<b>10</b>
12	Mahoni I	11	7,7%	8,01	<b>8</b>
13	Mahoni II	10	6,7%	7,34	<b>7</b>
14	Eboni	10	6,7%	7,34	<b>7</b>
<b>Jumlah</b>		150	100%	110	<b>110</b>

Pada tabel 5.1, peneliti menggunakan *proportionate stratified sampling* dengan melakukan pembulatan sehingga mendapat minimal jumlah sampel yang memenuhi kriteria. Peneliti menggunakan teknik proporsi dengan menghitung persentase setiap ruangan dari jumlah populasi yaitu 150 perawat pelaksana. Proporsi persentase kemudian dikalikan dengan jumlah sampel yang akan diteliti

yaitu 110 responden sehingga mendapat minimal jumlah sampel pada setiap ruangan.

## **5.4 Teknik Pengumpulan Data**

### **5.4.1 Sumber data**

Sumber data yang digunakan oleh penulis dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data primer merupakan data yang berasal dari hasil kuesioner yang disebarakan peneliti kepada responden, yaitu kepada perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto.

Peneliti menyebarkan kuisisioner dengan cara mendatangi langsung ke tempat/unit responden bekerja. Pertanyaan dalam kuesioner dalam penelitian ini bersifat tertutup. Peneliti menggunakan pertanyaan tertutup untuk mengukur variabel-variabel dalam penelitian. Pertanyaan setengah terbuka hanya digunakan pada kategori usia dan lama kerja.

Data sekunder dalam penelitian ini terdiri dari dokumen yang terkait dengan asuhan keperawatan. Data sekunder lain yang merupakan data penunjang berupa dokumen atau berkas-berkas rumah sakit yang meliputi *company profile*, profil ketenagaan, dan lain-lain.

### **5.4.2 Instrumen Penelitian**

Operasionalisasi dari kerangka konsep yang dilakukan oleh peneliti yaitu merupakan suatu pedoman tersendiri bagi peneliti dalam menyusun bentuk dan daftar pertanyaan kuesioner yang akan disebarakan kepada perawat pelaksana di instalasi rawat inap rumah sakit. Peneliti menggunakan instrumen penelitian untuk mengukur variabel berdasarkan dari hasil yang didapat di lapangan untuk selanjutnya hasil yang disebut data lapangan tersebut akan dianalisa oleh peneliti dengan maksud untuk mengetahui terbukti atau tidaknya suatu hipotesis yang diajukan.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa pengamatan dan penilaian dalam bentuk kuesioner. Kuesioner merupakan suatu daftar yang berisikan suatu rangkaian pertanyaan mengenai sesuatu hal atau dalam suatu bidang dimaksudkan untuk memperoleh data berupa jawaban-jawaban dari para

responden (orang-orang yang menjawab). Hal tersebut dilakukan untuk mengetahui persepsi perawat pelaksana dan penilaian kepala ruangan dalam melakukan analisis tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto.

### **5.4.3 Cara Pengumpulan Data**

#### **5.4.3.1 Tahap Persiapan Pengumpulan data**

Langkah-langkah yang dilakukan sebelum pengamatan atau pengumpulan data, yaitu:

- a. Memberikan informasi kepada unit rawat inap yang akan dilakukan pengamatan dan wawancara tidak terstruktur kepada komite keperawatan mengenai maksud dan tujuan serta manfaat dari diadakannya penelitian ini.
- b. Melakukan uji awal atau *pre-test* pengisian instrumen penelitian yaitu kuisisioner, sehingga bila ada kalimat yang salah dalam penulisan, definisi variabel, dan hasil ukur yang tidak sesuai dengan tujuan penelitian dapat diperbaiki.

#### **5.4.3.2 Tahap Pelaksanaan**

Dalam mengumpulkan data penelitian, penulis melakukan pengamatan dan penyebaran kuisisioner kepada perawat pelaksana, kepala perawat dan wakil kepala perawat di setiap ruangan di Instalasi Rawat Inap pada bulan November 2011. Adapun uji awal/*pre-test* kuisisioner dilakukan di Instalasi Rawat Inap A yang terdiri dari lima ruangan, selanjutnya penelitian populasi sebenarnya dilakukan di Instalasi Rawat Inap B dan C. Uji coba seyogyanya dilakukan di tempat yang berbeda dengan karakteristik yang sama. Instalasi Rawat Inap A merupakan bagian yang dapat merepresentasikan Instalasi Rawat Inap B dan C yang jenis pasiennya tidak terstrafikasi oleh perbedaan kelas atau latar belakang ekonomi.

### **5.5 Etika Penelitian**

Kronologi proses awal sebelum pelaksanaan penelitian di tempat penelitian yakni di Rumah Sakit Bhayangkara yaitu membuat surat izin fakultas yang kemudian mendapat surat balasan yang disetujui oleh Kepala Rumah Sakit. Selanjutnya peneliti melakukan uji coba kuisisioner pada pertengahan bulan

November yang kemudian diikuti dengan penelitian sebenarnya sampai pada akhir bulan November. Kuesioner dapat terkumpul secara lengkap pada awal bulan Desember. Peneliti memberi penjelasan secara tertulis pada kuesioner yang menjelaskan tujuan penelitian, petunjuk pengisian kuesioner, hak-hak atas privasi, *anonimity* kerahasiaan, *self determination*, dan bebas dari rasa tidak aman (Pollit & Hungler, 1999 dalam Ernawati 2010).

*a. Self determination*

Dalam hal kesediaan menjadi responden dalam penelitian yaitu responden diberi kebebasan dalam hal kerelaan untuk berpartisipasi. Dalam menyebarkan kuesioner, seluruh jumlah yang disebarkan diterima kembali kepada peneliti.

*b. Confidentiality, Privacy dan Autonimity*

Peneliti menggunakan map coklat yang tertera nama responden berisi kuesioner yang tidak dapat dibuka oleh orang lain kecuali responden dan peneliti. Selanjutnya lembar kuesioner diberi nomor responden sehingga dalam penelitian tidak mempublikasikan identitas berupa nama.

*c. Informed Consent*

Setiap subjek sampel yang bersedia menjadi responden penelitian diwajibkan untuk menandatangani kesediaannya pada halaman sebelum pengisian kuesioner.

## **5.6 Manajemen Data (Pengolahan data)**

Setelah data-data dikumpulkan, tahap selanjutnya yang dilakukan adalah pengolahan data (manajemen data). Pengolahan data adalah kegiatan pendahuluan dari analisis kuantitatif yang terdiri dari *data structure* dan *data file*, *data editing*, *data coding*, *data entry*, dan *data cleaning*. Pengolahan data dimaksudkan sebagai suatu proses untuk memperoleh data ringkasan dari data mentah dengan menggunakan cara atau rumus tertentu. Berikut adalah tahapan-tahapan dalam manajemen data atau pengolahan data (Hasan, 2005 dalam Fitriyanti, 2010):

a. Membuat struktur data (*data structure* dan *data file*)

Tahap pertama yang dilakukan pada manajemen data ini adalah *data structure* dan *data file*. Struktur data dikembangkan sesuai dengan analisis yang akan dilakukan dan jenis perangkat lunak yang dipergunakan. Pada saat mengembangkan struktur data, masing-masing variabel perlu ditetapkan, seperti nama, skala (*numeric*/angka, *string*/huruf/campuran), dan jumlah digit (termasuk jumlah desimal untuk data *numeric*). Pada penelitian ini, struktur data dan file data dikembangkan menggunakan aplikasi pada komputer yaitu dengan program SPSS (*Statistic Product for Social Sciences*) versi 13.

b. Menyunting data (*data editing*)

Penyuntingan data dilakukan sebelum proses pemasukan data dan dilakukan di lapangan agar data yang salah/meragukan masih dapat ditelusuri kembali kepada responden yang bersangkutan.

c. Mengkode data (*coding data*)

Pada penelitian ini, setelah dilakukan *data editing*, dilakukan proses pengklasifikasian serta pengkodean data untuk masing-masing variabel sesuai dengan tujuan penelitian. Data yang berbentuk huruf diklasifikasikan menjadi bentuk angka. Proses *data coding* dilakukan untuk memudahkan *data entry* dan proses analisis di tahap selanjutnya.

d. Memasukkan data (*data entry*)

Tahap selanjutnya dalam manajemen data adalah *data entry*. *Data entry* adalah kegiatan memasukkan data ke dalam komputer dengan menggunakan program SPSS untuk keperluan analisis.

e. Membersihkan data (*data cleaning*)

Data yang terkumpul, biasanya tidak begitu bersih, artinya data kemungkinan masih mengandung kesalahan. Kesalahan dapat berupa salah tulis, kesalahan jawaban, jawaban tidak terisi, jawaban tidak jelas, jawaban meragukan, dan sebagainya. Pada penelitian ini, proses *data cleaning* dilakukan dengan mengecek kembali data saat berada di lapangan. Proses *cleaning* juga dilakukan saat semua data sudah selesai di *entry* untuk melihat

ada data yang salah atau tidak. Jika ada keanehan dalam data yang di *entry*, segera dilakukan perbaikan terhadap data yang salah.

### 5.7 Uji Awal Kuesioner

Peneliti melakukan sebuah uji awal berupa survei kepada responden yang memiliki karakteristik yang sama pada populasi penelitian. Survei dilakukan untuk memenuhi kebutuhan atas adanya fakta administratif pada sejumlah aspek kehidupan. Survei dirancang untuk mengamati relasi sebab-akibat. Berkenaan dengan pokok masalahnya, maka yang dapat dikatakan orang bahwa survey berkaitan dengan karakteristik demografis, lingkungan sosial, aktivitas atau pendapat dan sikap dari sejumlah kelompok manusia (Moses dan Kalton 1971;1 dalam Bell 2006).

Peneliti melakukan *pre-test* kuesioner untuk mengukur validitas dan reliabilitas variabel yang digunakan dalam penelitian. *Pre-test* yaitu pengukuran dalam penelitian sebelum dilakukan *treatment* terhadap subjek atau dengan kata lain *pre-test* adalah hal yang dilakukan oleh peneliti sehubungan dengan kuisisioner dengan maksud untuk mengetahui apakah kuesioner sudah cukup layak disebarakan kepada sejumlah khalayak responden yang menjadi sampel dari populasi penelitian.

Uji reliabilitas dan validitas sangat dibutuhkan sebagai maksud untuk melihat ketepatan pemilihan variabel dan variabelnya dalam prosedur operasionalisasi. Validitas menunjukkan sejauh mana alat ukur pengukur itu mengukur apa yang akan diukur. Pada umumnya validitas alat ukur dapat diselidiki dengan logika dan statistik. Reliabilitas berkaitan dengan kehandalan dan konsistensi suatu variabel. Maksudnya, informasi yang ditunjukkan oleh suatu variabel tidak mengalami perubahan karena karakter variabel itu sendiri. Atau dengan kata lain, konsistensi variabel itu sendiri. Pada tahap awal analisis data ini dilakukan uji reliabilitas *Alpha Cronbach* dan uji validitas dengan "*Corrected item -Total Correlation*".

### 5.7.1 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner berisikan 19 pertanyaan untuk menguji variabel independen pada perawat pelaksana terpilih dan 14 pertanyaan untuk variabel dependen yang ditujukan kepada kepala dan wakil ruangan sebagai penilaian dari atasan untuk masing-masing perawat pelaksana terpilih.

Berikut ini tabel hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner yang dilakukan kepada 21 responden yang kemudian diolah datanya dengan menggunakan program SPSS (*Statistic Product for Social Sciences*). Untuk menguji reliabilitas sebuah variabel yaitu dengan metode analisis statistik berupa nilai *Cronbach Alpha*  $\geq 0,7$  yang umumnya digunakan untuk mengukur persepsi. Sedangkan untuk menguji validitas data yaitu diukur dengan nilai *r* tabel dengan menggunakan  $df = n-2 \rightarrow 21-2 = 19$ , pada tingkat kemaknaan 5%, didapat angka *r* tabel = 0,433. Nilai *r* hasil dapat dilihat pada kolom "*Corrected item -Total Correlation*". Pernyataan yang  $r_{\text{alpha}} < r_{\text{tabel}}$ , maka dinyatakan tidak valid.

**Tabel 5.2** Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Variabel Independen

Pernyataan	Nilai Reliabilitas <i>Cronbach Alpha</i>	Nilai Validitas		Keputusan
		R alpha	R tabel	
<b>Variabel Independen</b>				
Waktu Kerja	Waktu kerja cukup untuk pelayanan tiap pasien		0,776	Reliabel dan Valid
	Waktu kerja mendukung tingkat konsentrasi yang baik	0,734	0,491	Reliabel dan Valid
	Jumlah perawat dalam satuan waktu kerja (shift) mencukupi pelayanan askep		0,457	Reliabel dan Valid
Rekan Kerja	Rekan kerja perawat bekerja sama dengan baik		0,913	Reliabel dan Valid
	Rekan kerja perawat memberi bantuan dalam melaksanakan askep		0,648	Reliabel dan Valid
	Rekan kerja perawat menciptakan komunikasi yang baik dalam pelayanan askep	0,911	0,536	Reliabel dan Valid
	Rekan kerja perawat terjalin hubungan yang baik		0,913	Reliabel dan Valid
	Hubungan atasan terjalin hubungan yang baik		0,913	Reliabel dan Valid

Pernyataan	Nilai Reliabilitas	Nilai Validitas		Keputusan	
		Cronbach Alpha	R alpha		R tabel
Supervisi	0.777		0,650	Reliabel dan Valid	
			0,650	Reliabel dan Valid	
			0,674	Reliabel dan Valid	
			0,618	Reliabel dan Valid	
Kondisi Kerja	0.764		0,577	Reliabel dan Valid	
			0,473	Reliabel dan Valid	
			0,781	Reliabel dan Valid	
			0,451	Reliabel dan Valid	
Standar Operasional Prosedur	0.714		0,304	Reliabel dan <b>Tidak Valid</b>	
			0,583	0.433	Reliabel dan Valid
			0,797		Reliabel dan Valid

Pada tabel diatas yaitu terdapat satu pernyataan yang tidak valid pada uji coba kuesioner variabel independen. Pernyataan yang tidak menunjukkan validitas secara statistik tidak diikutsertakan dalam penelitian sebenarnya.

Selanjutnya peneliti juga menguji validitas dan reliabilitas pada kuesioner variabel dependen yakni tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien. Kuesioner merupakan hasil penilaian kepala perawat terhadap pernyataan terkait sasaran keselamatan pasien. Berikut ini merupakan hasil uji yang ditampilkan berupa tabel.

**Tabel 5.3** Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Dependen Kuesioner

Pernyataan	Nilai Reliabilitas <i>Cronbach Alpha</i>	Nilai Validitas		Keputusan	
		R alpha	R tabel		
<b>Variabel Dependen</b>					
Tindakan Asuhan Keperawatan	Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip		0,948	Reliabel dan Valid	
	Memperhatikan label pada obat dengan mengecek ulang pada resep		0,948	Reliabel dan Valid	
	Memberikan obat yang benar kepada pasien		0,948	Reliabel dan Valid	
	Menanyakan identitas pasien sebelum tindakan askep		0,888	Reliabel dan Valid	
	Mudah mengkomunikasikan saat serah terima pasien kepada keluarga pasien		0,871	Reliabel dan Valid	
	Mudah mengkomunikasikan pengoperan pasien pada setiap tindakan antar unit		0,261	Reliabel dan <b>Tidak Valid</b>	
	Memberikan tanda pada tubuh pasien yang akan dilakukan pengobatan sesuai prosedur		0,510	Reliabel dan Valid	
	Berkolaborasi baik dengan dokter dalam melakukan verifikasi pengobatan	0.937	0,885	0.433	Reliabel dan Valid
	Memberikan dosis yang tepat pada pemberian cairan elektrolit pekat		0,948	Reliabel dan Valid	
	Memberikan daftar medikasi obat yang diterima pasien		0,625	Reliabel dan Valid	
	Memasang selang infus dengan cara yang benar kepada pasien		0,449	Reliabel dan Valid	
	Memasang sambungan kateter dengan cara yang benar		0,528	Reliabel dan Valid	
	Menggunakan jarum injeksi sekali pakai secara aman		0,940	Reliabel dan Valid	
	Taat dalam mengikuti prosedur mencuci tangan dengan baik dan benar		0,763	Reliabel dan Valid	

Pada tabel diatas yaitu terdapat satu pernyataan yang tidak valid pada uji coba kuesioner variabel dependen. Pernyataan yang tidak menunjukkan validitas secara statistik selanjutnya tidak diikutsertakan dalam penelitian sebenarnya.

## 5.8 Analisis data

Tahap selanjutnya setelah data dikumpulkan adalah analisis data. Analisis data merupakan proses penyederhanaan data ke dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diinterpretasikan (Yuliana, 2010). Pada penelitian ini, penulis menggunakan dua buah analisis statistik yang dibagi menjadi dua tahap, yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

### 5.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisa yang dilakukan menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian. Analisa univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran mengenai ciri-ciri suatu variabel. Analisis univariat berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Skala ordinal tidak hanya menunjukkan adanya perbedaan kategori, tetapi sudah memperlihatkan adanya urutan atau tingkatan dari kategori-kategori dalam variabel dan urutan atau tingkatannya tersusun dalam urutan yang jelas. Analisis univariat ini tergantung dari jenis datanya. Untuk variabel yang datanya kategorik, alat analisisnya berupa tabel distribusi frekuensi sederhana dan persentasenya serta bentuk-bentuk diagram statistik.

### 4.6.1 Analisis Bivariat

Setelah dilakukan analisis univariat untuk mengetahui karakteristik masing-masing variabel independen, tahap selanjutnya adalah analisis bivariat. Tujuan dari analisis bivariat adalah untuk mengetahui hubungan antara dua variabel, yaitu variabel independen dan dependen. Dalam penelitian ini digunakan uji *chi square* karena analisis hubungan yang digunakan adalah analisis variabel kategorik dengan variabel kategorik. Variabel kategorik yaitu variabel yang digunakan untuk mengklasifikasi kasus menjadi sebuah kumpulan atau kategori.

Proses pengujian *chi square* adalah membandingkan frekuensi yang terjadi (observasi) dengan frekuensi harapan (ekspektasi). Apabila nilai frekuensi observasi dengan nilai frekuensi harapan sama, maka dikatakan tidak ada perbedaan yang bermakna (signifikan). Sebaliknya, apabila nilai frekuensi

observasi dan nilai frekuensi harapan berbeda, maka dikatakan ada perbedaan yang bermakna (Yuliana, 2010).

Untuk melihat kemaknaan perhitungan statistik antara variabel independen dengan variabel dependen digunakan tingkat kepercayaan 95%. Jika nilai *p-value* yang didapat lebih kecil dari 0,05 maka hipotesis nol ditolak yang berarti antara dua variabel (independen dan dependen) yang diteliti mempunyai hubungan yang bermakna. Sedangkan jika nilai *p* lebih besar dari 0,05 maka hipotesis nol gagal ditolak, atau dengan kata lain antara dua variabel (independen dan dependen) yang diteliti tidak memiliki hubungan yang bermakna (Fitriyanti, 2010).

**Tabel 5.4** Penggunaan Uji Statistik dalam Analisis Bivariat

No.	Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji Statistik
1	Pendidikan		<i>Chi Square</i>
2	Masa Kerja	Tindakan	<i>Chi Square</i>
3	Waktu Kerja	Asuhan	<i>Chi Square</i>
4	Rekan Kerja	Keperawatan dalam Upaya	<i>Chi Square</i>
5	Supervisi	Keselamatan	<i>Chi Square</i>
6	Kondisi Kerja	Pasien	<i>Chi Square</i>
7	Standar Operasional Prosedur		<i>Chi Square</i>

**BAB VI**  
**HASIL PENELITIAN**

**6.1 Gambaran Karakteristik Responden**

Dalam penelitian ini, gambaran karakteristik responden yang menjadi subjek penelitian dapat diketahui melalui jenis kelamin, usia, status pernikahan, dan status kepegawaian. Data tersebut dapat lebih rinci dibuat dalam tabel sebagai berikut.

**Tabel 6.1** Distribusi Karakteristik Responden di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

<b>Karakteristik Responden</b>	<b>Jumlah (n=109)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	11	10,1
Perempuan	98	89,9
<b>Usia</b>		
< 30 tahun	50	45,9
≥ 30 tahun	59	54,1
<b>Status Pernikahan</b>		
Menikah	78	71,6
Belum menikah	31	28,4
<b>Status Kepegawaian</b>		
Pegawai Negeri Sipil	57	52,3
Pegawai Honorer	52	47,7

Berdasarkan tabel 6.1, dapat diketahui bahwa jumlah responden dengan jenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan dengan jenis kelamin laki-laki. Terdapat sebelas (10,1%) responden laki-laki dan 98 (89,9%) responden perempuan yang berprofesi sebagai perawat pelaksana yang diikutsertakan dalam penelitian ini.

Dalam penelitian, penggolongan usia responden yaitu dikelompokkan ke dalam dua kategori berdasarkan pembagian usia di atas dan di bawah nilai median (nilai tengah). Nilai median yaitu usia 30 tahun yang menghasilkan sebagian besar jumlah responden sebanyak 50 orang (45,9%) berusia kurang dari 30 tahun, sedangkan sebagian lainnya yaitu sebanyak 59 orang (54,1%) berusia lebih dari 30 tahun.

Pada hasil data karakteristik responden berdasarkan status pernikahan. Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa responden yang belum menikah yaitu sejumlah 31 orang (28,4%), sedangkan yang sudah menikah yaitu sejumlah 78 orang (71,6%) dari total responden dalam penelitian ini. Distribusi responden yang berstatus pegawai negeri sipil berjumlah 57 orang (52,3%), sedangkan yang berstatus sebagai pegawai honorer yaitu sebanyak 52 orang (47,7%). Distribusi status kepegawaian perawat yaitu berasal dari honorer kemudian baru diangkat menjadi perawat pegawai negeri sipil (PNS).

## 6.2 Hasil Analisis Univariat

Distribusi responden perawat pelaksana berdasarkan variabel independen dengan hasil ukur ditampilkan sebagai berikut:

**Tabel 6.2** Distribusi Persebaran Nilai pada Variabel Independen di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Variabel	Mean	Median	Standar Deviasi
Masa Kerja	8,89	8,00	6,04
Waktu Kerja	2,80	3,00	0,78
Rekan Kerja	3,02	3,00	1,45
Kondisi Kerja	2,92	3,00	1,17
Supervisi	2,95	3,00	1,09
Standar Operasional Prosedur	2,88	3,00	0,99

Pada variabel independen di atas, diperoleh nilai statistik berupa mean (nilai rata-rata), median (nilai tengah), dan standar deviasi. Nilai tersebut digunakan untuk *cut off point* sehingga mendeskripsikan dan mendapatkan penggolongan hasil data univariat.

## 6.2.1 Distribusi Perawat Pelaksana Berdasarkan Kualifikasi

### 6.2.1.1 Pendidikan

Peneliti menggunakan variabel pendidikan yaitu pendidikan terakhir perawat pelaksana yang selanjutnya digunakan sebagai variabel independen penelitian. Peneliti mengelompokkan variabel pendidikan dengan kategori pertama yaitu terdiri dari AKPER (Akademi Keperawatan) dan strata satu (S1). Sedangkan kategori pendidikan kedua yaitu yang memiliki pendidikan terakhir di jenjang sekolah perawat kesehatan (SPK).

**Tabel 6.3** Distribusi Perawat Pelaksana Berdasarkan Pendidikan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

<b>Pendidikan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase (%)</b>
S1/AKPER	97	89
SPK	12	11
<b>Total Responden</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Dapat disimpulkan pada tabel 6.3 yaitu jumlah responden paling besar yaitu memiliki pendidikan kategori tinggi yaitu berjumlah 97 orang (89%), sedangkan responden yang termasuk dalam pendidikan kategori rendah yaitu sebanyak 12 orang (11%).

### 6.2.1.2 Masa Kerja

Distribusi responden yakni perawat pelaksana dikategorikan menurut masa kerja yang tinggi dan rendah. Dari hasil penyebaran data yang diperoleh yaitu mengkategorikan data dengan menggunakan nilai median atau nilai tengah. Nilai median yang diperoleh yaitu masa kerja 8 (delapan) tahun sehingga yang termasuk kategori masa kerja yang tinggi yaitu sama dengan atau di atas delapan ( $\geq 8$ ) tahun dan kategori masa kerja yang rendah yaitu di bawah delapan ( $< 8$ ) tahun.

**Tabel 6.4** Distribusi Perawat Pelaksana Berdasarkan Masa Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

<b>Masa Kerja</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase (%)</b>
Lama	61	56
Pendek	48	44
<b>Total Responden</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Pada tabel 6.4 menyatakan bahwa sebagian dari jumlah responden memiliki masa kerja yang lama ( $\geq 8$  tahun) yaitu sebanyak 61 orang (56%) dan sebagian jumlah responden lainnya yang memiliki masa kerja yang rendah ( $< 8$  tahun) yaitu sebanyak 48 orang (44%).

### 6.2.2 Distribusi Perawat Pelaksana Berdasarkan Waktu Kerja

Distribusi persepsi perawat pelaksana berdasarkan variabel waktu kerja dibagi menjadi dua kategori dengan skala *likert*, yaitu dengan hasil persepsi yang menyatakan waktu kerja yang cukup dan tidak cukup.

**Tabel 6.5** Distribusi Hasil Pernyataan Perawat Pelaksana Berdasarkan Waktu Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Variabel	Pernyataan	Hasil Persepsi (%)	
		Cukup	Tidak Cukup
Waktu Kerja	Waktu kerja cukup untuk memberikan pelayanan kepada setiap pasien	95,4	4,6
	Waktu kerja mendukung tingkat konsentrasi yang baik dalam memberikan pelayanan	95,4	4,6
	Jumlah perawat dalam satuan waktu kerja ( <i>shift</i> ) mencukupi pelayanan asuhan keperawatan	54,1	45,8

Pada data di atas, diperoleh distribusi data persepsi perawat pelaksana terhadap waktu kerja. Hampir seluruh perawat pelaksana yakni sebesar 95,4% menyatakan bahwa waktu kerja untuk memberikan pelayanan kepada setiap pasien cukup, sedangkan sisanya sebesar 4,6% menyatakan tidak cukup. Dengan karakteristik statistik yang sama juga digambarkan oleh pernyataan waktu kerja yang mendukung tingkat konsentrasi yang baik dalam memberikan pelayanan. Diantara pernyataan dalam variabel waktu kerja, salah satu pernyataan menunjukkan perbedaan proporsi yang lebih besar dibandingkan dengan pernyataan lainnya. Pada pernyataan hasil persepsi perawat pelaksana terhadap jumlah perawat dalam satuan waktu kerja (*shift*) mencukupi pelayanan asuhan keperawatan yaitu masih terdapat 45,8% perawat yang menyatakan tidak cukup.

**Tabel 6.6** Distribusi Hasil Penelitian terhadap Perawat Pelaksana Berdasarkan Waktu Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Waktu Kerja	Jumlah	Persentase (%)
Cukup	57	52,3
Tidak Cukup	52	47,7
<b>Total Responden</b>	109	100,0

Hasil penelitian terhadap variabel waktu kerja dikategorikan menurut *cut off point* nilai median, menunjukkan bahwa sebagian besar yakni 57 (52,3%) perawat pelaksana menyatakan waktu kerja cukup yang perbandingannya tidak terlalu besar dengan perawat pelaksana yang menunjukkan waktu kerja tidak cukup yaitu 52 orang (47,7%).

### 6.2.3 Distribusi Perawat Pelaksana Berdasarkan Lingkungan Organisasi

#### 6.2.3.1 Rekan Kerja

Distribusi persepsi perawat pelaksana berdasarkan variabel rekan kerja dibagi menjadi dua kategori dengan skala *likert*, yaitu dibedakan dengan hasil persepsi rekan kerja yang setuju dan tidak setuju terhadap pernyataan yang mendukung tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien.

**Tabel 6.7** Distribusi Hasil Pernyataan Perawat Pelaksana Berdasarkan Rekan Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Variabel	Pernyataan	Hasil Persepsi(%)	
		Setuju	Tidak Setuju
Rekan kerja	Rekan kerja sesama perawat bekerjasama dengan baik	93,6	6,4
	Rekan kerja memberi bantuan dalam melaksanakan askep	94,5	6,5
	Rekan kerja perawat menciptakan komunikasi yang baik dalam pelayanan asuhan keperawatan	95,3	3,7
	Rekan kerja perawat terjalin hubungan yang baik dan harmonis	94,4	4,6
	Hubungan dengan atasan terjalin hubungan yang baik dan harmonis	92,7	7,3

Pada variabel rekan kerja, data menunjukkan hasil persepsi perawat pelaksana terhadap rekan kerja perawat sebagian besar telah setuju dalam melakukan kerja sama dengan baik (93,6%), memberi bantuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan (94,5%), menciptakan komunikasi yang baik dalam pelayanan asuhan keperawatan (95,3%), menjalin hubungan yang baik dan harmonis (94,4%). Pernyataan terhadap rekan kerja berupa hubungan dengan atasan terjalin hubungan yang baik dan harmonis merupakan pernyataan dengan proporsi persentase yang paling rendah (92,7%) dibanding pernyataan lainnya.

**Tabel 6.8** Distribusi Hasil Penelitian terhadap Perawat Pelaksana Berdasarkan Rekan Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

<b>Rekan Kerja</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase (%)</b>
Mendukung	90	82,6
Tidak Mendukung	19	17,4
<b>Total Responden</b>	109	100,0

Pada variabel rekan kerja, hasil dikategorikan menurut *cut off point* nilai median menunjukkan bahwa distribusi perawat pelaksana sebagian besar yaitu 90 orang (82,6%) menyatakan bahwa rekan kerja di lingkungan rumah sakit mendukung. Sedangkan, terdapat perawat pelaksana yaitu sebanyak 19 orang (17,4%) menyatakan rekan kerja tidak mendukung.

### 6.2.3.2 Kondisi Kerja

Distribusi persepsi perawat pelaksana berdasarkan variabel kondisi kerja dibagi menjadi dua kategori dengan skala *likert*, yaitu dibedakan dengan hasil persepsi terhadap persetujuan kondisi kerja yang aman dan tidak aman.

**Tabel 6.9** Distribusi Hasil Pernyataan Perawat Pelaksana Berdasarkan Kondisi Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Variabel	Pernyataan	Hasil Persepsi(%)	
		Setuju	Tidak Setuju
Kondisi kerja	Sarana dan Prasarana membantu perawat memberikan pelayanan yang aman	75,2	24,3
	Kebersihan ruangan dalam menciptakan tindakan askep yang aman	78,9	21,1
	Penyediaan air bersih (wastafel) mampu membantu perawat melaksanakan tindakan askep yang aman	77,0	22,9
	Alat kesehatan yang tersedia sesuai dengan kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan yang aman	70,6	29,4

Pada variabel kondisi kerja, data menunjukkan bahwa pernyataan yang memiliki hasil persepsi tidak setuju pada variabel kondisi kerja merupakan yang paling rendah dibanding pernyataan variabel lainnya. Hal tersebut ditunjukkan hasil persepsi perawat pelaksana yang setuju terhadap kondisi kerja pelayanan keperawatan yang aman yaitu oleh sarana dan prasarana sebesar 75,2%, kebersihan ruangan sebesar 78,9%, penyediaan air bersih (wastafel) sebesar 77%, dan alat kesehatan yang tersedia dengan kemampuan perawat yaitu sebesar 70,6%.

**Tabel 6.10** Distribusi Hasil Penelitian terhadap Perawat Pelaksana Berdasarkan Kondisi Kerja di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Kondisi Kerja	Jumlah	Persentase (%)
Aman	70	64,2
Tidak Aman	39	35,8
<b>Total Responden</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Pada variabel kondisi kerja, hasil dikategorikan menurut *cut off point* nilai median menunjukkan bahwa distribusi perawat pelaksana sebagian besar yakni 70 perawat pelaksana (64,2%) menyatakan bahwa kondisi kerja bersifat aman. Namun, masih terdapat perawat pelaksana yakni 39 orang (35,8%) yang menyatakan bahwa kondisi kerja tidak aman.

### 6.2.3.3 Supervisi

Distribusi persepsi perawat pelaksana berdasarkan variabel supervisi dibagi menjadi dua kategori dengan skala *likert*, yaitu dibedakan dengan hasil persepsi terhadap persetujuan supervisi yang mendukung dan tidak mendukung.

**Tabel 6.11** Distribusi Hasil Pernyataan Perawat Pelaksana Berdasarkan Supervisi di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Variabel	Pernyataan	Hasil Persepsi (%)	
		Setuju	Tidak Setuju
Supervisi	Atasan mampu memberikan bantuan dalam mengambil keputusan askep	94,6	6,4
	Atasan menerima masukan oleh perawat mengenai tindakan terkait keselamatan pasien	90,9	9,2
	Atasan mengarahkan pekerjaan dalam memberikan pelayanan yang aman	92,7	7,3
	Perawat mendapat bimbingan dari kepala perawat dalam rencana tindakan askep	84,4	15,6

Pada variabel supervisi, data menunjukkan hasil persepsi perawat pelaksana terhadap supervisi sebagian besar telah setuju bahwa atasan mampu memberikan bantuan dalam mengambil keputusan asuhan keperawatan (94,6%), atasan menerima masukan oleh perawat mengenai tindakan terkait keselamatan pasien (90,9%), atasan mengarahkan pekerjaan dalam memberikan pelayanan yang aman (92,73%). Sedangkan pada pernyataan terhadap supervisi berupa mendapat bimbingan dari kepala perawat dalam memberikan rencana tindakan asuhan keperawatan yaitu memiliki proporsi persentase yang paling rendah (84,4%) dibanding pernyataan lainnya.

**Tabel 6.12** Distribusi Hasil Penelitian terhadap Perawat Pelaksana Berdasarkan Supervisi di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

<b>Supervisi</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase (%)</b>
Tinggi	88	80,7
Rendah	21	19,3
<b>Total Responden</b>	109	100,0

Pada variabel kondisi kerja, hasil dikategorikan menurut *cut off point* nilai median menunjukkan bahwa distribusi perawat pelaksana sebagian besar menyatakan supervisi tinggi yaitu berjumlah 88 orang (80,7%). Sedangkan, pada supervisi yang rendah berjumlah 21 orang atau (19,3%). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa supervisi bersifat tinggi berperan besar dalam lingkungan organisasi khususnya di rumah sakit.

#### **6.2.3.4 Standar Operasional Prosedur**

Distribusi hasil persepsi perawat pelaksana berdasarkan variabel standar operasional prosedur dibagi menjadi dua kategori dengan skala *likert*, yaitu dibedakan oleh pernyataan persetujuan bahwa standar operasional operasional sudah berjalan baik atau masih buruk.

**Tabel 6.13** Distribusi Hasil Pernyataan Perawat Pelaksana Berdasarkan Standar Operasional Prosedur di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Variabel	Pernyataan	Hasil Persepsi (%)	
		Setuju	Tidak Setuju
Standar Operasional Prosedur	Standar operasional prosedur mengenai tindakan asuhan keperawatan tersosialisasikan dengan baik	87,1	11,9
	Standar operasional prosedur mengenai tindakan asuhan keperawatan mudah diterapkan	79,8	20,2

Pada variabel standar operasional, data menunjukkan hasil persepsi perawat pelaksana terhadap standar operasional sebagian besar telah mendukung yaitu SOP mengenai tindakan asuhan keperawatan tersosialisasikan dengan baik (87,1%) dan SOP mengenai tindakan asuhan keperawatan mudah diterapkan (79,8%).

**Tabel 6.14** Distribusi Hasil Penelitian terhadap Perawat Pelaksana Berdasarkan Standar Operasional Prosedur di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Standar Operasional Prosedur	Jumlah	Persentase (%)
Baik	85	78
Buruk	24	22
<b>Total Responden</b>	109	100,0

Pada variabel standar operasional prosedur, hasil dikategorikan menurut *cut off point* nilai median menunjukkan bahwa distribusi perawat pelaksana yaitu sebagian besar menyatakan SOP telah baik yaitu berjumlah 85 responden (78%). Sedangkan perawat pelaksana yang memiliki persepsi bahwa standar operasional prosedur yang ditetapkan masih buruk yaitu berjumlah 24 responden (22%). Dengan demikian, sebagian besar perawat pelaksana memiliki persepsi bahwa standar operasional prosedur yang ditetapkan sudah berjalan dengan baik.

#### 6.2.4 Tindakan Asuhan Keperawatan dalam Upaya Keselamatan Pasien

Berikut ini merupakan tabel berisi pernyataan yang termasuk ke dalam komponen sasaran keselamatan pasien yang disertakan dalam kuesioner hasil penilaian oleh atasan yakni kepala dan wakil kepala ruangan rawat inap kepada perawat pelaksana.

**Tabel 6.15** Distribusi Hasil Penilaian Perawat Pelaksana Menurut Tindakan Asuhan Keperawatan dalam Upaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Pernyataan	Hasil Penilaian (n=109)	
	Aman (%)	Tidak Aman (%)
Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip	99,1	0,9
Memperhatikan label pada obat dengan mengecek ulang pada resep	99,1	0,9
Memberikan obat yang benar kepada pasien	100	0,0
Menanyakan identitas pasien sebelum tindakan askep	98,2	1,8
Mudah mengkomunikasikan saat serah terima pasien kepada keluarga pasien	80,7	19,3
Memberikan tanda pada tubuh pasien yang akan dilakukan pengobatan sesuai prosedur	74,3	25,7
Berkolaborasi baik dengan dokter dalam melakukan verifikasi pengobatan	89,9	9,1
Memberikan dosis yang tepat pada pemberian cairan elektrolit pekat	96,4	4,6
Memberikan daftar medikasi obat yang diterima pasien	88,0	11,0
Memasang selang infus dengan cara yang benar kepada pasien	99,1	0,9
Memasang sambungan kateter dengan cara yang benar	100,0	00,0
Menggunakan jarum injeksi sekali pakai secara aman	74,3	25,7
Taat dalam mengikuti prosedur mencuci tangan dengan baik dan benar	92,7	8,3

Pada tabel 6.15, menampilkan data hasil penilaian oleh kepala perawat yang selanjutnya diperoleh kesimpulan masing-masing pernyataan mengenai tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien. Pernyataan

tersebut perlu menjadi perhatian untuk meningkatkan dan mempertahankan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di rumah sakit.

Fokus utama dalam peningkatan yaitu dalam memberikan tanda pada tubuh pasien yang akan dilakukan pengobatan sesuai prosedur dan penggunaan jarum injeksi sekali pakai. Kedua hal tersebut merupakan hasil penilaian tindakan asuhan keperawatan yang aman paling rendah dibandingkan sasaran keselamatan pasien lainnya yang dicapai dengan nilai 74,3%. Fokus peningkatan juga perlu dilakukan oleh perawat yang mudah komunikasi saat serah terima pasien kepada keluarga pasien yang dicapai sebesar 80,7%, memberikan daftar medikasi atau obat kepada pasien dicapai sebesar 88%, berkolaborasi baik dengan dokter saat verifikasi pengobatan dicapai sebesar 89,9%, dan taat dalam mengikuti prosedur mencuci tangan dengan baik yang dicapai sebesar 92,7% yang dinilai merupakan tindakan asuhan keperawatan yang aman di rumah sakit.

Dalam mendukung sasaran keselamatan pasien, tindakan asuhan keperawatan yang telah berjalan dengan baik yaitu memberikan dosis yang tepat pada pemberian cairan elektrolit pekat yang dicapai sebesar 96,4%, menanyakan identitas pasien sebelum tindakan dicapai sebesar 98,2%. Penilaian terhadap memperhatikan nama obat, rupa, dan ucapan mirip, memperhatikan label pada obat dengan mengecek ulang pada resep, dan memasang selang infus dengan cara yang benar yaitu masing-masing telah mencapai 99,1% yang termasuk dalam tindakan asuhan keperawatan yang aman. Pencapaian penilaian 100% pada memberikan obat yang benar kepada pasien dan memasang sambungan kateter dengan cara yang benar perlu dipertahankan dari sistem pengelolaan dan kompetensi sumber daya yang ada.

Persebaran variasi penilaian terhadap tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien merupakan variabel dependen. Hasil penilaian skoring tersebut kemudian dibagi menjadi dua kategori yaitu aman dan tidak aman. Hasil skor merupakan akumulasi penilaian terhadap setiap pernyataan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien. Penilaian tersebut dilakukan oleh perawat pelaksana yang merupakan acuan dalam sasaran keselamatan pasien oleh WHO (2007).

Peneliti merujuk pada Analisis Kepentingan dan Kinerja (Supranto, 2001 dalam Sulastri, 2010) dengan *cut off point* 90%. Dalam menetapkan pembagian dua kategori tersebut, peneliti menyesuaikan *cut off point* 80% karena data yang dihasilkan memiliki tingkat *skewedness* yang tinggi dan cenderung homogen sehingga peneliti menetapkan penilaian berupa standar dalam memberikan skoring 80%. Selain itu, indikator penetapan standar penilaian disesuaikan dengan situasi rumah sakit dan perkembangan negara transisi (WHO, 2008). Dengan demikian, penilaian tindakan asuhan keperawatan yang memiliki skor diatas 80% memiliki tindakan asuhan keperawatan yang aman.

**Tabel 6.16** Distribusi Perawat Pelaksana Menurut Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

<b>Tindakan Asuhan Keperawatan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase (%)</b>
Aman	85	78
Tidak Aman	24	22
<b>Total Responden</b>	109	100,0

Berdasarkan tabel 6.16 menunjukkan bahwa distribusi perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumkit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto yang mempunyai tindakan asuhan keperawatan yang aman yaitu berjumlah 85 responden (78%), sedangkan tindakan asuhan keperawatan yang tidak aman yaitu sebanyak 24 orang (22%) dari total responden penelitian.

### 6.3 Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dimaksudkan untuk mengetahui hubungan variabel independen dengan dependen melalui uji statistik *chi square*. Dalam penelitian ini analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan faktor-faktor yang berhubungan dengan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R. Said Sukanto pada tahun 2011.

Uji statistik yang digunakan adalah uji *chi square* (kai kuadrat), dengan alpha (tingkat kepercayaan) 95% yang akan menghasilkan nilai berupa *p-value*. Jika nilai *p-value*  $<0,05$  maka hipotesis gagal ditolak dengan kesimpulan ada hubungan yang signifikan antara kedua variabel yaitu independen dan dependen. Sebaliknya, jika nilai *p-value*  $>0,05$  maka hipotesis ditolak dengan kesimpulan tidak ada hubungan yang signifikan antara kedua variabel yaitu independen dan dependen.

Variabel yang digunakan untuk uji statistik meliputi variabel independen yaitu kualifikasi perawat yang terdiri dari pendidikan, masa kerja, kemudian waktu kerja dan lingkungan organisasi yang terdiri dari rekan kerja, kondisi kerja, supervisi, dan standar operasional prosedur (SOP). Sedangkan variabel dependen berupa tindakan asuhan keperawatan yang memiliki dimensi dalam upaya keselamatan pasien.

### 6.3.1 Hubungan Kualifikasi dengan Tindakan Asuhan Keperawatan

#### 6.3.1.1 Hubungan Pendidikan dengan Tindakan Asuhan Keperawatan

Untuk melihat hubungan antara variabel pendidikan dan tindakan asuhan keperawatan dilakukan uji *chi square*. Hasil uji *chi square* variabel pendidikan dengan tindakan asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

**Tabel 6.17** Hubungan Pendidikan dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Pendidikan	Tindakan Asuhan Keperawatan				Total	
	Aman		Tidak Aman		N	%
	n	%	n	%		
S1/AKPER	75	77,3	22	22,7	97	100
SPK	10	83,3	2	16,7	12	100
Jumlah	85	78,0	24	22,0	109	100

*p-value* (0,481)

Tabel di atas merupakan tabel analisis hubungan antara kualifikasi perawat dalam hal ini yaitu pendidikan dengan tindakan asuhan keperawatan. Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa dari total 97 responden yang termasuk kategori pendidikan tinggi, 75 responden memiliki tindakan asuhan keperawatan yang aman dan 22 responden sisanya memiliki tindakan asuhan keperawatan yang tidak aman.

Melalui uji *chi square*, diketahui bahwa nilai *p-value* yaitu sebesar 0,481, yang berarti bahwa nilai *p-value* tersebut lebih besar dari nilai alpha ( $>0,05$ ). Hal tersebut dapat dinyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi tindakan asuhan keperawatan antara responden dengan pendidikan yang tinggi dan responden dengan pendidikan yang rendah. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dan tindakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto pada tahun 2011.

Persentase nilai mengalami perubahan setelah tindakan asuhan keperawatan dipengaruhi oleh jenjang pendidikan terakhir perawat. Untuk responden yang pendidikan tinggi sebesar 77,3% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 22,3% memiliki tindakan asuhan yang

tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang aman sebelum dipengaruhi faktor pendidikan menurun dari 78% menjadi 77,3% meskipun perbedaan tersebut tidak besar. Sedangkan untuk responden yang termasuk kategori pendidikan S1/AKPER yaitu sebesar 83,3% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 16,7% memiliki tindakan asuhan yang tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang aman sebelum dipengaruhi faktor pendidikan meningkat dari 78% menjadi 83,3% meskipun perbedaan tersebut tidak besar.

### 6.3.1.2 Hubungan Masa Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan

Untuk melihat hubungan antara variabel masa kerja dan tindakan asuhan keperawatan dilakukan uji *chi square*. Hasil uji *chi square* variabel masa kerja dengan tindakan asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

**Tabel 6.18** Hubungan Masa Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Masa Kerja	Tindakan Asuhan Keperawatan				Total	
	Aman		Tidak Aman		N	%
	n	%	n	%		
Lama	55	90,2	6	9,8	61	100
Pendek	30	62,5	18	37,5	18	100
Jumlah	85	78,0	24	22,0	109	100

*p-value* (0,01)

Tabel di atas merupakan tabel hubungan faktor hubungan antara masa kerja dan tindakan asuhan keperawatan. Setelah dilakukan uji *chi square*, diketahui bahwa nilai *p-value* sebesar 0,01 yang berarti bahwa nilai *p value* tersebut kurang dari nilai alpha (<0,05). Hal tersebut dapat dinyatakan bahwa ada perbedaan yang bermakna proporsi tindakan asuhan keperawatan antara responden dengan masa kerja yang lama dan responden dengan masa kerja yang pendek. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara masa kerja dan tindakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto pada tahun 2011.

Persentase nilai mengalami perubahan setelah tindakan asuhan kerja dipengaruhi oleh lamanya masa kerja perawat. Untuk responden yang masa

kerjanya lama yaitu sebesar 90,2% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 9,8% memiliki tindakan asuhan yang tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang aman sebelum dipengaruhi faktor masa kerja meningkat dari 78% menjadi 90,2%. Sedangkan untuk responden yang memiliki persepsi masa kerja yang pendek yaitu sebesar 62,5% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 37,5% memiliki tindakan asuhan yang tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang tidak aman sebelum dipengaruhi faktor masa kerja menurun dari 78% menjadi 62,5%.

### 6.3.2 Hubungan Waktu Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan

Untuk melihat hubungan antara variabel waktu kerja dan tindakan asuhan keperawatan dilakukan uji *chi square*. Hasil uji *chi square* variabel waktu kerja dengan tindakan asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

**Tabel 6.19** Hubungan Waktu Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Waktu Kerja	Tindakan Asuhan Keperawatan				Total	
	Aman		Tidak Aman		N	%
	n	%	n	%		
Cukup	47	82,5	10	9,8	57	100
Tidak Cukup	38	73,1	14	37,5	52	100
Jumlah	85	78,0	24	22,0	109	100

*p value* (0,257)

Tabel di atas merupakan tabel analisis hubungan antara waktu kerja dan tindakan asuhan keperawatan. Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa dari total 57 responden yang memiliki persepsi waktu cukup, 47 responden memiliki tindakan asuhan keperawatan yang aman dan 10 responden sisanya memiliki tindakan asuhan keperawatan yang tidak aman.

Melalui uji *chi square*, diketahui bahwa nilai *p-value* yaitu sebesar 0,257, yang berarti bahwa nilai *p-value* tersebut lebih besar dari nilai alpha ( $>0,05$ ). Hal tersebut dapat dinyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi tindakan asuhan keperawatan antara responden dengan waktu kerja yang cukup dan responden dengan waktu kerja yang tidak cukup. Dengan demikian, dapat

disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara waktu kerja dan tindakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto pada tahun 2011.

Persentase nilai mengalami perubahan setelah tindakan asuhan keperawatan dipengaruhi oleh waktu kerja perawat. Untuk responden yang memiliki persepsi waktu kerja yang cukup sebesar 82,5% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 9,8% memiliki tindakan asuhan yang tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang aman sebelum dipengaruhi faktor waktu kerja meningkat dari 78% menjadi 82,5%. Sedangkan untuk responden yang memiliki persepsi waktu kerja yang tidak cukup yaitu sebesar 73,1% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 37,5% memiliki tindakan asuhan yang tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang tidak aman sebelum dipengaruhi faktor waktu kerja menurun dari 78% menjadi 73,1%.

### 6.3.3 Hubungan Lingkungan Organisasi dengan Tindakan Asuhan Keperawatan

#### 6.3.3.1 Hubungan Rekan Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan

Untuk melihat hubungan antara variabel rekan kerja dan tindakan asuhan keperawatan dilakukan uji *chi square*. Hasil uji *chi square* variabel rekan kerjadengan tindakan asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

**Tabel 6.20** Hubungan Rekan Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Rekan Kerja	Tindakan Asuhan Keperawatan				Total	
	Aman		Tidak Aman		N	%
	n	%	n	%		
Mendukung	69	76,7	21	23,3	90	100
Tidak Mendukung	16	84,2	3	15,8	19	100
Jumlah	85	78,0	24	22,0	109	100

*p value* (0,559)

Tabel di atas merupakan tabel analisis hubungan antara rekan kerja dan tindakan asuhan keperawatan. Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa dari

total 90 responden yang memiliki persepsi rekan kerja yang mendukung, 69 responden memiliki tindakan asuhan keperawatan yang aman dan 21 responden sisanya memiliki tindakan asuhan keperawatan yang tidak aman.

Melalui uji *chi square*, diketahui bahwa nilai *p-value* yaitu sebesar 0,559, yang berarti bahwa nilai *p-value* tersebut lebih besar dari nilai alpha ( $>0,05$ ). Hal tersebut dapat dinyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi tindakan asuhan keperawatan antara responden dengan rekan kerja yang mendukung dan responden dengan rekan kerja yang tidak mendukung. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara rekan kerja dan tindakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto pada tahun 2011.

Persentase nilai mengalami perubahan setelah tindakan asuhan keperawatan dipengaruhi oleh rekan kerja. Untuk responden yang memiliki persepsi rekan kerja yang mendukung yaitu sebesar 76,7% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 23,3% memiliki tindakan asuhan yang tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang aman sebelum dipengaruhi faktor rekan kerja menurun dari 78% menjadi 76,7% meskipun tidak memiliki perbedaan yang terlalu besar. Sedangkan untuk responden yang memiliki persepsi rekan kerja yang tidak mendukung yaitu sebesar 84,2% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 15,8% memiliki tindakan asuhan yang tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang tidak aman sebelum dipengaruhi faktor rekan kerja meningkat dari 78% menjadi 84,2%.

### 6.3.3.2 Hubungan Kondisi Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan

Untuk melihat hubungan antara variabel kondisi kerja dan tindakan asuhan keperawatan dilakukan uji *chi square*. Hasil uji *chi square* variabel kondisi kerja dengan tindakan asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

**Tabel 6.21** Hubungan Kondisi Kerja dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Kondisi Kerja	Tindakan Asuhan Keperawatan				Total	
	Aman		Tidak Aman		N	%
	n	%	n	%		
Aman	50	71,4	20	28,6	70	100
Tidak Aman	35	89,7	4	10,3	39	100
Jumlah	85	78,0	24	22,0	109	100

*p value* (0,031)

Tabel di atas merupakan tabel hubungan faktor hubungan antara kondisi kerja dan tindakan asuhan keperawatan. Setelah dilakukan uji *chi square*, diketahui bahwa nilai *p-value* sebesar 0,031 yang berarti bahwa nilai *p value* tersebut kurang dari nilai alpha ( $<0,05$ ). Hal tersebut dapat dinyatakan bahwa ada perbedaan yang bermakna proporsi tindakan asuhan keperawatan antara responden dengan kondisi kerja yang aman dan responden dengan kondisi kerja yang tidak aman. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kondisi kerja dan tindakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto pada tahun 2011.

Persentase nilai mengalami perubahan setelah tindakan asuhan keperawatan dipengaruhi oleh kondisi kerja. Untuk responden yang memiliki persepsi kondisi kerjanya aman yaitu sebesar 71,4% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 28,6% memiliki tindakan asuhan yang tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang aman sebelum dipengaruhi faktor kondisi kerja menurun dari 78% menjadi 71,4%. Sedangkan untuk responden yang memiliki persepsi kondisi kerja yang tidak aman yaitu sebesar 89,7% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 10,3% memiliki tindakan asuhan yang tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang

tidak aman sebelum dipengaruhi faktor kondisi kerja meningkat dari 78% menjadi 89,7%.

### 6.3.3.3 Hubungan Supervisi dengan Tindakan Asuhan Keperawatan

Untuk melihat hubungan antara variabel supervisi dan tindakan asuhan keperawatan dilakukan uji *chi square*. Hasil uji *chi square* variabel supervisi dengan tindakan asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

**Tabel 6.22** Hubungan Supervisi dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

Supervisi	Tindakan Asuhan Keperawatan				Total	
	Aman		Tidak Aman		N	%
	n	%	n	%		
Tinggi	70	79,5	18	20,5	88	100
Rendah	15	71,4	6	28,6	21	100
Jumlah	85	78,0	24	22,0	109	100

*p value* (0,398)

Tabel di atas merupakan tabel analisis hubungan antara supervisi dan tindakan asuhan keperawatan. Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa dari total 88 responden yang memiliki persepsi supervisi yang tinggi, 70 responden memiliki tindakan asuhan keperawatan yang aman dan 18 responden sisanya memiliki tindakan asuhan keperawatan yang tidak aman.

Melalui uji *chi square*, diketahui bahwa nilai *p-value* yaitu sebesar 0,398, yang berarti bahwa nilai *p-value* tersebut lebih besar dari nilai alpha ( $>0,05$ ). Hal tersebut dapat dinyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi tindakan asuhan keperawatan antara responden dengan supervisi yang tinggi dan responden dengan supervisi yang rendah. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara supervisi dan tindakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto pada tahun 2011.

Persentase nilai mengalami perubahan setelah tindakan asuhan keperawatan dipengaruhi oleh supervisi. Untuk responden yang memiliki persepsi supervisi yang tinggi yaitu sebesar 79,5% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 20,5% memiliki tindakan asuhan yang tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang

aman sebelum dipengaruhi faktor supervisi meningkat dari 78% menjadi 79,5% meskipun tidak memiliki perbedaan yang terlalu besar. Sedangkan untuk responden yang memiliki persepsi supervisi yang rendah yaitu sebesar 71,4% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 28,6% memiliki tindakan asuhan yang tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang tidak aman sebelum dipengaruhi faktor rekan kerja menurun dari 78% menjadi 71,4%.

#### 6.3.3.4 Hubungan Standar Operasional Prosedur (SOP) dengan Tindakan Asuhan Keperawatan

Untuk melihat hubungan antara variabel standar operasional prosedur (SOP) dan tindakan asuhan keperawatan dilakukan uji *chi square*. Hasil uji *chi square* variabel supervisi dengan tindakan asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

**Tabel 6.23** Hubungan Standar Operasional Prosedur (SOP) dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Tahun 2011

SOP	Tindakan Asuhan Keperawatan				Total	
	Aman		Tidak Aman		N	%
	n	%	n	%		
Baik	68	80,0	17	20,0	85	100
Buruk	17	70,8	7	29,2	24	100
Jumlah	85	78,0	24	22,0	109	100

*p value* (0,404)

Tabel diatas merupakan tabel analisis hubungan antara standar operasional prosedur dan tindakan asuhan keperawatan. Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa dari total 85 responden yang memiliki persepsi standar prosedur operasional yang baik, 68 responden memiliki tindakan asuhan keperawatan yang aman dan 17 responden sisanya memiliki tindakan asuhan keperawatan yang tidak aman.

Melalui uji *chi square*, diketahui bahwa nilai *p-value* yaitu sebesar 0,404, yang berarti bahwa nilai *p-value* tersebut lebih besar dari nilai alpha ( $>0,05$ ). Hal tersebut dapat dinyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi tindakan asuhan keperawatan antara responden dengan persepsi terhadap SOP

baik dan responden dengan persepsi SOP yang buruk. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara SOP dan tindakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto pada tahun 2011.

Persentase nilai mengalami perubahan setelah tindakan asuhan keperawatan dipengaruhi oleh SOP. Untuk responden yang memiliki persepsi SOP yang baik yaitu sebesar 80% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 20% memiliki tindakan asuhan yang tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang aman sebelum dipengaruhi faktor SOP meningkat dari 78% menjadi 80% meskipun tidak memiliki perbedaan yang terlalu besar. Sedangkan untuk responden yang memiliki persepsi SOP yang buruk yaitu sebesar 70,8% memiliki tindakan asuhan yang aman, sedangkan sisanya yaitu sebesar 29,2% memiliki tindakan asuhan yang tidak aman. Dapat disimpulkan bahwa persentase tindakan asuhan keperawatan yang tidak aman sebelum dipengaruhi SOP menurun dari 78% menjadi 70,8%.

## 6.4 Hasil Faktor-faktor yang berhubungan dengan Tindakan Asuhan Keperawatan

Berikut ini merupakan tabel rekapitulasi dari hasil penelitian mengenai faktor hubungan variabel independen dengan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien yaitu sebagai berikut.

**Tabel 6.24** Hubungan Kualifikasi Perawat Pelaksana, Waktu Kerja, dan Lingkungan Organisasi dengan Tindakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto 2011

Variabel Independen		<i>p-value</i>	Keterangan
Kualifikasi Perawat Pelaksana	Pendidikan	0,481	Tidak ada hubungan
	Masa Kerja	0,010	Ada hubungan
Tingkat Perhatian Perawat dalam Waktu Pelayanan	Waktu Kerja	0,257	Tidak ada Hubungan
Lingkungan Organisasi	Rekan Kerja	0,559	Tidak Ada Hubungan
	Kondisi Kerja	0,031	Ada hubungan
	Supervisi	0,398	Tidak Ada Hubungan
	Standar Operasional Prosedur	0,404	Tidak Ada Hubungan

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa *p-value* dengan nilai di bawah 0,05 memiliki nilai yang secara statistik menyatakan adanya hubungan yang bermakna atau signifikan antara variabel independen dan dependen. Variabel independen yang menyatakan ada hubungan dengan variabel dependen meliputi variabel masa kerja dan kondisi kerja. Sedangkan variabel independen yang menyatakan tidak ada hubungan dengan variabel dependen meliputi pendidikan, waktu kerja, rekan kerja, supervisi, dan standar operasional prosedur.

## **BAB VII**

### **PEMBAHASAN**

#### **7.1 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini dirancang sesuai dengan tujuan yang diharapkan, akan tetapi masih terdapat keterbatasan dalam melakukan penelitian. Terdapat beberapa keterbatasan yang menjadi kendala penelitian yaitu sebagai berikut.

- a) Peneliti mengalami kendala dalam menerima seluruh data responden. Hal tersebut dikarenakan adanya responden yakni perawat pelaksana yang mengalami masa cuti sehingga tidak diikutsertakan dalam penelitian. Peneliti menyebarkan sejumlah 110 lembar kuesioner yang diisi oleh kepala ruangan dan perawat pelaksana, akan tetapi jumlah yang diterima untuk dianalisis berjumlah 109 responden. Jumlah ini tidak mempengaruhi kriteria batas minimal jumlah pengambilan sampel sesuai dengan metodologi penelitian yang digunakan yaitu sejumlah 108 responden.
- b) Dalam penelitian ini, perawat pelaksana yang menjadi responden yaitu berasal dari Instalasi Rawat Inap B dan C. Sedangkan pada Instalasi Rawat Inap A digunakan sebagai tempat penelitian dalam uji validitas dan reliabilitas.
- c) Dalam pengambilan data dengan menggunakan kuesioner, peneliti menemukan adanya risiko bias dalam jawaban yang diberikan responden yang kemungkinan terjadinya interaksi antar responden sehingga terdapat intervensi dalam memberikan jawaban pada kuesioner. Selain itu, juga dapat terjadi adanya penilaian subjektif yang diberikan.
- d) Pembahasan variabel independen dalam penelitian yaitu implementasi keselamatan pasien mendasar yang sebatas pada persepsi menilai aspek tindakan asuhan keperawatan yang tergolong sangat universal sehingga area penelitian menggeneralisir aspek keselamatan yang menjadi prioritas.
- e) Hasil penelitian mengenai analisis kualifikasi perawat, waktu kerja dan lingkungan kerja yang berhubungan dengan tindakan asuhan keperawatan

dalam upaya keselamatan pasien ini hanya berlaku dalam lingkup Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto dan tidak dapat digeneralisasikan untuk rumah sakit di seluruh Indonesia. Hal ini dikarenakan perbedaan karakteristik rumah sakit dalam pengelolaan administrasi pelayanan keperawatan dan prosedur atau peraturan berlaku yang terkait.

## 7.2 Tindakan Asuhan Keperawatan

Dalam hasil penelitian di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto, diperoleh hasil data variabel dependen penelitian berupa pernyataan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien. Pernyataan tersebut yaitu termasuk ke dalam sembilan solusi *life saving* keselamatan pasien di rumah sakit yaitu memperhatikan nama obat, rupa, dan ucapan mirip; memastikan identitas pasien; memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar; mengendalikan cairan elektrolit pekat; memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan; menghindari salah kateter dan salah sambung slang; menggunakan alat injeksi sekali pakai; dan meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial (WHO *Patient Safety Solutions Preamble*, 2007). Peneliti menjabarkan sasaran keselamatan pasien pada tiap pernyataan di dalam kuesioner.

Secara keseluruhan pemberian obat yang benar telah dilakukan dengan baik oleh Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto. Namun, masih adanya kasus *near miss* perlu adanya prosedur tetap mengenai pemberian obat dengan benar kepada pasien. Kasus *near miss* ditemukan pada saat dilakukan upaya pengecekan kembali obat yang memiliki potensi memiliki nama yang terlihat dan ucapan yang terdengar seperti nama obat lainnya.

Perawat pelaksana harus mengecek kembali obat yang diberikan dengan penyakit yang diderita pasien. Apabila ada yang janggal, perlu dilakukan *cross-check* dengan dokter untuk mengklarifikasi kepastian obat yang diberikan kepada pasien. Pada obat yang pengucapannya terdengar dengan obat lain perlu diindikasikan kembali secara rinci obat tersebut, terutama pada obat baru.

Kontribusi yang dapat menimbulkan kesalahan pemberian obat yaitu penulisan ilegal, kurangnya pengetahuan tentang nama obat, nama produk baru,

pemberian label dan bungkus yang mirip, penggunaan klinis yang mirip, ukuran dosis, kegagalan manufaktur dan pembuat regulasi dalam mengetahui potensi kesalahan dan risiko obat (WHO, 2007). Dalam mencegah kesalahan pemberian obat yang diberikan perawat kepada pasien yaitu hampir seluruh perawat pelaksana di rumah sakit telah dinyatakan memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip dengan baik. Rumah sakit telah menerapkan pemberian label obat yang sesuai dan pembagian obat ke dalam kontainer yang disesuaikan dengan tempat tidur pasien. Hal tersebut kemudian dilakukan pengecekan kembali terhadap obat yang akan diberikan kepada pasien.

Diperlukan upaya peningkatan terhadap pembacaan kembali untuk mengklarifikasi permintaan secara lisan dan melakukan sosialisasi yang baik dalam memperkenalkan obat baru. Penulisan terhadap resep yang baik yaitu menulis nama merk, nama asli obat, bentuk dosis dan juga dilengkapi indikasi yang digunakan dalam membedakan nama obat dengan ucapan yang mirip.

Perawat pelaksana di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.Said Sukanto menunjukkan bahwa masih terdapat perawat pelaksana yang belum membuat catatan daftar medikasi atau pemberian obat pada saat pengalihan atau pemulangan pasien. Pembuatan catatan obat yang telah diberikan pasien yaitu dapat memberikan informasi yang tepat mengenai tindakan pemberian obat selanjutnya. Pemberian obat yang tidak akurat pada saat pengalihan pelayanan merupakan hal yang dapat menjadi fatal bagi keselamatan pasien.

Kesalahan pemberian obat sering terjadi 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. Menurut WHO, upaya dalam membuat suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai *home medication list*, yaitu dapat dijadikan sebagai perbandingan dengan daftar saat admisi, penyerahan atau pada saat perintah pemulangan dengan menuliskan perintah medikasi, dan mengkomunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikut dimana pasien akan ditransfer atau dipulangkan (WHO, 2007).

Hampir seluruh perawat pelaksana di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto telah dinyatakan baik dalam menanyakan identitas pasien sebelum tindakan asuhan keperawatan. Hal ini mendukung dalam upaya keselamatan pasien. Namun pada penelitian, masih perlu meningkatkan komunikasi perawat pelaksana saat serah terima pasien kepada keluarga pasien.

Kegagalan dalam mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfusi, pemeriksaan, pelaksanaan prosedur yang keliru, penyerahan bayi kepada bukan keluarganya, dan sebagainya. Dalam metode sistem pelayanan kesehatan yaitu memberlakukan penggunaan minimal dua identifikasi yaitu nama dan tanggal lahir setiap melakukan tindakan. Dua identifikasi tercantum pada pergelangan tangan dan dalam kegiatan administrasi yaitu menganjurkan institusi pelayanan kesehatan dalam mengecek kembali kecocokan identifikasi pasien sebelum melakukan intervensi atau tindakan dalam mendapatkan hasil laboratorium, spesimen dan sebagainya. Dengan demikian perlu adanya sosialisasi yang tepat kepada perawat dalam menerapkan sistem prosedur tersebut sehingga dapat meminimalkan risiko dalam salah mengidentifikasi pasien (WHO, 2007).

Perawat pelaksana di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto yaitu dinyatakan masih terdapat kesalahan 4,6% perawat pelaksana dalam memberikan dosis yang tepat pada pemberian cairan elektrolit pekat kepada pasien. Semua obat-obatan, biologis, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko, begitu juga halnya dengan cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi. Pengendalian cairan dan keseimbangan elektrolit merupakan faktor yang penting dalam determinan kesehatan. Dampak yang dapat ditimbulkan apabila adanya kesalahan dalam memberikan atau pengendalian cairan elektrolit pekat dengan dosis yang tepat dapat membahayakan keselamatan pasien. Pasien yang mengalami proses penyembuhan tidak dapat berjalan dengan optimal dan juga dapat berujung pada kematian. Upaya yang dapat dilakukan rumah sakit yaitu membuat standarisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah, dan pencegahan atas kebingungan dalam memberikan cairan elektrolit pekat yang spesifik (WHO, 2007).

Perawat pelaksana di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto menunjukkan bahwa hampir seluruhnya telah baik dan benar dalam memasang selang infus dengan cara yang benar kepada pasien. Sedangkan dalam hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh tindakan asuhan keperawatan dalam memasang sambungan kateter dilakukan secara benar. Asumsi peneliti yaitu menunjukkan bahwa pemasangan infus yang dilakukan oleh perawat baru yang masih perlu dilakukan pengasahan keterampilan. Pada pemasangan kateter jarang dilakukan sehingga pemasangan telah dapat dilaksanakan secara baik oleh perawat yang berpengalaman. Slang, kateter, dan spuit (*syringe*) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera kepada pasien melalui penyambungan spuit dan slang yang salah, serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru (WHO, 2007). WHO menganjurkan perlunya perhatian dan peningkatan keterampilan dalam memberikan medikasi serta pemberian makan melalui slang infus, dan menyambung alat kepada pasien dengan cara menggunakan sambungan & slang yang benar (WHO, 2007).

Perawat pelaksana di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto menunjukkan bahwa masih terdapat beberapa perawat yang belum taat dalam mengikuti prosedur mencuci tangan dengan baik dan benar dalam setiap pelayanan. Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindarkan masalah pada infeksi. Dalam kegiatan pelayanan keperawatan perlu diperhatikan aspek keamanan dari infeksi. Salah satu tanggung jawab sebagai perawat yaitu dapat mengatasi penyebaran dari infeksi. Untuk dapat berpartisipasi dalam aspek pelayanan keperawatan yang baik yaitu perawat perlu memahami prinsip dasar dari aseptis medis (*medical asepsis*) (Linberg, 1983).

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Upaya yang dapat dilakukan yaitu meningkatkan implementasi penggunaan cairan *alcohol-based hand-rubs* tersedia pada titik-titik pelayanan tersedianya sumber air pada semua

kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan atau observasi dan teknik lainnya (WHO, 2011).

Perawat pelaksana di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto sebagian kecil masih belum dapat berkolaborasi baik dengan dokter dalam melakukan verifikasi pengobatan atau tindakan operasi. Kesalahan tersebut adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan tersebut diantaranya yaitu tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distandardisasi serta budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah. Perlu adanya peningkatan kolaborasi dengan dokter terutama dalam memberikan tanda pada tubuh pasien yang akan dilakukan pengobatan sesuai prosedur (WHO, 2007).

Pemberian tanda pada tubuh pasien yang akan dilakukan pengobatan sesuai prosedur merupakan tindakan yang termasuk paling banyak belum dilaksanakan oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto. Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah tersebut. Dapat digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang) (WHO, 2007).

Disamping pernyataan pemberian tanda pada tubuh pasien yang akan dilakukan pengobatan sesuai prosedur dalam variabel dependen, penggunaan jarum injeksi sekali pakai secara aman merupakan tindakan yang termasuk paling banyak belum dilaksanakan oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto.

Penemuan data di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto yaitu terdapat pernyataan penggunaan jarum injeksi sekali pakai yakni masih terdapat penggunaan kembali (*reuse*) pada pasien yang sama dalam satu hari. Penyebab hal tersebut mengarah pada sumber daya berupa jumlah ketersediaan alat kesehatan yakni jarum suntik yang kurang memadai. Terdapat perbedaan penerimaan stok alat kesehatan berupa jarum injeksi dengan permintaan sehingga praktik penggunaan jarum injeksi pembatasan anggaran. Hal tersebut dapat berdampak pada tidak sterilnya alat yang dapat berpotensi menyebabkan menularnya penyakit melalui transmisi darah (*blood borne disease*).

Tindakan pemakaian ulang (*reuse*) dari jarum suntik merupakan salah satu keprihatinan global terbesar dampak yang diakibatkan oleh adalah penyebaran dan HIV, HBV, dan HCV (WHO, 2007). WHO menganjurkan pelarangan pemakaian ulang jarum di fasilitas layanan kesehatan, pelatihan periodik para petugas di lembaga layanan kesehatan khususnya tentang prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah dan praktek jarum sekali pakai yang aman (WHO, 2007).

## **7.3 Kualifikasi Perawat**

### **7.3.1 Pendidikan**

Hasil uji univariat pada variabel pendidikan yaitu sebagian besar populasi memiliki jenjang perguruan tinggi yakni meliputi strata satu (S1) dan AKPER (Akademi Keperawatan) daripada tingkat pendidikan SPK (Sekolah Perawat Kesehatan). Dengan hasil uji bivariat melalui uji *chi square*, diketahui bahwa nilai *p-value* yaitu sebesar 0,481 yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenjang pendidikan dan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan

pasien di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara TK. I R. Said Sukanto pada tahun 2011. Perawat pelaksana yang memiliki jenjang pendidikan lanjut (S1/AKPER) tidak memiliki kecenderungannya tindakan asuhan keperawatan yang lebih aman dibandingkan dengan perawat pelaksana yang berpendidikan SPK.

Definisi pendidikan yang dikemukakan oleh Byrne dan Padfield (1990) yaitu proses formal dari pelatihan seorang intelek dan suatu pengembangan seseorang yang meliputi intelektual, spritual, moral, kreatif, emosional dan juga kegiatan fisik. Menurut Green (1980), tingkat pendidikan merupakan faktor predisposisi seseorang untuk berperilaku sehingga latar belakang pendidikan merupakan faktor yang mendasar dan memotivasi terhadap perilaku atau yang memberikan referensi pribadi dalam pengalaman belajar seseorang.

Hasil penelitian tidak sejalan dengan teori yang dikemukakan Robbins (2001) juga tidak mendukung penelitian ini khususnya dalam hal pendidikan yaitu semakin tinggi tingkat pendidikan seorang karyawan, semakin baik karyawan dalam melakukan pekerjaannya. Selain itu juga tidak sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Likert dalam Gibson, 1996 yaitu tingkat pendidikan yang lebih tinggi pada umumnya menyebabkan orang lebih mampu dan berusaha menerima posisi yang bertanggung jawab.

Latar belakang pendidikan akan mempengaruhi perilaku seseorang dalam pekerjaannya. Teori yang dikemukakan oleh Hamid (2001) yaitu keterampilan profesional yang diperoleh melalui pendidikan tinggi keperawatan bertujuan untuk menumbuhkan serta membina keterampilan dan tingkah laku profesional, memberi landasan ilmu pengetahuan yang kokoh sehingga dapat menghasilkan tenaga keperawatan profesional dalam menyelesaikan masalah keperawatan. Faktor keterampilan (*skill*) perawat dalam kegiatan praktek yang dilatih semasa perawat bekerja merupakan hal yang penting.

Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto memiliki perawat pelaksana yang hampir seluruhnya berpendidikan D3 atau setara dengan akademi keperawatan (AKPER) sehingga populasi menjadi homogen dan tidak memperlihatkan kesenjangan terhadap hasil penelitian terhadap hubungan jenjang

pendidikan dengan tindakan asuhan keperawatan. Asumsi peneliti terhadap hasil penelitian yaitu tindakan asuhan keperawatan yang dilakukan merupakan kerja secara tim sehingga antar sesama perawat memberikan contoh dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan.

Berbagai teori oleh para ahli yang dikemukakan sebelumnya yaitu latar belakang pendidikan dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam pekerjaannya. Menurut Dewan Pimpinan Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP-PPNI, 1999), yang dimaksud dengan perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikannya pada pendidikan formal keperawatan minimal lulusan D3 keperawatan. Oleh karena itu peneliti menyarankan perawat pelaksana dengan status pegawai tetap memiliki minimal D3. Disamping itu, perawat dari latar pendidikan keperawatan dengan jenjang yang berbeda perlu diasah bersama dalam tim untuk menciptakan tindakan asuhan keperawatan yang aman. Dengan demikian, perawat memiliki keterampilan dan kompetensi yang baik dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan yang aman.

### **7.3.2 Masa Kerja**

Hasil uji univariat menunjukkan bahwa sebagian dari jumlah responden memiliki sebagian responden yang memiliki masa kerja lebih dari 8 tahun dan sebagian responden yang memiliki masa kerja kurang dari 8 tahun. Hasil uji bivariat dengan *chi square*, menghasilkan nilai *p-value* sebesar 0,01 yang berarti bahwa ada perbedaan yang bermakna proporsi tindakan asuhan keperawatan antara responden dengan masa kerja yang lama dan responden dengan masa kerja yang pendek di Instalasi Rawat Inap RS Bhayangkara Tk. I R.Said Sukanto pada tahun 2011.

Analisis situasi di RS Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto terhadap masa kerja yaitu semakin lama masa kerja akan meningkatkan perawat dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan yang aman. Hal tersebut perlu dilakukan upaya internalisasi dan sosialisasi dengan rekan kerja berkembang secara baik dalam kegiatan keperawatan secara tim. Hal tersebut mendukung pelayanan yang baik dan dalam upaya keselamatan pasien di rumah sakit.

Hasil penelitian didukung oleh hasil studi Bradby (1990) dalam Bepbage (1997) dalam bukunya yang menyatakan bahwa adanya sebuah perasaan diterima oleh tim dalam sebuah unit merupakan hal yang lebih penting dibandingkan dengan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Pengamatan yang dilakukan Bepbage (1997) yaitu selama enam bulan awal melakukan praktek keperawatan, perawat merasa lebih nyaman dengan area klinik yang dipaukan dengan konsep teori yang diperoleh.

Beberapa studi oleh para ahli sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan. Kinerja seseorang berhubungan dengan pengalaman kerja yang dialami seseorang. Jika masa kerja seseorang lebih lama, maka akan memberikan pengalaman kerja yang lebih baik pula (Quinones, Ford, & Teachout, 2006). Menurut konsep yang dikemukakan Siagan dan Schermecks (1994) dalam Fanada (2004) yaitu semakin lama seseorang berkarya dalam suatu organisasi maka semakin tinggi pula produktivitasnya.

Namun, hasil penelitian tidak sejalan dengan hasil studi Bardwick dalam Timpe (2002) yang mengemukakan bahwa lama kerja pada pekerjaan tertentu mempengaruhi tanggung jawab dan tidak memberikan tantangan bagi karyawan. Hal ini dapat disebabkan karena kejenuhan kerja, namun pengalaman kerja menentukan kemahiran seseorang dalam mengemban tugasnya.

#### **7.4 Waktu Kerja**

Dalam hasil univariat yaitu masih terdapat sebagian responden yang menyatakan bahwa waktu kerja tidak cukup dalam memberikan pelayanan. Hasil uji univariat pada penelitian menunjukkan bahwa masih terdapat sebagian jumlah responden yang menyatakan waktu kerja cukup dan sebagian responden lainnya menyatakan waktu kerja tidak cukup. Melalui uji *chi square*, diketahui bahwa nilai *p-value* yaitu sebesar 0,257, yang berarti bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi tindakan asuhan keperawatan antara responden dengan waktu kerja yang cukup dan responden dengan waktu kerja yang tidak cukup. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara waktu kerja dan tindakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto pada tahun 2011.

Waktu kerja yang diteliti mengacu pada teori Tappen (1998) yaitu jumlah perawat dan variasi antara waktu kerja (shift) memiliki hubungan dengan perhatian (*attention*) yang efektif dan efisien sehingga diperlukan *time management* atau pengelolaan waktu yang baik. Dalam penelitian ini, waktu kerja merupakan persepsi terhadap rata-rata waktu pelayanan yang diperlukan untuk melaksanakan setiap kegiatan tindakan asuhan keperawatan secara langsung, kegiatan tidak langsung dan kegiatan lainnya merupakan salah satu komponen dalam menilai beban kerja perawat.

Studi yang dilakukan oleh Arthur Anderson dalam Tappen (1998) mengemukakan bahwa hanya 35% waktu pelayanan keperawatan digunakan untuk pelayanan langsung kepada pasien (*direct client care*) yang termasuk perencanaan, penilaian dan aktivitas secara teknis). Kegiatan dokumentasi menggunakan waktu 20% dari keseluruhan waktu kerja oleh seorang perawat. Setiap kategori kegiatan dapat berubah dari suatu waktu ke waktu tetapi jumlah waktu yang digunakan untuk pelayanan langsung yaitu kurang dari setengah waktu kerja. Kegiatan perawatan tidak langsung yaitu meliputi kegiatan dalam menyusun rencana perawatan, menyiapkan alat, melakukan konsultasi dengan anggota tim, menulis dan membaca catatan asuhan keperawatan, menyusun perencanaan, melaksanakan tindak lanjut dan melakukan koordinasi (Fanada, 2004).

Dalam penelitian Carayon dan Gurses (2008), beban kerja yang berlebihan pada perawat dapat berdampak pada hasil pelayanan kepada pasien. Situasi tingginya beban kerja perawat merupakan akibat dari jumlah tenaga perawat mempengaruhi kinerja perawat dalam memberikan perhatian kepada pasien. Hal tersebut berdampak pada kualitas tindakan asuhan keperawatan kepada pasien yang kemudian juga berdampak pada keselamatan pasien.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa hampir seluruh perawat pelaksana menyatakan waktu kerja yang tersedia telah cukup baik dalam memberikan pelayanan kepada setiap pasien dan tingkat konsentrasi yang baik pelayanan yang baik. Berdasar hasil analisis situasi terhadap perawat pelaksana terhadap waktu kerja di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto yaitu menunjukkan bahwa

masih kurangnya jumlah perawat dalam shift kerja dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien. Hal tersebut menjadi perhatian utama rumah sakit dalam mengkaji jumlah perawat sehingga memiliki waktu yang cukup dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan yang aman bagi pasien. Adanya jumlah perawat yang kurang merupakan persoalan waktu shift tertentu di rumah sakit yakni adanya penukaran waktu shift yang tidak diketahui oleh kepala perawat.

## 7.5 Lingkungan Organisasi

### 7.5.1 Rekan Kerja

Rekan kerja yang saling mendukung pekerjaan dapat mencapai tujuan yang ditetapkan bersama dalam organisasi. Bentuk operasional dari hubungan rekan kerja yaitu dalam keterampilan komunikasi, kolaborasi, dan hubungan interpersonal antar perawat pelaksana dan atasan. Dalam mencapai prestasi kerja suatu tim diperlukan pengetahuan dan keterampilan antar anggotanya (Ilyas, 2003 dalam Yuliana, 2010).

Hasil uji univariat menunjukkan bahwa distribusi perawat pelaksana yaitu hampir sebagian besar menyatakan bahwa rekan kerja di lingkungan rumah sakit mendukung. Namun, masih terdapat sebagian kecil jumlah perawat pelaksana menyatakan rekan kerja tidak mendukung. Melalui uji *chi square*, diketahui bahwa nilai *p-value* yaitu sebesar 0,559, yang berarti bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi tindakan asuhan keperawatan antara responden dengan rekan kerja yang mendukung dan responden dengan rekan kerja yang tidak mendukung. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara rekan kerja dan tindakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto pada tahun 2011.

Berdasarkan analisis situasi di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.Said Sukanto terhadap rekan kerja yaitu persepsi perawat pelaksana umumnya telah mendukung dalam melakukan kerja sama, memberikan bantuan, berkomunikasi dengan baik, serta terjalin hubungan yang baik kepada rekan sejawat. Diperlukan upaya peningkatan dalam hubungan yang baik dan harmonis antara perawat dengan atasan. Hal tersebut guna mempermudah kerja sama dalam merencanakan

dan mengarahkan perawat melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai prosedur. Selain itu juga akan mempermudah dalam melakukan sosialisasi terhadap prosedur.

### 7.5.2 Kondisi Kerja

Kondisi kerja yang diteliti yaitu meliputi komponen pernyataan kebersihan ruangan perawatan dan *nurse station*, penyediaan air bersih (wastafel, kamar mandi, dan dapur), serta alat kesehatan yang tersedia untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kepada pasien dan melakukan asuhan keperawatan yang aman di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto. Dalam menciptakan kondisi kerja yang aman yaitu diperlukan sarana dan prasarana yang mendukung sistem kerja yang aman bagi perawat untuk memberikan pelayanan bagi pasien.

Hasil uji univariat menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana menyatakan bahwa kondisi kerja bersifat aman. Namun, masih terdapat perawat pelaksana yang menyatakan bahwa kondisi kerja tidak aman. Setelah dilakukan uji *chi square*, diketahui bahwa nilai *p-value* sebesar 0,031 yang berarti bahwa ada perbedaan yang bermakna proporsi tindakan asuhan keperawatan antara responden dengan kondisi kerja yang aman dan responden dengan kondisi kerja yang tidak aman. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kondisi kerja dan tindakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto pada tahun 2011.

Di tempat kerja perawat yakni rumah sakit memiliki *stressor* yang dapat menyebabkan penyakit dan kecelakaan. Paparan (*exposed*) berupa infeksi melalui melalui darah dan udara (zat toksin) merupakan ancaman yang serius bagi tenaga medis (Trinkoff, 2007). Kondisi kerja yang menyangkut tempat sarana dan prasarana berperan penting bagi keselamatan pekerja itu sendiri yakni perawat pelaksana sama halnya dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Dalam analisis situasi yang dilakukan peneliti di RS Bhayangkara Tk. I R.Said Sukanto yaitu kondisi kerja khususnya dalam sarana yang kurang

memadai. Sarana yang ditemukan masih kurang memadai yaitu pada penggunaan jarum injeksi kembali (*reuse*) pada pasien yang sama dalam satu hari. Hal tersebut berdampak pada tidak sterilnya jarum injeksi yang telah terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh sehingga dapat membahayakan keselamatan pasien.

Hal yang menjadi fokus perhatian dalam meningkatkan kondisi kerja yang mendukung tindakan asuhan keperawatan yaitu alat kesehatan yang tersedia sesuai dengan kemampuan perawat. Alat kesehatan yang tersedia perlu digunakan atau dioperasikan dengan baik oleh perawat pelaksana. Fokus utama yaitu keterampilan perawat dalam menggunakan peralatan dasar tindakan asuhan keperawatan. Selain itu juga diperlukan perhatian dalam peningkatan kebersihan ruangan dan penyediaan air bersih (*wastafel*) yang strategis sehingga dapat mendukung perawat dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan yang aman bagi pasien.

### 7.5.3 Supervisi

Menurut Azwar (1996), pelaksana atau yang bertanggung jawab melaksanakan supervisi adalah atasan yakni mereka yang memiliki kelebihan dalam pengetahuan dan atau keterampilan dalam organisasi. Tindakan suportif membantu kelompok mengambil langkah pertama yang diperlukan untuk membina kinerja tim. Langkah ini menjadi landasan bagi pertumbuhan lebih lanjut kearah kerjasama, saling percaya, dan kecocokan, sehingga para penyelia perlu mengembangkan iklim yang dapat menimbulkan kondisi tersebut (Davis dan Newstrom, 1985).

Hasil uji univariat menunjukkan bahwa sebagian besar jumlah perawat pelaksana yang memiliki persepsi bahwa supervisi di rumah sakit terhadap perawat yaitu tinggi. Namun, masih terdapat adanya perawat pelaksana yang menyatakan supervisi di rumah sakit rendah. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa supervisi bersifat tinggi berperan besar dalam lingkungan rumah sakit. Melalui uji *chi square*, diketahui bahwa nilai *p-value* yaitu sebesar 0,398, yang berarti bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi tindakan asuhan keperawatan antara responden dengan supervisi yang tinggi dan responden dengan

supervisi yang rendah. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara supervisi dan tindakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto pada tahun 2011.

Secara umum, Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto telah mendukung kegiatan supervisi kepada perawat pelaksana dalam melakukan pelayanan tindakan asuhan keperawatan yang aman. Namun, terdapat salah satu pernyataan yang hasilnya cukup berbeda dengan pernyataan lainnya yaitu dalam mendapatkan bimbingan atasan yakni kepala perawat dalam melakukan rencana tindakan asuhan keperawatan. Dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan yang baik yaitu perlu mengikuti perencanaan yang telah ditetapkan. Diperlukan supervisi yang tinggi dalam memberikan masukan berupa perencanaan yang baik sehingga menghasilkan pelayanan sesuai dengan tujuan di awal perencanaan.

Selain itu, perlu ditingkatkan supervisi dalam memberikan bantuan dalam mengambil keputusan asuhan keperawatan dan mengarahkan pekerjaan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang aman. Atasan juga perlu menerima masukan oleh perawat mengenai tindakan terkait keselamatan pasien. Hal tersebut akan memberikan masukan berupa fakta empiris di lapangan sebagai perbaikan terhadap pelayanan dan prosedur yang berlaku di rumah sakit terkait dengan keamanan pelayanan keperawatan.

#### 7.5.4 Standar Operasional Prosedur

*Standard operating procedure* atau standar operasional prosedur (SOP) pada dasarnya adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa semua keputusan dan tindakan, serta penggunaan fasilitas-fasilitas proses yang dilakukan oleh orang-orang dalam organisasi berjalan secara efisien dan efektif, konsisten, standar dan sistematis (Depkes, 2004).

Hasil uji univariat memperlihatkan bahwa sebagian besar jumlah perawat pelaksana memiliki persepsi bahwa standar operasional prosedur sudah baik. Sasaran keselamatan pasien dalam penerapan kebijakan di rumah sakit telah disosialisasikan. Begitu juga halnya dengan standar operasional prosedur yang mendukung upaya tersebut. Namun demikian, masih adanya perawat pelaksana yang memiliki persepsi bahwa SOP tidak mudah untuk diterapkan. Hal tersebut dapat diasumsikan bahwa masih terdapat perawat yang memiliki persepsi bahwa SOP yang belum tersosialisasikan dengan baik sehingga dalam prakteknya masih ditemui praktek yang belum mendukung sasaran keselamatan pasien secara menyeluruh.

Melalui uji *chi square*, diketahui bahwa nilai *p-value* yaitu sebesar 0,404, yang berarti bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi tindakan asuhan keperawatan antara responden dengan persepsi terhadap SOP yang baik dan responden dengan persepsi SOP yang buruk. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara SOP dan tindakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.Said Sukanto pada tahun 2011.

Penerapan SOP yaitu guna implementasi upaya menjaga setiap tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang baik. Kejadian *commission* yaitu tindakan yang tidak dilakukan sesuai perencanaan dan *ommision* yaitu dilakukan tanpa perencanaan sehingga tidak keluar dari penjagaan mutu. Dengan demikian diharapkan kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dapat menurun.

## BAB VIII

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 8.1 Simpulan

Penelitian mengenai Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan Tindakan Asuhan Keperawatan dalam Upaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I R.S. Sukanto Tahun 2011, dapat disimpulkan bahwa:

- a. Masih terdapat 22% perawat pelaksana melakukan tindakan asuhan keperawatan dasar yang tidak aman oleh perawat pelaksana dalam pencapaian sasaran keselamatan pasien.
- b. Hasil aspek penilaian tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien yaitu memperlihatkan bahwa pernyataan memberikan tanda pada tubuh pasien sebelum pengobatan dan penggunaan jarum injeksi sekali pakai merupakan yang paling rendah dilaksanakan oleh perawat pelaksana.
- c. Masih terdapat perawat pelaksana yang belum secara efektif melakukan komunikasi saat serah terima pasien kepada keluarga pasien.
- d. Secara keseluruhan pemberian obat yang benar telah dilakukan dengan baik oleh rumah sakit. Namun, masih adanya kasus *near miss* pada pemberian obat yang memiliki potensi memiliki nama yang terlihat dan ucapan yang terdengar seperti nama obat lainnya.
- e. Hasil persepsi perawat pelaksana yaitu masih kurangnya jumlah perawat yang menangani dalam satuan *shift* kerja perawat dalam memberikan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien.
- f. Hasil persepsi perawat terhadap SOP yang diberlakukan di rumah sakit telah mendukung upaya sasaran keselamatan pasien. Namun, masih terdapat persepsi perawat bahwa SOP belum tersosialisasikan dan tidak mudah untuk diterapkan.

- g. Hasil pernyataan perawat pelaksana terhadap kondisi kerja yaitu sarana dan prasarana rumah sakit yang belum optimal dalam melaksanakan prosedur sasaran keselamatan pasien. Prosedur tersebut berupa penggunaan jarum injeksi sekali pakai, akan tetapi rumah sakit menggunakan kembali kepada pasien yang sama dalam sehari. Selain itu, pernyataan yang paling tidak mendukung yaitu kondisi kerja diperlukan dalam menyediakan alat kesehatan belum sesuai dengan kemampuan perawat pelaksana.
- h. Hasil penelitian terhadap pernyataan pada variabel rekan kerja, supervisi, dan standar operasional prosedur yaitu sebagian besar persepsi oleh perawat pelaksana telah mendukung upaya tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien.
- i. Hubungan kualifikasi perawat dengan tindakan asuhan keperawatan pada variabel pendidikan tidak terdapat hubungan yang signifikan. Sedangkan pada variabel masa kerja memiliki hubungan yang signifikan dengan tindakan asuhan keperawatan. Semakin lama masa kerja perawat pelaksana yaitu memiliki tindakan asuhan keperawatan yang lebih aman dibandingkan masa kerja yang lebih pendek.
- j. Hubungan variabel waktu kerja perawat dengan tindakan asuhan keperawatan yaitu memperlihatkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara tindakan asuhan keperawatan yang aman dan tidak aman.
- k. Hubungan lingkungan organisasi yaitu hanya kondisi kerja yang memiliki hubungan yang signifikan dengan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien. Sedangkan pada variabel rekan kerja, supervisi, standar operasional tidak terdapat hubungan yang signifikan dengan tindakan asuhan keperawatan.

## 8.2 Saran

Berdasarkan pembahasan dan kesimpulan dari penelitian ini, maka untuk mengoptimalkan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien yaitu diajukan saran-saran sebagai berikut:

- a. Kebijakan dan manajemen di rumah sakit perlu mensosialisasikan kembali secara intensif dan efektif standar operasional prosedur mengenai sasaran keselamatan pasien kepada seluruh perawat pelaksana sehingga dapat menghasilkan upaya jaga mutu dari setiap tindakan asuhan keperawatan
- b. Dukungan kebijakan dalam menelaah standar operasional prosedur terhadap fokus dalam memberikan tanda pada tubuh untuk verifikasi sebelum operasi atau tindakan pengobatan dan penggunaan jarum injeksi sekali pakai di rumah sakit
- c. Dukungan kebijakan dan fungsi manajemen terhadap sarana alat kesehatan berupa ketersediaan injeksi sekali pakai yang memadai untuk mendukung upaya keselamatan pasien di rumah sakit
- d. Dukungan dari fungsi manajemen terhadap peningkatan kompetensi perawat pelaksana dalam mengoperasikan atau menggunakan alat kesehatan di rumah sakit
- e. Mengevaluasi kembali jumlah perawat dalam waktu kerja (*shift*) sehingga tidak terjadi beban kerja tinggi dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan langsung kepada pasien
- f. Pada perawat pelaksana yang masih memiliki masa kerja yang pendek diberikan supervisi yang lebih tinggi dibanding dengan perawat yang memiliki masa kerja yang lama sehingga dapat mengarahkan perawat baru yang cepat tanggap dan respon dalam lingkungan pekerjaan serta mudah dalam menerapkan standar prosedur operasional yang diterapkan

- g. Diperlukan peningkatan kolaborasi dengan dokter dalam upaya melakukan verifikasi terhadap setiap tindakan pengobatan dan pengoperasian melalui hubungan yang baik dan harmonis. Misalnya yaitu melakukan *cross-check* dengan dokter untuk mengklarifikasi kepastian obat yang pengucapannya terdengar dengan obat lain perlu diindikasikan kembali secara rinci obat tersebut, terutama pada obat baru
- h. Diperlukan peningkatan komunikasi perawat pelaksana kepada keluarga pasien terutama saat serah terima pasien kepada keluarga pasien sehingga tidak dapat mengarah terjadinya salah penyerahan bayi, kesalahan pemberian catatan medikasi kepada pasien, dan sebagainya
- i. Memberikan dosis yang tepat pada pemberian cairan elektrolit pekat kepada pasien dengan membuat standardisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah, dan pencegahan atas kebingungan dalam memberikan cairan elektrolit pekat yang spesifik
- j. Perlunya perhatian dan peningkatan keterampilan dalam memberikan medikasi serta pemberian makan melalui slang infus, dan menyambung alat kepada pasien dengan cara menggunakan sambungan & slang yang benar
- k. Meningkatkan implementasi penggunaan cairan *alcohol-based hand-rubs* tersedia pada titik-titik pelayan tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar, mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan atau observasi dan teknik lainnya

## DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara. 1996
- Bell, Judith. *Melakukan Proyek Penelitian secara Mandiri Terjemahan: Doing your Research Project*. Jakarta: PT Indeks. 2006.
- Bephage, Gaetan. *Social Science and Healthcare: Nursing Applications in Clinical Practice*. Mosby International: London, UK. 1997.
- Carayon, Pascale, Ayse P. Gurses. *Nursing Workload and Patient Safety—A Human Factors Engineering Perspective*. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Chapter 30. Vol. 2. 2008.
- Carayon, Pascale Carla J. Alvarado and Ann Schoofs Hundt. *Reducing workload and increasing patient safety through work and workspace design*. Center for Quality and Productivity Improvement. University of Wisconsin-Madison. 2003.
- Clancy, Carolyn M, Mary Beth Farquhar, Beth A. Collins Sharp. *Patient Safety in Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. J Nurs Care Qual Vol. 20 No. 3 pp. 193-197. 2005.
- Clarcke, Sean P, Nancy E. Donaldson. *Nurse Staffing and Patient Care Quality and Safety*. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Chapter 25. Vol. 2. 2008.
- Corty, Eric. W. *Using and Interpreting Statistics: A practical Text for the Health, Behavioral, and Social Sciences*. China: Mosby Elsevier. 2007.
- Davis, Keith dan John W. Newstrom. *Perilaku dalam Organisasi: Edisi Ketujuh*. Terjemahan: Agus Dharma, SH, M.Ed. 1996.
- Doenges, Marilyn E. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Ed. 3. Jakarta ECG, 1999.
- Ernawati. *Hubungan Tugas Pokok dan Fungsi (Tupoksi) Kepala Seksi Da Komite Keperawatan Dengan Efektivitas Pelayanan Keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010*. Tesis. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. 2010.

- Fitriyanti, Resky. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan Waktu Pembayaran Piutang Pasien Rawat Inap Jaminan Asuransi Dan Perusahaan Rumah Sakit Pertamina Jaya Januari - Desember 2010*. Skripsi. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2011.
- Gibson et.al. *Organisasi: Perilaku, Struktur, Proses. Edisi ke V*. Jakarta: Erlangga. 1996.
- Gillies, Dee Ann. *Manajemen Keperawatan: Suatu Pendekatan Sistem. Edisi Kedua*. Terjemahan oleh: editor Yono Sudiyono. Chicago: W. B. Saunders Company. 1996.
- Gillies D.A, *Nursing Management: A System Approach*. Philadelphia: W. B. Saunders Company. 1989.
- Green, Lawrence W. et. Al. *Health Education Planning: A Diagnosis Approach*. California: Mayfield Publishing Company. 1980.
- Hastono, Sutanto Priyo. *Analisis Data*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. 2006.
- Hibberd, Mavis E. Kyle. *Nurse Management in Canada. 2nd ed*. Toronto, Canada: Harcourt Brace & Company Canada, Ltd. 1999.
- Hughes, Ronda G. *Nurses at the "Sharp End" of Patient Care. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Chapter 2. Vol. 1*. 2008.
- Koentjaraningrat. *Metode-metode Penelitian Masyarakat: Edisi Ketiga*. Jakarta: PT Gramedia 1993.
- Kader, Parahoo. *Nursing Research: Principles, Process, and Issues Second Edition*. Palgrave MacMillan. 2006.
- Kozier, B & Glenora Erb. *Fundamental of Nursing*. California: Addison Wesley Publishing Incompany, Inc. 1983.
- Lemeshow, S dan S.K Lwanga. *Sample Size Determination in Health Studie: A Practical Manual*. Geneva. WHO. 1991.
- Lindberg, Mary Hunter, Ann Kruszewski. *Skills Manual for Introduction to Person-Centered Nursing*. Philadelphia, United States of America: J.B. Lippincott Company. 1983.
- Mitchell, Pamela H. *Defining Patient Safety and Quality Care. Patient Safety and Quality: Chapter 1. An Evidence-Based Handbook for Nurses*. 2008

- Needleman, Jack, Peter Buerhaus, et-al. *Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality*. Massachusetts Medical Society. 2011.
- Robins, Stephen P. *Perilaku Organisasi, Konsep, Kontroversi*. Jakarta: Gramedia. 2001.
- Tappen, Sally A. Weiss, Diane K. Whitehead. *Essentials of Nursing Leadership and Management*. Philadelphia, United States of America: F.A. Davis Company. 1998.
- Timpe, A. Dale. *Kinerja*. Jakarta: Gramedia. 2000.
- Yuliana, Terry. *Analisis Pemberian Kompensasi Finansial dan Non Finansial dengan Kinerja Perawat PNS di Instalasi Rawat Inap A, B, C Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2010*. Skripsi. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2010.
- \_\_\_\_\_. World Health Organization. *Summary of the Evidence on Patient Safety : Implications for Research*. Switzerland. WHO Press. 2008
- \_\_\_\_\_. World Health Organization. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Switzerland. WHO Press. 2009
- \_\_\_\_\_. World Alliance for Patient Safety FORWARD PROGRAMME 2008-2009 *First Edition*. This draft is intended for discussion at the Expert Advisory Group Meeting, 25 June 2008
- Fleming, Mark. *Patient Safety Culture Measurement and Improvement: A "How To" Guide*. Healthcare Quarterly Vol. 8, Special Issue. October 2005.
- \_\_\_\_\_. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- \_\_\_\_\_. Institute of Medicine. *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington: National Academies Press. 2004.
- \_\_\_\_\_. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solution. *Patient Safety Solutions Preamble*. Switzerland: WHO Press. May 2007
- \_\_\_\_\_. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solution. *Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*. Switzerland: WHO Press. May 2007
- \_\_\_\_\_. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solution. *Patient Identification*. Switzerland: WHO Press. May 2007
- \_\_\_\_\_. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solution. *Communication During Patient Hand-Overs*. Switzerland: WHO Press. May 2007

\_\_\_\_\_ WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solution. *Performance of Correct Procedure at Correct Body Site*. Switzerland: WHO Press. May 2007

\_\_\_\_\_ WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solution. *Control of Concentrated Electrolyte Solution*. Switzerland: WHO Press. May 2007

\_\_\_\_\_ WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solution. *Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care*. Switzerland: WHO Press. May 2007

\_\_\_\_\_ WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solution. *Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections*. Switzerland: WHO Press. May 2007

\_\_\_\_\_ WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solution. *Single Use of Injection Devices*. Switzerland: WHO Press. May 2007

\_\_\_\_\_ WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solution. *Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections*. Switzerland: WHO Press. May 2007

\_\_\_\_\_ WHO Working Group Meeting Report 8–11 October 2003. *Towards a common international understanding of patient safety concepts and terms: taxonomy and terminology related to medical errors and system failure*. Geneva: World Health Organization. 2004.

KUESIONER PENELITIAN  
“ANALISIS TINDAKAN ASUHAN KEPERAWATAN DALAM UPAYA  
KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK. I R. S.  
SUKANTO JAKARTA TAHUN 2011”

---

---

No. Responden : \_\_\_\_ (kosongkan)

Tanggal Pengisian: \_\_\_\_\_

Bapak/Ibu/Saudara/i yang terhormat,

Saya Rindia Permatasari, mahasiswa S1 Reguler angkatan 2007 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) sedang mengadakan penelitian. Penelitian ini dilaksanakan dalam rangka penyusunan tugas akhir (skripsi). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui analisis faktor yang berhubungan dengan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di rumah sakit. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan bagi pihak Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang berbasis pada upaya keselamatan pasien.

Oleh karena itu, saya mohon agar Bapak/Ibu/Saudar/i bersedia untuk mengisi kuesioner penelitian ini dengan jujur. Data yang Bapak/Ibu/Saudara/i berikan sangat bermanfaat untuk keperluan penelitian. Penulis menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi responden. Informasi dari penelitian ini bersifat **rahasia** dan hanya digunakan untuk kepentingan pendidikan.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk mengisi kuesioner ini, saya sampaikan terimakasih.

Hormat saya,

Rindia Permatasari

Bacalah petunjuk sebelum saudara memberikan jawaban.

Petunjuk Umum Pengisian:

1. Untuk pertanyaan yang tersedia pilihan jawabannya, beri tanda silang (X) pada pilihan yang sesuai dengan jawaban Bapak/Ibu/Saudara/i.
2. Untuk pertanyaan yang tidak tersedia pilihan jawabannya, isi jawaban pada tempat yang telah disediakan.
3. Kuesioner **tidak ada** pengaruh terhadap komite, dan kinerja saudara, informasi semata-mata digunakan untuk kepentingan akademis.
4. Jawablah pertanyaan dengan **jujur**.
5. Informasi yang diberikan dijamin kerahasiaannya.
6. **Mohon diperiksa kembali pengisian, sangat diharapkan semua pernyataan diberikan jawaban**

#### KARAKTERISTIK INDIVIDU

#### PERAWAT PELAKSANA

No.	Pertanyaan
1.	Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
2.	Usia : _____ tahun
3.	Pendidikan terakhir : 1. SPR / SPK 2. Akper/D3 3. S1 Kep
4.	Lama bekerja : _____ tahun _____ bulan
5.	Status : 1. Belum menikah 2. Menikah
6.	Status Kepegawaian : 1. Pegawai Negeri Sipil (PNS) 2. Honorer

#### *Informed Consent*

Saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini,

(Tanda tangan responden)

## Persepsi Perawat Pelaksana dalam Waktu Pelayanan dan Lingkungan Organisasi

### Petunjuk Pengisian

1. Beri tanda silang (X) pada pilihan yang sesuai dengan jawaban Bapak/Ibu/Saudara/i.

No.	Pernyataan	Tidak Setuju	Kurang Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1.	Waktu kerja yang tersedia di RS Bhayangkara Tk.I cukup dalam memberikan pelayanan kepada setiap pasien				
2.	Waktu kerja yang tersedia di RS Bhayangkara Tk.I mendukung tingkat konsentrasi yang baik dalam memberikan pelayanan kepada setiap pasien				
3.	Jumlah perawat yang ada di RS Bhayangkara Tk.I mampu membantu menyelesaikan permasalahan dalam asuhan keperawatan				
4.	Rekan kerja perawat di RS Bhayangkara Tk.I mampu bekerjasama dengan baik dalam memberikan pelayanan kepada pasien				
5.	Rekan kerja perawat di RS Bhayangkara Tk.I memberi bantuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan				
6.	Rekan kerja perawat di RS Bhayangkara Tk.I mampu menciptakan komunikasi yang baik, sehingga mendorong untuk memberikan pelayanan terbaik kepada pasien				

No.	Pernyataan	Tidak Setuju	Kurang Setuju	Setuju	Sangat Setuju
7.	Keharmonisan dan hubungan baik antara perawat pelaksana telah terjalin di RS Bhayangkara Tk.I				
8.	Keharmonisan dan hubungan baik antara perawat dan atasan yaitu kepala ruangan atau kepala rawat inap terjalin di RS Bhayangkara Tk.I				
9.	Kepala unit rawat inap mampu memberikan bantuan kepada perawat dalam mengambil keputusan, apabila terjadi permasalahan yang menyangkut keselamatan pasien				
10.	Atasan di unit rawat inap menerima masukan yang diberikan perawat dalam keselamatan pekerjaannya terhadap pasien				
11.	Atasan mengarahkan pekerjaan dalam memberikan pelayanan yang aman sehingga tidak membahayakan pasien				
12.	Perawat mendapatkan bimbingan dari kepala ruangan saat memilih rencana tindakan keperawatan pada pasien				
13.	Kondisi sarana dan prasarana di RS Bhayangkara Tk.I membantu perawat dalam memberikan pelayanan yang aman				
14.	Kebersihan ruangan di RS Bhayangkara Tk.I telah menciptakan tindakan asuhan keperawatan yang aman dalam bekerja				

No.	Pernyataan	Tidak Setuju	Kurang Setuju	Setuju	Sangat Setuju
15.	Penyediaan air bersih (wastafel, kamar mandi, dapur) mampu membantu perawat dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan yang aman				
16.	Alat kesehatan yang tersedia di RS Bhayangkara Tk.I sesuai dengan kemampuan perawat dalam mendukung pelayanan yang aman				
17.	Standar operasional prosedur mengenai tindakan asuhan keperawatan mudah diterapkan oleh perawat di RS Bhayangkara Tk.I				
18.	Standar operasional prosedur mengenai tindakan asuhan keperawatan tersosialisasikan secara baik di RS Bhayangkara Tk.I				

-----Terima Kasih atas Kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i -----

## KUESIONER PENELITIAN

### “ANALISIS TINDAKAN ASUHAN KEPERAWATAN DALAM UPAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK. I R. S. SUKANTO JAKARTA TAHUN 2011”

---

---

No. Responden : \_\_\_\_ (kosongkan)

Tanggal Pengisian: \_\_\_\_\_

Bapak/Ibu/Saudara/i yang terhormat,

Saya Rindia Permatasari, mahasiswa S1 Reguler angkatan 2007 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) sedang mengadakan penelitian. Penelitian ini dilaksanakan dalam rangka penyusunan tugas akhir (skripsi). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui analisis faktor yang berhubungan dengan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di rumah sakit. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan bagi pihak Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang berbasis pada upaya keselamatan pasien.

Oleh karena itu, saya mohon agar Bapak/Ibu/Saudar/i bersedia untuk mengisi kuesioner penelitian ini dengan jujur. Data yang Bapak/Ibu/Saudara/i berikan sangat bermanfaat untuk keperluan penelitian. Penulis menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi responden. Informasi dari penelitian ini bersifat **rahasia** dan hanya digunakan untuk kepentingan pendidikan.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk mengisi kuesioner ini, saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya,

Rindia Permatasari

Bacalah petunjuk sebelum saudara memberikan jawaban.

Petunjuk Umum Pengisian:

1. Untuk pertanyaan yang tersedia pilihan jawabannya, beri tanda silang (X) pada pilihan yang sesuai dengan jawaban Bapak/Ibu/Saudara/i.
2. Untuk pertanyaan yang tidak tersedia pilihan jawabannya, isi jawaban pada tempat yang telah disediakan.
3. Kuesioner **tidak ada** pengaruh terhadap komite, dan kinerja saudara, informasi semata-mata digunakan untuk kepentingan akademis.
4. Jawablah pertanyaan dengan **jujur**.
5. Informasi yang diberikan dijamin kerahasiaannya.
6. **Mohon diperiksa kembali pengisian, sangat diharapkan semua pernyataan diberikan jawaban**

#### KARAKTERISTIK INDIVIDU

#### KEPALA INSTALASI DAN RUANGAN RAWAT INAP

No.	Pertanyaan
1.	Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
2.	Usia : _____ tahun
3.	Pendidikan terakhir : 1. SPR / SPK 2. Akper/D3 3. S1 Kep
4.	Lama bekerja : _____ tahun _____ bulan
5.	Status : 1. Belum menikah 2. Menikah
6.	Status Kepegawaian : 1. Pegawai Negeri Sipil(PNS) 2. Honorer

#### *Informed Consent*

Saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini,

(Tanda tangan responden)

## Tindakan Asuhan Keperawatan dalam Upaya Keselamatan Pasien

1. Beri tanda silang (X) pada pilihan yang sesuai dengan jawaban Bapak/Ibu/Saudara/i.

No.	Pernyataan	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1.	Perawat pelaksana yang bersangkutan memperhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM) sehingga tidak salah memberi obat				
2.	Perawat pelaksana yang bersangkutan memperhatikan label pada obat dengan mengecek ulang pada resep				
3.	Perawat pelaksana yang bersangkutan memberikan obat yang benar kepada pasien				
4.	Perawat pelaksana yang bersangkutan menanyakan identitas pasien sebagai pengidentifikasi sebelum tindakan keperawatan				
5.	Perawat pelaksana yang bersangkutan dengan mudah dapat mengkomunikasikan serah terima pasien kepada keluarga pasien				
6.	Perawat pelaksana yang bersangkutan memberikan tanda pada tubuh pasien yang akan dilakukan pengobatan sesuai prosedur				
7.	Perawat pelaksana yang bersangkutan berkolaborasi dengan baik dengan dokter dalam melakukan proses verifikasi pengobatan				

No.	Pernyataan	Jarang	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
8.	Perawat pelaksana yang bersangkutan selalu memberikan dosis yang tepat pada pemberian cairan elektrolit pekat				
9.	Perawat pelaksana yang bersangkutan memberikan daftar yang akurat mengenai penerimaan obat atau medikasi dalam mencegah salah obat ( <i>medication errors</i> ) pada setiap titik transisi pasien kepada pasien				
10.	Perawat pelaksana yang bersangkutan memasang selang infus dengan cara yang benar kepada pasien				
11.	Perawat pelaksana yang bersangkutan memasang sambungan kateter dengan cara yang benar				
12.	Perawat pelaksana yang bersangkutan hanya menggunakan jarum injeksi dengan sekali pakai secara aman				
13.	Perawat pelaksana yang bersangkutan taat dalam mengikuti prosedur mencuci tangan dengan baik benar pada setiap kegiatan keperawatan				

-----Terima Kasih atas Kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i -----

## Lampiran Uji Validitas dan Reliabilitas

### A. Variabel Independen

#### 1. Waktu Kerja

### Reliability

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	21	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,734	3

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Waktu kerja cukup untuk pelayanan tiap pasien	6,05	,748	,776	,420
Waktu kerja mendukung tingkat konsentrasi yang baik	5,86	,829	,491	,724
Jumlah perawat dalam satuan waktu kerja (shift) mencukupi pelayanan askep	6,19	,762	,457	,788

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
9,05	1,548	1,244	3

## 2. Rekan Kerja Reliability

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100,0
	Excluded( a)	0	,0
	Total	21	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,911	5

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Rekan kerja perawat bekerja sama dengan baik	3,14	,359	21
Rekan kerja perawat memberi bantuan dalam melaksanakan askep	3,14	,359	21
Rekan kerja perawat menciptakan komunikasi yang baik dalam pelayanan askep	3,19	,402	21
Rekan kerja perawat memiliki terjalin hubungan yang baik dan harmonis	3,14	,359	21
Hubungan atasan terjalin hubungan yang baik dan harmonis	3,14	,359	21

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Rekan kerja perawat bekerja sama dengan baik	12,62	1,548	,913	,862
Rekan kerja perawat memberi bantuan dalam melaksanakan askep	12,62	1,748	,648	,916
Rekan kerja perawat menciptakan komunikasi yang baik dalam pelayanan askep	12,57	1,757	,536	,943
Rekan kerja perawat memiliki terjalin hubungan yang baik dan harmonis	12,62	1,548	,913	,862
Hubungan atasan terjalin hubungan yang baik dan harmonis	12,62	1,548	,913	,862

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
15,76	2,490	1,578	5

### 3. Supervisi Reliability

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	21	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,777	4

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Atasan mampu memberikan bantuan dalam mengambil keputusan askep	3,0476190	,21821789	21
Atasan menerima masukan oleh perawat dalam keselamatan pasien	3,0476190	,21821789	21
Atasan mengarahkan pekerjaan dalam memberikan pelayanan yang aman	3,0952381	,43643578	21
Perawat mendapat bimbingan dari kepala dalam renacana tindakan askep	3,1428571	,47809144	21

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Atasan mampu memberikan bantuan dalam mengambil keputusan askep	9,2857143	,914	,650	,734
Atasan menerima masukan oleh perawat dalam keselamatan pasien	9,2857143	,914	,650	,734
Atasan mengarahkan pekerjaan dalam memberikan pelayanan yang aman	9,2380952	,590	,674	,677
Perawat mendapat bimbingan dari kepala dalam renacana tindakan askep	9,1904762	,562	,618	,737

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
12,333333 3	1,233	1,11055542	4

## 4. Kondisi Kerja Reliability

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	21	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,764	4

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Kondisi sarana membantu perawat memberikan pelayanan yang aman	2,81	,402	21
Kebersihan ruangan menciptakan tindakan aske yang aman	2,71	,463	21
Penyediaan air bersih mampu membantu perawat melaksanakan tindakan askep yang aman	2,57	,507	21
Alat kesehatan yang tersedia sesuai kemampuan perawat dalam pelayanan yang aman	2,76	,436	21

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Kondisi sarana membantu perawat memberikan pelayanan yang aman	8,05	1,248	,577	,704
Kebersihan ruangan menciptakan tindakan aske yang aman	8,14	1,229	,473	,756
Penyediaan air bersih mampu membantu perawat melaksanakan tindakan askep yang aman	8,29	,914	,781	,570
Alat kesehatan yang tersedia sesuai kemampuan perawat dalam pelayanan yang aman	8,10	1,290	,451	,764

### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
10,86	1,929	1,389	4

## 5. Standar Operasional Prosedur

### Reliability

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	21	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,714	3

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Standar operasional prosedur (SOP) tindakan aspek mendukung keamanan pelayanan	3,14	,359	21
Standar operasioanl prosedur mengenai tindakan aspek tersosialisakan dengan baik	2,90	,301	21
Standar operasional prosedur mengenai tindakan aspek mudah diterapkan	2,95	,384	21

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Standar operasional prosedur (SOP) tindakan aspek mendukung keamanan pelayanan	5,86	,429	,304	,889
Standar operasioanl prosedur mengenai tindakan aspek tersosialisakan dengan baik	6,10	,390	,583	,585
Standar operasional prosedur mengenai tindakan aspek mudah diterapkan	6,05	,248	,797	,231

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
9,00	,700	,837	3

## B. Variabel Dependen Tindakan Asuhan Keperawatan

### Reliability

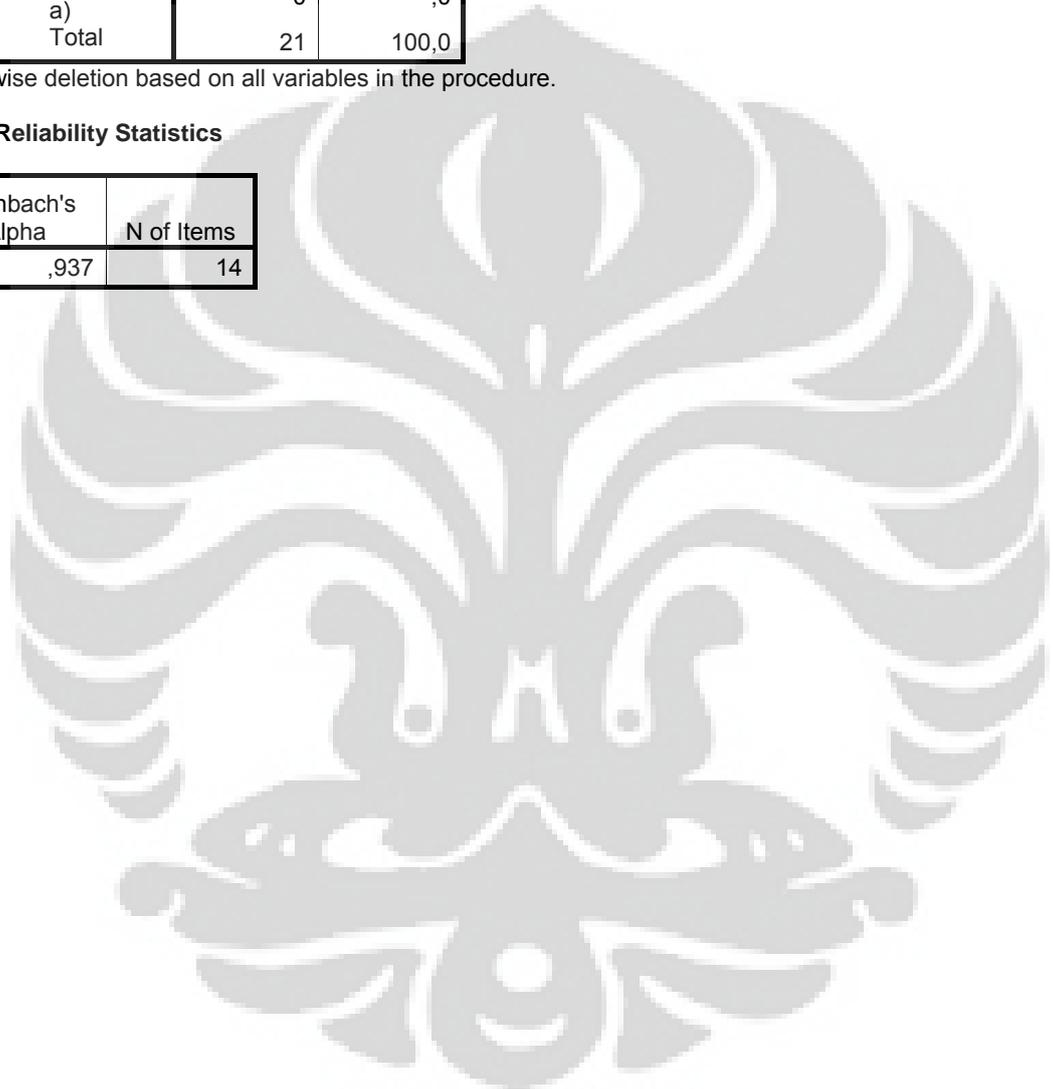
#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100,0
	Excluded( a)	0	,0
	Total	21	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,937	14



### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip	3,76	,436	21
Memperhatikan label pada obat dengan mengecek ulang pada resep	3,76	,436	21
Memberikan obat yang benar kepada pasien	3,76	,436	21
Menanyakan identitas pasien sebelum tindakan askep	3,67	,483	21
Mudah mengkomunikasikan saat serah terima pasien kepada keluarga pasien	3,62	,590	21
Mudah mengkomunikasikan pengoperan pasien pada setiap tindakan antar unit	3,38	,669	21
Memberikan tanda pada tubuh pasien yang akan dilakukan pengobatan sesuai prosedur	3,00	1,000	21
Berkolaborasi baik dengan dokter dalam melakukan verifikasi pengobatan	3,71	,561	21
Memberikan dosis yang tepat pada pemberian cairan elektrolit pekat	3,76	,436	21
Memberikan daftar medikasi obat yang diterima pasien	3,62	,498	21
Memasang selang infus dengan cara yang benar kepada pasien	3,57	,598	21
Memasang sambungan kateter dengan cara yang benar	3,57	,507	21
Menggunakan jarum injeksi sekali pakai secara aman	3,52	,873	21
Taat dalam mengikuti prosedur mencuci tangan dengan baik dan benar	3,52	,602	21

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip	46,48	34,162	,948	,928
Memperhatikan label pada obat dengan mengecek ulang pada resep	46,48	34,162	,948	,928
Memberikan obat yang benar kepada pasien	46,48	34,162	,948	,928
Menanyakan identitas pasien sebelum tindakan askep	46,57	33,957	,888	,928
Mudah mengkomunikasikan saat serah terima pasien kepada keluarga pasien	46,62	32,948	,871	,927
Mudah mengkomunikasikan pengoperan pasien pada setiap tindakan antar unit	46,86	36,629	,261	,946
Memberikan tanda pada tubuh pasien yang akan dilakukan pengobatan sesuai prosedur	47,24	32,390	,510	,947
Berkolaborasi baik dengan dokter dalam melakukan verifikasi pengobatan	46,52	33,162	,885	,927
Memberikan dosis yang tepat pada pemberian cairan elektrolit pekat	46,48	34,162	,948	,928
Memberikan daftar medikasi obat yang diterima pasien	46,62	35,248	,625	,934
Memasang selang infus dengan cara yang benar kepada pasien	46,67	35,633	,449	,939
Memasang sambungan kateter dengan cara yang benar	46,67	35,733	,528	,937
Menggunakan jarum injeksi sekali pakai secara aman	46,71	29,514	,940	,924
Taat dalam mengikuti prosedur mencuci tangan dengan baik dan benar	46,71	33,514	,763	,930

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
50,24	39,190	6,260	14

**Lampiran Hasil Olah Data SPSS**

**Karakteristik Responden**

**1) Jenis Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	11	10,1	10,1	10,1
	Perempuan	98	89,9	89,9	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

**2) Usia**

N	Valid	109
	Missing	0
Mean		30,6697
Std. Error of Mean		,58815
Median		30,0000
Mode		30,00
Std. Deviation		6,14042
Variance		37,705
Skewness		,767
Std. Error of Skewness		,231
Range		27,00
Minimum		20,00
Maximum		47,00

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 30	50	45,9	45,9	45,9
	>= 30	59	54,1	54,1	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

**3) Status Pernikahan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum Menikah	31	28,4	28,4	28,4
	Menikah	78	71,6	71,6	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

**4) Status Kepegawaian**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pegawai Negeri Sipil	57	52,3	52,3	52,3
	Pegawai Honorer	52	47,7	47,7	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

**Lampiran Analisis Univariat**

**Kualifikasi Perawat**

**5) Pendidikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SPK/SPR	12	11,0	11,0	11,0
	AKPER	94	86,2	86,2	97,2
	S1	3	2,8	2,8	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

**Pendidikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	12	11,0	11,0	11,0
	Tinggi	97	89,0	89,0	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

**6) Masa Kerja**

N	Valid	109
	Missing	0
Mean		8,8991
Std. Error of Mean		,57866
Median		8,0000
Mode		8,00
Std. Deviation		6,04144
Variance		36,499
Skewness		,805
Std. Error of Skewness		,231
Kurtosis		-,168
Std. Error of Kurtosis		,459
Range		23,00
Minimum		1,00
Maximum		24,00

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	61	56,0	56,0	56,0
	Rendah	48	44,0	44,0	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	5	4,6	4,6	4,6
	2,00	10	9,2	9,2	13,8
	3,00	11	10,1	10,1	23,9
	4,00	6	5,5	5,5	29,4
	5,00	1	,9	,9	30,3
	6,00	11	10,1	10,1	40,4
	7,00	4	3,7	3,7	44,0
	8,00	17	15,6	15,6	59,6
	9,00	3	2,8	2,8	62,4
	10,00	8	7,3	7,3	69,7
	11,00	5	4,6	4,6	74,3
	12,00	2	1,8	1,8	76,1
	13,00	2	1,8	1,8	78,0
	14,00	3	2,8	2,8	80,7
	15,00	5	4,6	4,6	85,3
	16,00	1	,9	,9	86,2
	17,00	1	,9	,9	87,2
	18,00	3	2,8	2,8	89,9
	20,00	3	2,8	2,8	92,7
	21,00	3	2,8	2,8	95,4
	22,00	2	1,8	1,8	97,2
	23,00	2	1,8	1,8	99,1
	24,00	1	,9	,9	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

*Tingkat Perhatian Perawat dalam Waktu Pelayanan*

**7) Waktu Kerja**

N	Valid	109
	Missing	0
Mean		8,4128
Std. Error of Mean		,07512
Median		9,0000
Mode		9,00
Std. Deviation		,78423
Variance		,615
Skewness		-1,231
Std. Error of Skewness		,231
Kurtosis		2,759
Std. Error of Kurtosis		,459
Range		5,00
Minimum		5,00
Maximum		10,00
Percentiles	50	9,0000
	75	9,0000

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,00	1	,9	,9	,9
	6,00	1	,9	,9	1,8
	7,00	9	8,3	8,3	10,1
	8,00	41	37,6	37,6	47,7
	9,00	55	50,5	50,5	98,2
	10,00	2	1,8	1,8	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Fleksibel	57	52,3	52,3	52,3
	Tidak Fleksibel	52	47,7	47,7	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

**Lingkungan Organisasi**

**8) Rekan Kerja**

N	Valid	109
	Missing	0
Mean		15,1468
Std. Error of Mean		,13906
Median		15,0000
Mode		15,00
Std. Deviation		1,45186
Variance		2,108
Skewness		,775
Std. Error of Skewness		,231
Kurtosis		4,063
Std. Error of Kurtosis		,459
Range		10,00
Minimum		10,00
Maximum		20,00
Percentiles	50	15,0000
	75	15,0000

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10,00	1	,9	,9	,9
	12,00	2	1,8	1,8	2,8
	13,00	6	5,5	5,5	8,3
	14,00	10	9,2	9,2	17,4
	15,00	68	62,4	62,4	79,8
	16,00	10	9,2	9,2	89,0
	17,00	4	3,7	3,7	92,7
	18,00	4	3,7	3,7	96,3
	19,00	1	,9	,9	97,2
	20,00	3	2,8	2,8	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menyenangkan	90	82,6	82,6	82,6
	Tidak Menyenangkan	19	17,4	17,4	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

### 9) Kondisi Kerja

N	Valid	109
	Missing	0
Mean		11,7248
Std. Error of Mean		,11203
Median		12,0000
Mode		12,00
Std. Deviation		1,16961
Variance		1,368
Skewness		,202
Std. Error of Skewness		,231
Kurtosis		1,465
Std. Error of Kurtosis		,459
Range		7,00
Minimum		8,00
Maximum		15,00

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8,00	1	,9	,9	,9
	9,00	1	,9	,9	1,8
	10,00	13	11,9	11,9	13,8
	11,00	24	22,0	22,0	35,8
	12,00	54	49,5	49,5	85,3
	13,00	8	7,3	7,3	92,7
	14,00	5	4,6	4,6	97,2
	15,00	3	2,8	2,8	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

### Kondisi Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aman	70	64,2	64,2	64,2
	Tidak Aman	39	35,8	35,8	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

### 10) Supervisi

N	Valid	109
	Missing	0
Mean		11,8073
Std. Error of Mean		,10466
Median		12,0000
Mode		12,00
Std. Deviation		1,09271
Variance		1,194
Skewness		-,779
Std. Error of Skewness		,231
Kurtosis		3,898
Std. Error of Kurtosis		,459
Range		7,00
Minimum		8,00
Maximum		15,00
Percentiles	50	12,0000
	75	12,0000

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8,00	2	1,8	1,8	1,8
	9,00	3	2,8	2,8	4,6
	10,00	7	6,4	6,4	11,0
	11,00	9	8,3	8,3	19,3
	12,00	75	68,8	68,8	88,1
	13,00	10	9,2	9,2	97,2
	15,00	3	2,8	2,8	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	88	80,7	80,7	80,7
	Rendah	21	19,3	19,3	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

### 11) Standar Operasional Prosedur

N	Valid	109
	Missing	24
Mean		5,7615
Std. Error of Mean		,09569
Median		6,0000
Mode		6,00
Std. Deviation		,99907
Variance		,998
Skewness		-1,091
Std. Error of Skewness		,231
Kurtosis		3,662
Std. Error of Kurtosis		,459
Range		6,00
Minimum		2,00
Maximum		8,00
Percentiles	75	6,0000

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	2	1,8	1,8	1,8
	3,00	1	,9	,9	2,8
	4,00	9	8,3	8,3	11,0
	5,00	12	11,0	11,0	22,0
	6,00	75	68,8	68,8	90,8
	7,00	5	4,6	4,6	95,4
	8,00	5	4,6	4,6	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

### SOP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	85	78,0	78,0	78,0
	Buruk	24	22,0	22,0	100,0
Total		109	100,0	100,0	

## 12) Tindakan Ashan Keperawatan

### Statistics

#### Tindakan Asuhan Keperawatan

N	Valid	109
	Missing	0
Mean		46,4404
Std. Error of Mean		,53113
Median		48,0000
Mode		52,00
Std. Deviation		5,54515
Variance		30,749
Skewness		-,626
Std. Error of Skewness		,231
Kurtosis		-,863
Std. Error of Kurtosis		,459
Range		19,00
Minimum		33,00
Maximum		52,00
Percentiles	50	48,0000
	75	52,0000

#### Tindakan Asuhan Keperawatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	33,00	1	,9	,9	,9
	35,00	2	1,8	1,8	2,8
	36,00	4	3,7	3,7	6,4
	37,00	2	1,8	1,8	8,3
	38,00	4	3,7	3,7	11,9
	39,00	7	6,4	6,4	18,3
	40,00	1	,9	,9	19,3
	41,00	3	2,8	2,8	22,0
	42,00	3	2,8	2,8	24,8
	43,00	1	,9	,9	25,7
	44,00	10	9,2	9,2	34,9
	45,00	9	8,3	8,3	43,1
	46,00	4	3,7	3,7	46,8
	47,00	2	1,8	1,8	48,6
	48,00	6	5,5	5,5	54,1
	49,00	2	1,8	1,8	56,0
	50,00	6	5,5	5,5	61,5
	51,00	9	8,3	8,3	69,7
	52,00	33	30,3	30,3	100,0
	Total		109	100,0	100,0

Cut off point 80%

**Tindakan Asuhan Keperawatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aman	85	78,0	78,0	78,0
	Tidak Aman	24	22,0	22,0	100,0
	Total	109	100,0	100,0	



Lampiran Analisis Bivariat

Hubungan Kualifikasi dengan Tindakan Asuhan Keperawatan

1) Pendidikan

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan * Tindakan Asuhan Keperawatan	109	100,0%	0	,0%	109	100,0%

Pendidikan \* Tindakan Asuhan Keperawatan Crosstabulation

			Tindakan Asuhan Keperawatan		Total
			Aman	Tidak Aman	
Pendidikan	Rendah	Count	10	2	12
		% within Pendidikan	83,3%	16,7%	100,0%
	Tinggi	Count	75	22	97
		% within Pendidikan	77,3%	22,7%	100,0%
Total		Count	85	24	109
		% within Pendidikan	78,0%	22,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,225 <sup>b</sup>	1	,635		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,011	1	,916		
Likelihood Ratio	,238	1	,625		
Fisher's Exact Test				1,000	,481
Linear-by-Linear Association	,223	1	,637		
N of Valid Cases	109				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,64.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan (Rendah / Tinggi)	1,467	,299	7,198
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Aman	1,078	,819	1,419
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Tidak Aman	,735	,197	2,744
N of Valid Cases	109		

## 2) Masa Kerja

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Masa Kerja * Tindakan Asuhan Keperawatan	109	100,0%	0	,0%	109	100,0%

### Masa Kerja \* Tindakan Asuhan Keperawatan Crosstabulation

			Tindakan Asuhan Keperawatan		Total
			Aman	Tidak Aman	
Masa Kerja	Tinggi	Count	55	6	61
		% within Masa Kerja	90,2%	9,8%	100,0%
	Rendah	Count	30	18	48
		% within Masa Kerja	62,5%	37,5%	100,0%
Total		Count	85	24	109
		% within Masa Kerja	78,0%	22,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,973 <sup>b</sup>	1	,001		
Continuity Correction <sup>a</sup>	10,416	1	,001		
Likelihood Ratio	12,188	1	,000		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	11,863	1	,001		
N of Valid Cases	109				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,57.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Masa Kerja (Tinggi / Rendah)	5,500	1,972	15,336
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Aman	1,443	1,141	1,823
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Tidak Aman	,262	,113	,609
N of Valid Cases	109		

### 3) Waktu Kerja

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Waktu Kerja * Tindakan Asuhan Keperawatan	109	82,0%	24	18,0%	133	100,0%

#### Waktu Kerja \* Tindakan Asuhan Keperawatan Crosstabulation

			Tindakan Asuhan Keperawatan		Total
			Aman	Tidak Aman	
Waktu Kerja	Fleksibel	Count	47	10	57
		% within Waktu Kerja	82,5%	17,5%	100,0%
	Tidak Fleksibel	Count	38	14	52
		% within Waktu Kerja	73,1%	26,9%	100,0%
Total		Count	85	24	109
		% within Waktu Kerja	78,0%	22,0%	100,0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,393(b)	1	,238		
Continuity Correction(a)	,900	1	,343		
Likelihood Ratio	1,395	1	,238		
Fisher's Exact Test				,257	,171
Linear-by-Linear Association	1,380	1	,240		
N of Valid Cases	109				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,45.

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Waktu Kerja (Fleksibel / Tidak Fleksibel)	1,732	,692	4,333
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Aman	1,128	,920	1,383
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Tidak Aman	,652	,317	1,338
N of Valid Cases	109		

#### 4) Rekan Kerja

##### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Rekan Kerja * Tindakan Asuhan Keperawatan	109	82,0%	24	18,0%	133	100,0%

##### Rekan Kerja \* Tindakan Asuhan Keperawatan Crosstabulation

			Tindakan Asuhan Keperawatan		Total
			Aman	Tidak Aman	
Rekan Kerja	Menyenangkan	Count	69	21	90
		% within Rekan Kerja	76,7%	23,3%	100,0%
	Tidak Menyenangkan	Count	16	3	19
		% within Rekan Kerja	84,2%	15,8%	100,0%
Total		Count	85	24	109
		% within Rekan Kerja	78,0%	22,0%	100,0%

##### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,520 <sup>b</sup>	1	,471		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,173	1	,677		
Likelihood Ratio	,553	1	,457		
Fisher's Exact Test				,559	,351
Linear-by-Linear Association	,515	1	,473		
N of Valid Cases	109				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,18.

##### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Rekan Kerja (Menyenangkan / Tidak Menyenangkan)	,616	,164	2,321
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Aman	,910	,727	1,141
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Tidak Aman	1,478	,490	4,457
N of Valid Cases	109		

## 5) Kondisi Kerja

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kondisi Kerja * Tindakan Asuhan Keperawatan	109	100,0%	0	,0%	109	100,0%

### Kondisi Kerja \* Tindakan Asuhan Keperawatan Crosstabulation

			Tindakan Asuhan Keperawatan		Total
			Aman	Tidak Aman	
Kondisi Kerja	1,00	Count	50	20	70
		% within Kondisi Kerja	71,4%	28,6%	100,0%
	2,00	Count	35	4	39
		% within Kondisi Kerja	89,7%	10,3%	100,0%
Total		Count	85	24	109
		% within Kondisi Kerja	78,0%	22,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,893 <sup>b</sup>	1	,027		
Continuity Correction <sup>a</sup>	3,884	1	,049		
Likelihood Ratio	5,366	1	,021		
Fisher's Exact Test				,031	,021
Linear-by-Linear Association	4,848	1	,028		
N of Valid Cases	109				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,59.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kondisi Kerja (1,00 / 2,00)	,286	,090	,909
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Aman	,796	,663	,955
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Tidak Aman	2,786	1,025	7,569
N of Valid Cases	109		

## 6) Supervisi

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Supervisi * Tindakan Asuhan Keperawatan	109	82,0%	24	18,0%	133	100,0%

### Supervisi \* Tindakan Asuhan Keperawatan Crosstabulation

			Tindakan Asuhan Keperawatan		Total
			Aman	Tidak Aman	
Supervisi	Tinggi	Count	70	18	88
		% within Supervisi	79,5%	20,5%	100,0%
	Rendah	Count	15	6	21
		% within Supervisi	71,4%	28,6%	100,0%
Total		Count	85	24	109
		% within Supervisi	78,0%	22,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,651 <sup>b</sup>	1	,420		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,264	1	,608		
Likelihood Ratio	,621	1	,431		
Fisher's Exact Test				,398	,295
Linear-by-Linear Association	,645	1	,422		
N of Valid Cases	109				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,62.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Supervisi (Tinggi / Rendah)	1,556	,529	4,577
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Aman	1,114	,833	1,489
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Tidak Aman	,716	,324	1,580
N of Valid Cases	109		

## 7) SOP

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SOP * Tindakan Asuhan Keperawatan	109	82,0%	24	18,0%	133	100,0%

### SOP \* Tindakan Asuhan Keperawatan Crosstabulation

			Tindakan Asuhan Keperawatan		Total
			Aman	Tidak Aman	
SOP	Baik	Count	68	17	85
		% within SOP	80,0%	20,0%	100,0%
	Buruk	Count	17	7	24
		% within SOP	70,8%	29,2%	100,0%
Total		Count	85	24	109
		% within SOP	78,0%	22,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,916 <sup>b</sup>	1	,339		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,460	1	,498		
Likelihood Ratio	,874	1	,350		
Fisher's Exact Test				,404	,244
Linear-by-Linear Association	,908	1	,341		
N of Valid Cases	109				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,28.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for SOP (Baik / Buruk)	1,647	,589	4,605
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Aman	1,129	,855	1,491
For cohort Tindakan Asuhan Keperawatan = Tidak Aman	,686	,322	1,458
N of Valid Cases	109		

**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 9356/H2.F10/PPM.00.00/2011  
Lamp. : ---  
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

26 Oktober 2011

Kepada Yth.  
**Kapala**  
**RS. Bhayangkara**  
**Tingkat I Raden Said Sukanto**  
Jl. Raya Bogor, Kramatjati  
Jakarta Timur

Sehubungan dengan penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami:

Nama : Rindia Permatasari  
NPM : 0706273884  
Thn. Angkatan : 2007/2008  
Peminatan : Manajemen Rumah Sakit

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, "*Analisis Asuhan Keperawatan Dalam Upaya Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara RS. Soekanto Polri Tahun 2011*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dinomor telp. (021) 7864974.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

Dekan FKM UI  
Dekan,  
  
**Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH**  
**NIP: 19720825 199702 1 002**

**Tembusan:**

- Pembimbing skripsi
- Arsip



PUSAT KEDOKTERAN DAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK. I R. SAID SUKANTO  
Jalan Raya Bogor Kramat Jati Jakarta Timur 13510

Jakarta, 2 Nopember 2011

Nomor : BI/10721XII/2011/RS.BHAY.TK.I  
Klasifikasi : BIASA  
Lampiran : -  
Perihal : Jawaban Izin Penelitian dan  
Menggunakan Data

Kepada

Yth. WAKIL DEKAN FKM UI

di

Jakarta

- Rujukan:
  - Surat Wakil Dekan FKM UI Nomor: 9356/H2.F10/PPM.00.00/2011 tanggal 26 Oktober 2011 perihal permohonan izin penelitian dan menggunakan data;
  - Disposisi Karumkit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Nomor Agenda: B/2830/X/2011/Rs.Bhay.Tk.I tanggal 27 Oktober 2011 perihal tindak lanjut ijin penelitian dan menggunakan data.
- Sehubungan dengan hal tersebut di atas, pihak Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto memberikan ijin penelitian dan menggunakan data di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto pada bulan Nopember sd selesai kepada:

Nama : Rindia Permatasari  
NIM : 0706273884  
Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat  
Institusi : FKM Universitas Indonesia  
Judul : Analisis Asuhan Keperawatan Dalam Upaya Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk I R. Said Sukanto tahun 2011
- Terkait poin 1 dan 2 di atas, Mahasiswa wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Subbag Diklit Rumkit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto.
- Demikian untuk menjadi maklum.

a.n. KARUMKIT BHAYANGKARA TK. I R. SAID SUKANTO  
KEPALA BAGIAN PEMBINAAN FUNGSIONAL



Dr. DJOKO ISMOYO  
KOMBES POL. NRP 54020245

Tembusan:

Karumkit Bhayangkara Tk. I

RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.I R.SAID SUKANTO  
BAGIAN PEMBINAAN FUNGSIONAL

**NOTA – DINAS**

Nomor: B/ ND - 214 / XI /2011/ Binfung

Kepada : Kasubbid Yanwat  
AKBP. Ni Luh Putu Martini, S.Kep

Dari : Kabag Binfung

Perihal : Izin pembimbing penelitian

1. Rujukan:

- a. Surat Wakil Dekan FKM UI Nomor: 9356/H2.F10/PPM.00.00/2011 tanggal 26 Oktober 2011 perihal permohonan izin penelitian dan menggunakan data;
- b. Disposisi Karumkit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Nomor Agenda:B/2830/X/2011/Rs.Bhay.Tk.I tanggal 27 Oktober 2011 perihal tindak lanjut ijin penelitian dan menggunakan data.

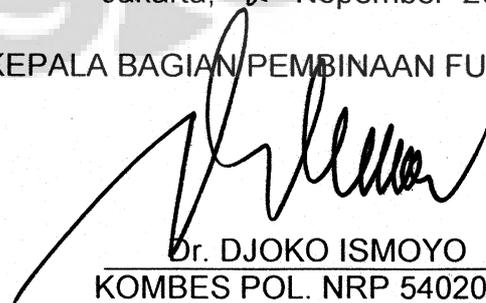
2. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, diharap kesedian Ka memberikan bimbingan penelitian kepada mahasiswa S1 Kesehatan Masyarakat :

Nama : Rindia Permatasari  
NIM : 0706273884  
Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat  
Institusi : FKM Universitas Indonesia  
Judul : Analisis Asuhan Keperawatan Dalam Upaya Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk I R.Said Sukanto tahun 2011

3. Demikian untuk menjadi maklum.

Jakarta, 2 Nopember 2011

KEPALA BAGIAN PEMBINAAN FUNGSIONAL



Dr. DJOKO ISMOYO  
KOMBES POL. NRP 54020246

NOTA - DINAS

Nomor: B/ND - 213 / XI / 2011 / Binfung

Kepada : Yth. 1. Kasubbid Yanwat  
2. Ka Inst Rawat Inap A  
3. Ka Inst Rawat Inap B  
4. Ka Inst Rawat Inap C

Dari : Kabag Binfung

Perihal : Izin penelitian dan menggunakan data

1. Rujukan:

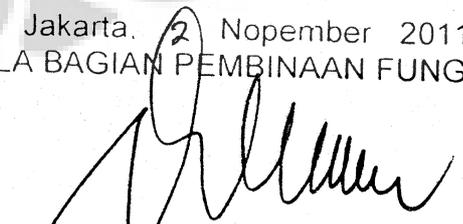
- a. Surat Wakil Dekan FKM UI Nomor: 9356/H2.F10/PPM.00.00/2011 tanggal 26 Oktober 2011 perihal permohonan izin penelitian dan menggunakan data;
- b. Disposisi Karumkit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Nomor Agenda: B/2830/X/2011/Rs.Bhay.Tk.I tanggal 27 Oktober 2011 perihal tindak lanjut ijin penelitian dan menggunakan data.

2. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, diharap kesedian Ka memberikan ijin penelitian dan menggunakan data kepada mahasiswa S1 Kesehatan Masyarakat :

Nama : Rindia Permatasari  
NIM : 0706273884  
Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat  
Institusi : FKM Universitas Indonesia  
Judul : Analisis Asuhan Keperawatan Dalam Upaya Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tk I R.Said Sukanto tahun 2011  
Pembimbing : AKBP. Ni Luh Putu Martini, S.Kep

3. Demikian untuk menjadi maklum.

Jakarta, 2 Nopember 2011  
KEPALA BAGIAN PEMBINAAN FUNGSIONAL

  
Dr. DJOKO ISMOYO  
KOMBES POL. NRP 54020246