



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN, SIKAP
DAN KUALITAS KEHIDUPAN KERJA
DENGAN KINERJA PERAWAT
DALAM PENERAPAN SISTEM KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT XY TAHUN 2011**

TESIS

TEGUH KUNCORO

1006799975

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK
MEI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN, SIKAP
DAN KUALITAS KUALITAS KEHIDUPAN KERJA
DENGAN KINERJA PERAWAT
DALAM PENERAPAN SISTEM KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT XY TAHUN 2011**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit**

Teguh Kuncoro

1006799975

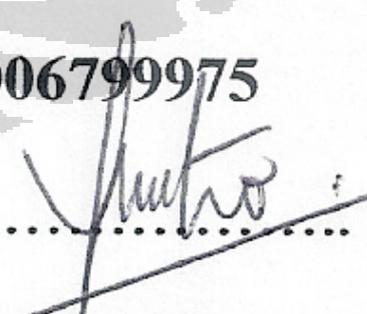
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK
MEI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Teguh Kuncoro

NPM : 1006799975

Tanda tangan: 

Tanggal : 2 Mei 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Teguh Kuncoro
NPM. : 1006799975
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit.
Judul Tesis : Hubungan antara Pengetahuan, Sikap dan Kualitas Kehidupan Kerja dengan Kinerja Perawat dalam Penerapan Sistem Keselamatan Pasien di Rumah Sakit XY Tahun 2011.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS (.....)
Penguji : Prof. Amal C. Sjaaf, dr, SKM. Dr.PH (.....)
Penguji : Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD (.....)
Penguji : Dr. Budi Hartono, SE, MARS (.....)
Penguji : Amila Megraini, SE, MBA (.....)

Ditetapkan di : Depok.
Tanggal : 2 Mei 2012

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, Saya :

Nama : Teguh Kuncoro

NPM : 1006799975

Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan

Tahun Akademik : 2010-2012

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

Hubungan antara Pengetahuan, Sikap dan Kualitas Kehidupan Kerja dengan Kinerja Perawat dalam Penerapan Sistem Keselamatan Pasien di Rumah Sakit XY Tahun 2011.

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 2 Mei 2012



(Teguh Kuncoro)

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Teguh Kuncoro
NPM. : 1006799975
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit.
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.
Fakultas : Kesehatan Masyarakat.
Jenis Karya : Tesis.

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak bebas Royalti Non eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya berjudul: Hubungan antara Pengetahuan, Sikap dan Kualitas Kehidupan Kerja dengan Kinerja Perawat Dalam Penerapan Sistem Keselamatan Pasien di Rumah Sakit XY Tahun 2011.

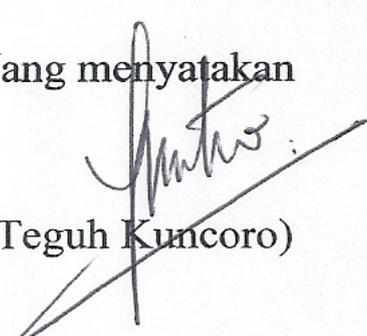
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Indonesia bebas menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya ini selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal: 2 Mei 2012

Yang menyatakan


(Teguh Kuncoro)

**UNIVERSITAS INDONESIA
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT.**

Tesis, 2 Mei 2012
Teguh Kuncoro

Hubungan antara Pengetahuan, Sikap dan Kualitas Kehidupan Kerja dengan Kinerja Perawat dalam Penerapan Sistem Keselamatan Pasien di Rumah Sakit XY Tahun 2011.

Abstrak.

Keselamatan pasien rumah sakit adalah sistem rumah sakit untuk membuat asuhan pasien lebih aman. Aman dari kemungkinan terjadinya risiko Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Keselamatan pasien merupakan bagian dari manajemen risiko klinis rumah sakit. Salah satu tujuan terpenting implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit adalah mencegah dan mengurangi risiko terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) terkait dengan proses pelayanan kesehatan. Sistem keselamatan pasien rumah sakit di Indonesia masih menghadapi permasalahan dalam implementasinya. Materi sistem keselamatan pasien rumah sakit dalam penerapannya di rumah sakit mengacu pada panduan nasional sistem keselamatan pasien, pedoman pelaporan IKP dan materi *Joint Commission International* (JCI) yang meliputi *International Patient Safety Goals* (IPSG) 1 sampai dengan 6.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan *cross sectional* bertujuan untuk mengetahui bagaimana gambaran pengetahuan, sikap, kualitas kehidupan kerja dan kinerja perawat dalam penerapan sistem keselamatan pasien di rumah sakit berkaitan materi tersebut serta apakah ada hubungan di antara variabel-variabel tersebut. Perawat menjadi subyek penelitian berkaitan dengan proses pelayanan kesehatan kepada pasien di rumah sakit.

Hasil penelitian dari 57 responden perawat tentang materi sistem keselamatan pasien menunjukkan nilai pengetahuan subyek klasifikasi baik lebih banyak dibanding klasifikasi kurang, demikian pula sikap perawat menunjukkan klasifikasi baik lebih banyak dibanding klasifikasi kurang, tetapi kualitas kehidupan kerja menunjukkan nilai hampir sama antara klasifikasi baik dengan klasifikasi kurang. Kinerja perawat menunjukkan klasifikasi baik jauh lebih banyak dibanding klasifikasi kurang. Hasil uji statistik dengan *Chi-Square Test* menunjukkan tidak ada korelasi secara signifikan antara pengetahuan, sikap dan kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat dalam penerapan Sistem Keselamatan Pasien (SKP) di rumah sakit XY tahun 2011. Dengan uji *Fisher Exact Test* menunjukkan ada korelasi secara signifikan antara komponen partisipasi dengan kinerja perawat. Direkomendasikan untuk meningkatkan kualitas kehidupan kerja rumah sakit XY dengan memperbaiki cara-cara penyelesaian masalah dengan tidak menyalahkan dan menghukum.

Kata kunci:

Pengetahuan, Sikap, Kualitas Kehidupan Kerja, Kinerja, Keselamatan Pasien
Daftar Pustaka: 47 (1994-2011)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
STUDY OF HOSPITAL ADMINISTRATION
FACULTY OF PUBLIC HEALTH.**

Thesis, May 2 2012

The relationship between of knowledge, attitude and quality of work life with work performance in the implementation of the system of safety nursing of patients in XY hospital 2011

Teguh Kuncoro.

Abstract.

Patient Safety is a system whereby the hospital made a patient's safer. The safety is in the firm of occurrence patient safety incidents (IKP). Patient Safety can be defined as prevention and amelioration of adverse outcomes or injuries stemming of the health care process in hospital. Patient Safety is a part of clinical risk management hospital. One of the most important purpose the implementation of hospital patient safety system is to prevent and reduce of the risk of the occurrence of unexpected events (KTD) associated eith the healthcare process. Patient safety system of hospital in Indonesia still faces problem and implementation substantial system of hospital patient safety in its application in the hospital referring to national patient safety guidance system, reporting guidelines IKP and substantial Joint Commission International (JCI) which includes the International patients Safety Goals (IPSG) 1 to 6.

This research using quantitative approach with cross sectional design aims to know how crosssectional picture of the knowledge, attitude, quality of work life and work performance of the nurse in the application system patient safety related substantial materials. The nurses is a subject the research related to an identify whether any relationship among variables health service to the patient in the hospital.

The results of 57 respondents about nurse patient safety system substantial showed the value of knowledge and attitude of a better classification is more than a less classification, however the quality of work life showed that a better classification remains somewhat similiar to a less classification. Work performance of nurses demonstrating well classification is much more on appeal the less classification. The statistical test results with Chi-square test shows there are no significant correlation among knowledge, attitude and quality of work life with the work performance in the implementation of the system of nursing patient safety (SKP) in XY private hospital in 2011. Using Fisher exact test indicate that there is a significant correlation among variables of participations with work performance of a nurse. Recommended for develop of quality of work life of the XY hospital with improve problem solving and no blaming culture.

Key words:

Knowledge, Attitude, Quality Of Work Life, Work Performance, Patient Safety.

Billiography: 47 (1994 -2011) viii

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GRAFIK.....	x
1. PENDAHULUAN.	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	6
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	7
1.4. Tujuan Penelitian	8
1.5. Manfaat Penelitian	8
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	9
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Sistem Keselamatan Pasien.....	12
2.1.1. Pengertian.....	12
2.1.2. Fakta Permasalahan Keselamatan Pasien secara Global.....	13
2.1.3. Tujuan Sistem Keselamatan Pasien.....	17
2.1.4. Insiden Keselamatan Pasien (IKP).....	17
2.1.5. Landasan Legalitas Implementasi Sistem Keselamatan Pasien ...	20
2.1.6. Materi Sistem Keselamatan Pasien dalam UU No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.....	22
2.1.7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1691 Agustus 2011	25
2.2. Kualitas Kehidupan Kerja (<i>Quality of Work Life/ QWL</i>).....	25
2.2.1. Latar belakang	25
2.2.2. Definisi	27
2.2.3. Komponen Kualitas Kehidupan Kerja.....	27
2.2.4. Manfaat Kualitas Kehidupan Kerja	30
2.3. Kinerja Sumber Daya Manusia (SDM)	
2.3.1. Pengertian Kinerja.....	32
2.3.2. Evaluasi Kinerja	34
2.3.3. Parameter Evaluasi Kinerja SDM	35

3. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT PRIVAT	
3.1. Sejarah Umum Rumah Sakit.....	38
3.2. Falsafah, Motto, Visi dan Misi Rumah Sakit.....	38
3.3. Struktur Organisasi Rumah Sakit.....	38
3.4. Sumber Daya Manusia Rumah Sakit.....	39
3.5. Kinerja Rumah Sakit.....	40
4. KERANGKA KONSEP	
4.1. Kerangka Teori.....	42
4.2. Kerangka Konsep.....	47
4.3. Hipotesis.....	50
4.4. Definisi Operasional.....	50
5. METODOLOGI PENELITIAN	
5.1. Jenis Penelitian.....	57
5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	57
5.3. Populasi dan Sampel Penelitian.....	57
5.3.1. Penentuan Besarnya Sampel.....	58
5.3.2. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	58
5.4. Pengumpulan Data.....	59
5.4.1. Sumber Data.....	59
5.4.2. Instrumentasi Penelitian.....	59
5.4.3. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	65
5.4.4. Cara pengumpulan Data.....	67
5.5. Pengolahan dan Analisis Data.....	68
5.5.1. Pengolahan Data.....	68
5.5.2. Analisis Data.....	68
6. HASIL PENELITIAN	
6.1. Analisis Univariat.....	71
6.1.1. Gambaran umum Responden menurut Umur, Pendidikan dan Lama Bekerja.....	71
6.1.2. Distribusi Responden menurut Pengetahuan.....	76
6.1.3. Distribusi Responden menurut Sikap.....	82
6.1.4. Distribusi Responden menurut Kualitas Kehidupan Kerja.....	86
6.1.5. Distribusi Responden menurut Kinerja.....	92
6.2. Analisis Bivariat.....	93
6.2.1. Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Kualitas Kehidupan Kerja dengan Kinerja dalam Skala Numerik.....	93
6.2.2. Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Kualitas Kehidupan Kerja beserta Komponennya dengan Klasifikasi Kinerja.....	93

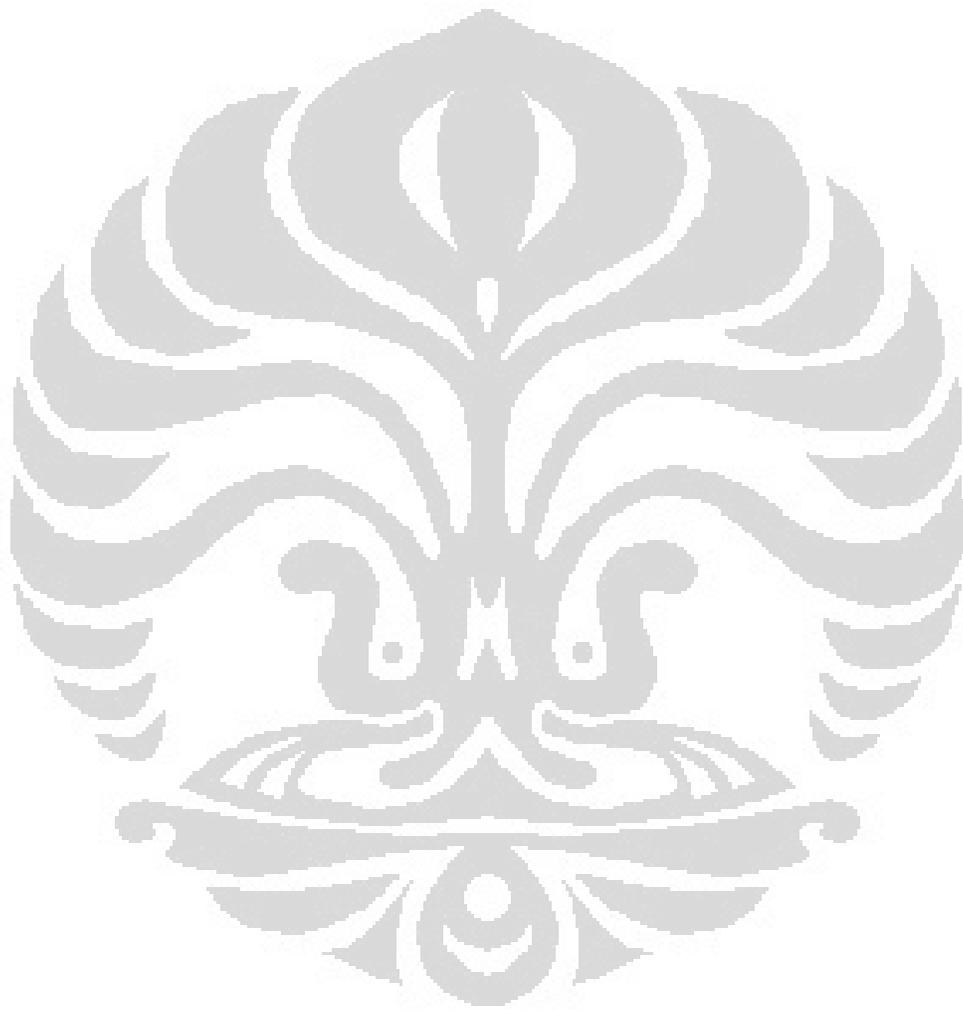
7. PEMBAHASAN	
7.1. Keterbatasan Penelitian.....	95
7.2. Pembahasan Hasil Penelitian	95
7.1.1. Materi Sistem Keselamatan Pasien.....	95
7.1.2. Gambaran Pengetahuan Perawat terhadap Materi Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	97
7.1.3. Gambaran Sikap Perawat terhadap Materi Keselamatan Pasien Rumah Sakit	100
7.1.4. Gambaran Kualitas Kehidupan Kerja Rumah Sakit menurut Penilaian Perawat berkaitan dengan Sistem Keselamatan Pasien Rumah sakit	103
7.1.5. Gambaran Kinerja Perawat menurut Penilaian Atasan Langsung di Rumah Sakit berkaitan dengan Penerapan Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	104
7.3. Analisis Bivariat.....	107
7.3.1. Hubungan antara Pengetahuan dengan Kinerja Perawat	107
7.3.2. Hubungan antara Sikap dengan Kinerja Perawat.....	109
7.3.3. Hubungan antara Kualitas Kehidupan Kerja dengan Kinerja Perawat.....	112
8. KESIMPULAN DAN SARAN	
8.1. Kesimpulan	114
8.2. Saran	115
DAFTAR REFERENSI	117

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Kuesioner 1-Kuesioner Penelitian Untuk Uji Validitas dan Reliabilitas

Lampiran 2: Kuesioner 2- Kuesioner Penelitian

Lampiran 3: Struktur Organisasi Rumah Sakit XY



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Faktor Kontributor, Komponen dan Subkomponen IKP
Tabel 3.1	Kualifikasi dan Jumlah Ketenagaan SDM Rumah sakit
Tabel 3.2	Jumlah Tempat Tidur Menurut Kelas Perawatan
Tabel 3.3	Jenis Pelayanan Rumah Sakit
Tabel 5.2	<i>Blue Print</i> Kuesioner Pengetahuan Perawat
Tabel 5.3	<i>Blue Print</i> Kuesioner Sikap Perawat
Tabel 5.4	<i>Blue Print</i> Kuesioner Kualitas Kehidupan Kerja
Tabel 5.5	<i>Blue Print</i> Kuesioner Kinerja Perawat.
Tabel 5.6	Tabel Kierjcie dan Morgan untuk Menentukan Besar Sampel
Tabel 6.1	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Pengetahuan
Tabel 6.2.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Sikap
Tabel 6.3	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Kualitas Kehidupan Kerja
Tabel 6.4	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Kinerja
Tabel 6.5	Karakteristik Subyek Berdasar Pendidikan, Pelatihan dan Unit Kerja
Tabel 6.6	Karakteristik Subyek Berdasar Usia dan Lama Kerja.
Tabel 6.7	Hasil Skor Masing-masing Pertanyaan Pengetahuan
Tabel 6.8	Hasil Skor Masing-masing Pernyataan Sikap
Tabel 6.9	Hasil Skor Masing-masing Pernyataan Kualitas Kehidupan Kerja
Tabel 6.10	Hasil Skor Masing-masing Pernyataan Kinerja
Tabel 6.11	Rerata Pengetahuan dalam Absolut dan Persentase
Tabel 6.12	Rerata Sikap dalam Absolut dan Persentase
Tabel 6.13	Rerata Kualitas Kehidupan Kerja Dalam Absolut dan Persentase

- Tabel 6.14 Rerata Kinerja dalam Absolut dan Persentase
- Tabel 6.15 Rerata Total Pengetahuan, Sikap, Kualitas Kehidupan Kerja dan Kinerja Dalam Absolut dan Persentase
- Tabel 6.16 Klasifikasi Pengetahuan Sikap, Kualitas Kehidupan Kerja dan Kinerja
- Tabel 6.17 Korelasi Pengetahuan, Sikap dan Kualitas Kehidupan Kerja Dengan Kinerja
- Tabel 6.18 Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Kualitas Kehidupan Kerja dengan Kinerja
- Tabel 7.1. Distribusi Subyek Berdasar Pendidikan dan Pelatihan.
- Tabel 7.2. Distribusi Subyek Berdasar Unit Tempat Bekerja.
- Tabel 7.3. Distribusi Subyek Berdasar Lama Bekerja dan Usia.
- Tabel 7.4 Distribusi Skor Tiap Pernyataan Pengetahuan.
- Tabel 7.5 Distribusi Skor Tiap Pernyataan Sikap.
- Tabel 7.6 Ditribusi Skor Tiap Pernyataan Kualitas Kehidupan Kerja
- Tabel 7.7 Distribusiskor Tiap Pernyataan Kinerja
- Tabel 7.8 Distribusi Nilai Subyek untuk Variabel Total Pengetahuan, Sikap, Kualitas Kehidupan Kerja Dan Kinerja
- Tabel 7.9 Distribusi Nilai Subyek untuk Variabel Pengetahuan Dalam Absolut dan Persentase
- Table 7. 10 Distribusi Nilai Subyek untuk Variabel Sikap Dalam Absolute dan Persentase
- Tabel 7.11 Distribusi Nilai Subyek untuk Variabel Kualitas Kehidupan Kerja Dalam Absolute dan Persentase
- Tabel 7. 12 Distribusi NilaiSubyek untuk Variabel Kinerja Dalam Absolut dan Persentase
- Tabel 7.13 Klasifikasi Pengetahuan, Sikap, Kualitas Kehidupan Kerja dan Kinerja.

- Tabel 7.14 Uji Normalitas Total Pengetahuan, Total Sikap, Total Kualitas Kehidupan Kerja dan Kinerja
- Tabel 7.15 Korelasi Total Pengetahuan, Total Sikap, Total Kualitas Kehidupan Kerja dan Komponennya, dan Total Kinerja.
- Tabel 7.16 Hubungan Klasifikasi Pengetahuan, Total Sikap, Total Kualitas Kehidupan Kerja, Komponennya dan Total Kinerja
- Tabel 7.17 Klasifikasi Pengetahuan * Klasifikasi Kinerja
- Tabel 7.18 Klasifikasi Sikap * Klasifikasi Kinerja
- Tabel 7.19 Klasifikasi Kualitas Kehidupan Kerja * Klasifikasi Kinerja
- Tabel 7.20a Klasifikasi Partisipasi * Klasifikasi Kinerja
- Tabel 7.20b Klasifikasi Rasa Aman * Klasifikasi Kinerja
- Tabel 7.20c Klasifikasi Keselamatan * Klasifikasi Kinerja
- Tabel 7.20d Klasifikasi Penyelesaian Masalah * Klasifikasi Kinerja
- Tabel 7.20e Klasifikasi Komunikasi * Klasifikasi Kinerja.



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Salah satu tujuan penting dari penerapan sistem keselamatan pasien di rumah sakit adalah mencegah dan mengurangi terjadinya Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dalam pelayanan kesehatan. IKP adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien yang seharusnya tidak terjadi. IKP ini meliputi Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Potensial Cedera (KPC) dan Kejadian Sentinel (KKP-RS, 2007). Angka pasti tentang IKP di Indonesia sulit diperoleh.

Dalam faktanya, IKP selalu saja terjadi dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Cukup banyak faktor yang berperan dalam terjadinya IKP ini. Ada dua model yang dapat menjelaskan terjadinya IKP ini yaitu:

1. *The Swiss Cheese Model* (karya James Reason, David D. Woods dan Richard Cook, 1990), yang menjelaskan adanya lapisan multipel yang dapat berfungsi sebagai “*barrier*” atau pertahanan mencegah terjadinya *error*. *Error* terjadi karena adanya “*defect*” atau lubang seluruh lapisan *barrier* yang ada tertembus. Apabila salah satu lapisan berlubang masih ada *barrier* lapisan berikutnya yang dapat mencegah *error* tersebut berlanjut.
2. *Blunt End/Sharp End Model*
Teori ini menjelaskan adanya ujung tajam sebagai penyebab langsung *error*, biasanya petugas di garis depan (*active error*) dan ujung tumpul sebagai penyebab tidak langsung (*latent error/failures*) terjadinya IKP, (Murphy, 2009).

Dalam kenyataannya masalah *medical error* dalam sistem pelayanan kesehatan mencerminkan fenomena gunung es, karena yang terdeteksi umumnya adalah *adverse event* yang ditemukan secara kebetulan saja. Sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau justru luput dari perhatian kita semua, (Dwiprahasto, 2008). Dikaitkan dengan teori-teori yang menjelaskan terjadinya IKP cukup banyak aspek yang harus diperhatikan dalam implementasi

sistim keselamatan pasien di Indonesia. Oleh karena dalam implementasinya jelas tidak bisa dilepaskan dari ada tidaknya upaya intervensi pada ujung tumpul dan *latent error* atau ujung tajam dan aktif *error* tersebut. Salah satu prinsip yang direkomendasikan *International Of Medicine (IOM)* dalam laporannya *To Err Is Human (2000)* untuk implementasi keselamatan pasien di rumah sakit adalah mendesain pekerjaan dengan memperhatikan faktor manusia. Ini berarti dalam penataannya memperhitungkan jam kerja, beban kerja, *staffing* rasio, dan *shift* dengan memperhatikan faktor kelelahan, siklus tidur dan lain-lain. Mendesain pekerjaan untuk keselamatan juga termasuk melakukan *training*, menugasi orang tertentu untuk pekerjaan spesifik, dan mengantisipasi bila karyawan yang tidak masuk kerja/ berhenti bertugas, (Hamdani, 2007). Jelas bahwa harus ada upaya pengaturan yang khusus berkaitan dengan *human factor* dalam penerapan sistem keselamatan pasien rumah sakit.

Lebih lanjut ditegaskan bahwa dalam penerapan sistim keselamatan pasien rumah sakit tidak boleh terfokus pada sistem mikro, tetapi harus terintegrasi dalam sistem mikro ke sistem makro (organisasi dan lingkungan) dalam bentuk adanya dukungan sistem dan kebijakan/strategi, sehingga akan ada penyusunan kebijakan dan infra-struktur pada level institusi dan adanya sikap profesional dan fokus kepada pasien pada level individu/tenaga kesehatan, (Uyainah, 2006). Ada dua aspek yang menjadi fokus dalam penerapan sistim keselamatan pasien rumah sakit yaitu dukungan sistem dan SDM (sumber daya manusia) tenaga kesehatan sebagai pelaksana pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dukungan sistim dapat berasal dari organisasi maupun lingkungan kerja.

Rumah sakit sebagai organisasi sistim pelayanan kesehatan mempunyai elemen-elemen yang saling interaksi dan interdependesi yang kuat. Elemen SDM dalam organisasi pelayanan kesehatan mempunyai peran sentral dalam orientasi pencapaian tujuan organisasi. Manajemen SDM sangatlah penting, sebab organisasi/perusahaan yang mengimplementasikannya secara sungguh-sungguh, baik dan benar, ternyata telah berhasil mewujudkan eksistensinya secara kompetitif dan mencapai sukses seperti yang diinginkan, (Nawawi, 2008)

Universitas Indonesia

Perawat sebagai salah satu komponen SDM dalam sistem pelayanan kesehatan rumah sakit sebagai ‘ujung tajam’ oleh karena bertugas langsung di garis depan dan mempunyai lebih banyak waktu berhadapan dengan pasien, tanpa mengabaikan peran tenaga kesehatan lainnya, mutu pelayanan rumah sakit menurut hemat penulis sebagian juga ditentukan kontribusi peran perawat. Mutu pelayanan rumah sakit sebagai kompleksitas sistem tersendiri menarik untuk dikaji. Dimensi mutu pelayanan rumah sakit yang luas dapat berubah sebagai dinamisasi dan adaptasi perkembangan waktu dan tuntutan pasien. Akhir-akhir ini mutu pelayanan yang berorientasi kepada keselamatan pasien menjadi lebih menonjol, (Dwiprahasto, 2008)

Dukungan sistem dalam implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit secara nasional, salah satunya dalam bentuk dikeluarkan buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2006. Dalam Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) tersebut memuat dua hal pokok yaitu: Standar Keselamatan Pasien dan Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Kemudian dalam perjalanan berikutnya makin disadari pentingnya implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit ini diwujudkan dalam bentuk masuknya substansi keselamatan pasien dalam instrumen akreditasi versi 2007 dan UU No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Dalam UU no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, materi Sistem Keselamatan Pasien mendapat porsi dan posisi cukup penting, antara lain dalam Bab II Asas dan Tujuan Penyelenggaraan Rumah Sakit. Pasal 2, Pasal 3 butir b. dan pasal 13 ayat (3). Materi lebih khusus tentang Keselamatan Pasien tercantum dalam bagian Kelima pasal 43 yang terdiri atas 5 ayat. Dengan masuknya materi sistem keselamatan pasien di dalam undang-undang, maka implementasi sistem keselamatan pasien di rumah sakit di Indonesia diharapkan menjadi lebih kuat dan lebih meluas.

Aspek SDM dalam implementasi sistem keselamatan pasien mempunyai peran sangat penting. Sebenarnya, tidak satupun petugas kesehatan di rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien mempunyai niat mencederai pasiennya.

Universitas Indonesia

Sejak sumpah Hipokrates, di dalam pendidikan dan sampai menjalani tugasnya tidak satupun ada anjuran untuk menciderai pasiennya. Namun dalam faktanya selalu saja terjadi kasus-kasus Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), KNC, KPC dan/Kejadian Sentinel dalam proses asuhan pelayanan medis maupun asuhan pelayanan keperawatan, dari yang ringan sampai yang berat. Dari segi kompetensi, petugas kesehatan telah memenuhinya dengan menempuh pendidikan sesuai profesinya dan dibuktikan dengan sertifikat kompetensinya.

Ada aspek-aspek lain yang harus di bangun dalam implementasi sistim keselamatan pasien rumah sakit. Aspek-aspek tersebut adalah pengetahuan, sikap dan kinerja petugas kesehatan terhadap sistim keselamatan pasien. Oleh karena aspek-aspek ini ikut berpengaruh dalam penerapan sistim keselamatan pasien.

Implementasi sistim keselamatan pasien di rumah sakit jelas tidak boleh hanya fokus kepada *level* individu, yakni petugas pelaksana pelayanan kesehatan, tetapi juga harus ada dukungan sistim atau organisasi. Dukungan dari organisasi yang telah diketahui mempunyai dampak meningkatkan kinerja individu dalam lingkungan organisasi adalah kualitas kehidupan kerja.

Kualitas Kehidupan kerja (*Quality of Work Life/QWL*) pada awalnya diartikan sebagai teknik manajemen yang mencakup gugus kendali mutu,perkayaan pekerjaan, suatu pendekatan untuk bernegosiasi dengan serikat pekerja. Sebagai upaya manajemen untuk memelihara kebugaran mental para karyawan/pegawai, membina hubungan yang serasi, manajemen yang berpartisipasi dan salah satu bentuk intervensi dalam pengembangan operasional French et al, (1990) dalam Noor Arifin (1999). Kualitas kehidupan kerja didefinisikan sebagai keseimbangan antara keinginan atau minat pekerja dengan tanggung jawab sosial perusahaan/ organisasi (Robbins, Johnson, 1999)

Pendapat Robbins menyiratkan makna bahwa kualitas kehidupan kerja merupakan suatu proses di mana suatu organisasi bereaksi terhadap kebutuhan karyawan melalui pengembangan mekanisme pengambilan keputusan yang memungkinkan karyawan berpartisipasi penuh dalam mendisain hidup mereka di tempat kerja. Partisipasi karyawan ini merupakan salah satu komponen kualitas

Universitas Indonesia

kehidupan kerja yang cukup penting. Banyak karyawan saat ini menginginkan suatu tingkat keterlibatan tinggi dalam pekerjaan mereka. Mereka mengharapkan mendapatkan tempat untuk memberikan sumbangan yang lebih besar terhadap organisasi. Keinginan untuk berperan lebih besar ini semestinya dipandang sebagai peluang bagi organisasi untuk memperluas kesempatan pengembangan profesional, bersamaan dengan pengaturan sistem imbalan, lingkungan kerja yang aman dan nyaman, (Usman, 2009).

Komponen kualitas kehidupan kerja (Cascio, 2003) meliputi:

1. Keterlibatan/partisipasi karyawan
2. Pengembangan karir
3. Rasa bangga terhadap perusahaan
4. Kompensasi yang adil
5. Rasa aman terhadap pekerjaan
6. Fasilitas yang didapat
7. Keselamatan lingkungan kerja
8. Penyelesaian masalah
9. Komunikasi.

Manfaat dari penerapan program-program kualitas kehidupan kerja bagi perusahaan/organisasi adalah:

- Menarik dan mempertahankan pekerja/pegawai yang berkualitas
- Meningkatkan loyalitas pegawai kepada organisasi/perusahaan
- Menciptakan iklim kerja yang baik sehingga dapat meningkatkan kinerja organisasi
- Terjaminnya kesejahteraan pegawai
- Dampak psikologis yang baik pada pribadi setiap pegawai
- Meningkatkan kinerja.

Kualitas kehidupan kerja mempunyai pengaruh yang sangat besar untuk meningkatkan kinerja organisasi dan kinerja organisasi sangat dipengaruhi oleh baik/buruknya kinerja individu/kinerja pegawai, hal ini disebabkan dalam kerangka organisasi terdapat hubungan antara kinerja perorangan dengan kinerja organisasi,

Universitas Indonesia

atau dengan kata lain pencapaian prestasi suatu organisasi tidak dapat terlepas dari prestasi kinerja suatu kelompok dan individu di dalamnya.

Menurut Bambang Kusriyanto yang dikutip oleh Harbani Pasolong dalam bukunya “Teori Administrasi Publik” kinerja pegawai adalah hasil kerja perseorangan dalam suatu organisasi, (Pasolong, 2007:1). Aspek kinerja SDM ini sangat diperlukan dalam implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit. Implementasi sistem ini sangat dipengaruhi oleh kinerja individu yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja organisasi. Perawat sebagai salah satu komponen SDM sangat penting dalam implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit.

Kinerja karyawan adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai seseorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya, (Mangkunegara, 2000). Di samping faktor-faktor organisasi yang berpengaruh terhadap kinerja, faktor-faktor individu perlu pula diperhatikan, salah satunya adalah pengetahuan dan sikap perawat terhadap sistem keselamatan pasien.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang dapat ditetapkan berkaitan dengan penelitian ini adalah:

1. Penerapan Sistem Keselamatan Pasien di Rumah Sakit di Indonesia masih merupakan masalah, walaupun sudah merupakan keharusan dan kebutuhan karena legalitas diamanatkan dalam Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan Permenkes No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011.
2. Penerapan Sistem Keselamatan Pasien di Rumah Sakit di Indonesia belum *inherent/melekat* dalam setiap kegiatan pelayanan kesehatan kepada pasien sehari-hari, beberapa aktivitas berkaitan dengan program keselamatan pasien akan lebih meningkat pada saat rumah sakit menjelang penilaian Akreditasi Nasional. Sangat kompleks faktor-faktor yang berpengaruh dalam penerapan Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit ini.

Universitas Indonesia

3. Penerapan sistim keselamatan pasien di Indonesia mengacu pada materi Panduan Nasional Sistim Keselamatan Pasien, Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dan *Joint Commissson International (JCI)* yang meliputi IPSG 1/6.

Informasi dari Pengelola Program Keselamatan Pasien di rumah sakit penelitian ini juga masih menghadapi permasalahan yang sama, termasuk pula pemahaman dan implementasi materi tersebut. Beberapa hal yang dapat dicontohkan adalah masalah komunikasi petugas pelayanan, upaya membangun budaya “*safety*” di rumah sakit, pengelolaan obat yang perlu kewaspadaan tinggi, tulisan dokter yang tidak jelas/sulit dibaca, upaya-upaya pencegahan dan pengurangan infeksi, pencegahan pasien jatuh, pengembangan sistim pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), kurang lengkapnya rekam medik dsb. Aspek kinerja petugas pelayanan kesehatan salah satunya perawat serta faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kinerja akan diteliti. Beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja petugas pelayanan kesehatan antara lain: pengetahuan, sikap, ketrampilan, perilaku dan budaya keselamatan pasien. Dari faktor organisasi yang berpengaruh terhadap kinerja adalah kualitas kehidupan kerja (QWL) berikut komponen-komponennya.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Sehinga pertanyaan-pertanyaan yang dapat diajukan dalam penelitian ini adalah:

- 1.3.1. Bagaimana gambaran pengetahuan perawat tentang materi Sistem Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.
- 1.3.2. Bagaimana gambaran sikap perawat terhadap materi Sistem Keselamatan Pasien di rumah sakit.
- 1.3.3. Bagaimana gambaran Kualitas Kehidupan Kerja Rumah Sakit menurut penilaian perawat dalam implementasi Sistem Keselamatan Pasien rumah sakit.
- 1.3.4. Bagaimana gambaran kinerja perawat menurut penilaian atasan langsung dalam penerapan Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Universitas Indonesia

1.3.5. Apakah ada hubungan antara pengetahuan, sikap, kualitas kehidupan kerja dalam implementasi Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui apakah ada hubungan pengetahuan, sikap, dan kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat dalam implementasi Sistem Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui pengetahuan perawat terhadap implementasi Sistem Keselamatan Pasien di rumah sakit.
- b. Diketahui sikap perawat terhadap implementasi Sistem keselamatan pasien di rumah sakit.
- c. Diketahui kualitas kehidupan kerja dan komponennya di rumah sakit menurut persepsi perawat.
- d. Diketahui kinerja perawat dan komponennya dalam implementasi sistem keselamatan pasien.
- e. Diketahui apakah ada hubungan antara pengetahuan, sikap dan kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat dalam implementasi sistem keselamatan pasien.

1.5. Manfaat penelitian

1.5.1. Bagi Rumah Sakit

- a. Untuk memperkuat komitmen manajemen rumah sakit dalam meningkatkan pengetahuan perawat dalam mendukung implementasi sistem keselamatan pasien di rumah sakit.
- b. Untuk memperkuat komitmen manajemen rumah sakit dalam membangun sikap perawat untuk mendukung implementasi sistem keselamatan pasien di rumah sakit.

Universitas Indonesia

- c. Untuk memperkuat komitmen manajemen rumah sakit dalam membangun kualitas kehidupan kerja di rumah sakit sebagai ujung tumpul dan *laten error* dalam implementasi sistim keselamatan pasien di rumah sakit.
- d. Untuk memberi masukan kepada manajemen rumah sakit dalam aspek-aspek kinerja perawat berkaitan penerapan Sistim Keselamatan Pasien di rumah sakit.
- e. Membantu dalam upaya perbaikan administrasi, materi-materi penting dan spesifik dalam mendukung penerapan Sistim Keselamatan Pasien di rumah sakit.

1.5.2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan masukan atau pertimbangan bagi institusi pendidikan perawat dalam penyusunan materi sistim keselamatan pasien masuk dalam kurikulum pendidikan mereka, sehingga perawat mempunyai pengetahuan dan sikap yang cukup untuk mendukung kinerjanya dalam penerapan sistim keselamatan pasien rumah sakit.

1.5.3. Bagi Peneliti

Penelitian ini dalam proses dan hasilnya dapat menambah pengalaman, pembelajaran dan bahan kajian bagi peneliti sendiri dan hasilnya dapat mendorong penelitian-penelitian lanjutan dengan materi/substansi sistim keselamatan pasien sehingga diharapkan implementasi di rumah sakit lebih meningkat lagi.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif berkaitan dengan tiga permasalahan yaitu pengetahuan dan sikap perawat terhadap sistem keselamatan pasien, kualitas kehidupan kerja di rumah sakit dan kinerja perawat dalam implementasi sistim keselamatan pasien.

Universitas Indonesia

Perawat di rumah sakit merupakan *input* SDM yang mempunyai kontribusi dalam implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit. Sehingga aspek kinerjanya akan berpengaruh terhadap kinerja rumah sakit khususnya dalam mencegah dan mengurangi resiko terjadinya IKP dalam proses asuhan keperawatan. Satu hal yang sangat berpengaruh dalam kinerja perawat adalah sikap dan pengetahuan perawat terhadap sistem keselamatan pasien.

Pengetahuan dan sikap perawat terhadap sistem keselamatan pasien ini dikaitkan materi sistem keselamatan pasien dengan menggunakan versi standar Internasional dari *Joint Commision International (JCI)* karena ada perubahan/revisi instrumen penilaian Akreditasi Rumah Sakit mendatang dengan menggunakan materi Sistem Keselamatan Pasien Versi Standar Internasional. Pengetahuan dan sikap perawat dinilai sesuai materi Sistem Keselamatan pasien sesuai JCI dan Panduan Nasional beserta Pedoman Pelaporan IKP.

Aspek perilaku masuk dalam pembatasan ruang lingkup penelitian karena sudah dilakukan penelitian oleh peneliti-peneliti sebelumnya. Dari pemahaman landasan teori tersebut peneliti kemudian mempunyai tiga masalah pokok penelitian yaitu upaya intervensi dalam mendukung implementasi sistem keselamatan pasien di rumah sakit yaitu pengetahuan dan sikap perawat yang diasumsikan sebagai *active error* dan ujung tajam, kualitas kehidupan kerja rumah sakit diasumsikan sebagai *latent error* dan ujung tumpul serta kinerja perawat, sebagai kinerja individu maupun kelompok yang akan berpengaruh kepada kinerja rumah sakit.

Mengenai kualitas kehidupan kerja (*Quality of Work Life/QWL*) secara umum terdiri dari sembilan komponen, namun di dalam penelitian ini diteliti 5 komponen yang dipandang mempunyai relevansi dengan implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit. Relevansi didasarkan kesesuaian dengan menghubungkan standard dan tujuh langkah penerapan Sistem Keselamatan Pasien dalam Panduan Nasional Sistem Keselamatan Pasien.

Adapun lima komponen kualitas kehidupan kerja yang diteliti adalah :

1. Keterlibatan atau partisipasi karyawan
2. Rasa aman terhadap pekerjaan
3. Keselamatan lingkungan kerja

Universitas Indonesia

4. Penyelesaian masalah dan

5. Komunikasi

Dengan menghubungkan standar keselamatan pasien dan tujuh langkah menuju keselamatan pasien dalam panduan nasional keselamatan pasien ada aspek membangun budaya/*culture* dalam implementasi sistim keselamatan pasien. Hal inipun termasuk dalam pembatasan ruang lingkup penelitian karena sudah ada dalam materi/substansi penelitian oleh peneliti sebelumnya. Sedangkan penilaian kinerja perawat mengadopsi dan memodifikasi evaluasi kinerja karyawan menurut James E. Neal Jr. (2003) dalam Mangkunegara, (2010) dalam Evaluasi Kinerja SDM, dengan mengambil delapan parameter dari 22 parameter yang ada, yaitu:

1. Akurasi
2. Prestasi
3. Administrasi
4. Komunikasi
5. Kompetensi
6. Kerja sama
7. Kemampuan interpersonal dan
8. Pembelajaran.

Pemilihan parameter kinerja dikaitkan dengan relevansi materi penerapan Sistim Keselamatan Pasien Rumah Sakit dari JCI, Panduan Nasional, Pedoman Pelaporan IKP dan Manajemen Klinis Keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.1. Pengertian Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan resiko hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

Standar keselamatan pasien, menurut Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006) terdiri atas:

1. Hak pasien
2. Mendidik pasien dan keluarga
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
7. Komunikasi adalah kunci untuk keselamatan pasien.

Sedangkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien adalah:

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
2. Pimpin dan dukung staf anda
3. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko
4. Kembangkan sistem pelaporan
5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien

6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
7. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

2.1.2. Fakta Permasalahan Keselamatan Pasien Secara Global

Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan global dalam hal pelayanan rumah sakit yang serius, termasuk di Indonesia. *Health News*, (2008) mengungkapkan beberapa fakta tentang keselamatan pasien ini adalah :

- a. Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan serius masyarakat global. Kini semakin banyak negara yang mengakui pentingnya perbaikan keselamatan pasien. Sejak tahun 2002, anggota WHO menyetujui resolusi pertemuan kesehatan dunia terhadap keselamatan pasien.
- b. Data menunjukkan, 1 dari 10 pasien dirugikan saat memperoleh perawatan rumah sakit. Kerugian yang berkaitan dengan kesehatan ini bisa disebabkan oleh kesalahan maupun efek berbalik.
- c. Di negara berkembang, kemungkinan pasien mendapat bahaya di rumah sakit lebih tinggi daripada di negara industri. Resiko infeksi terkait dengan perawatan kesehatan di beberapa negara berkembang sekitar 20 kali lebih tinggi di negara maju.
- d. Sekitar 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita akibat infeksi yang diperoleh di rumah sakit. Higienitas tangan merupakan ukuran paling essensial untuk menghindari infeksi terkait perawatan kesehatan dan tumbuhnya resistensi antimikroba.
- e. Sekitar 50 persen peralatan medis di negara berkembang tidak dapat atau hanya bisa digunakan sebagian. Kerap peralatan tidak digunakan karena kurangnya kemampuan atau keahlian. Prosedur diagnostik atau perawatan tidak bisa dilakukan, sehingga menimbulkan diagnosis atau perawatan yang membahayakan dan tidak memenuhi standar, yang dapat memunculkan ancaman terhadap keselamatan pasien dan menimbulkan cedera serius ataupun kematian.
- f. Di beberapa negara, proporsi injeksi dengan jarum yang dipakai ulang tanpa sterilisasi setinggi 70 persen, akibatnya jutaan orang terpapar infeksi. Setiap

Universitas Indonesia

tahun injeksi tidak aman menyebabkan 1,3 juta kematian, terutama oleh transmisi penyakit seperti virus hepatitis B, virus hepatitis C dan HIV.

- g. Pembedahan merupakan satu dari beberapa intervensi kesehatan yang paling kompleks untuk diselamatkan. Lebih dari 100 juta orang memerlukan perawatan pembedahan setiap tahun untuk beragam alasan medis. Masalah yang dikaitkan dengan keselamatan bedah di negara maju berjumlah setengah dari kejadian merugikan yang dapat dihindari, yang berakibat kematian atau kecacatan.
- h. Penelitian menunjukkan, tambahan operasi, biaya pengadilan, infeksi yang diperoleh di rumah sakit, kehilangan pendapatan, cacat dan pengeluaran medis membebani beberapa negara antara 6-29 miliar dollar AS (sekitar Rp 60-29 triliun) per tahun.
- i. Bidang industri yang dipersepsikan berisiko lebih tinggi seperti penerbangan dan industri nuklir memiliki catatan keselamatan lebih baik ketimbang layanan kesehatan. Satu dari sejuta pelancong kemungkinan mengalami bahaya saat bepergian dengan pesawat. Bandingkan dengan satu dan 300 kemungkinan pasien mengalami cedera selama perawatan kesehatan.
- j. Pengalaman pasien dan kesehatan mereka merupakan jantung dari gerakan keselamatan pasien. *World Alliance* untuk keselamatan pasien bekerja membantu membuat layanan kesehatan lebih aman di seluruh dunia, *Health News*, (2008).

Masalah utama dalam upaya implementasi sistem keselamatan pasien ini adalah terjadinya Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Di dalam Panduan Nasional Sistem Keselamatan Pasien IKP yang meliputi: Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC, *Near Miss*), Kondisi Potensial Cidera (KPC) dan Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) dalam proses asuhan pelayanan medis maupun asuhan pelayanan keperawatan, dari yang ringan sampai yang berat.

Implementasi sistem keselamatan pasien di dunia, termasuk di Indonesia berawal dari Laporan dari *Institute of Medicine* tahun 2000 di Amerika Serikat, *To Err Is Human, Building a Safer Health System*, yang menyebutkan hasil penelitian

Universitas Indonesia

beberapa angka KTD di beberapa rumah sakit. Di Utah dan Colorado ditemukan KTD (*Adverse Event*) sebesar 2,9% dimana 6,6% di antaranya meninggal. Di New York angka KTD sebesar 3,7 % dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta pertahun berkisar 44.000-98.000 per tahun. Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai negara: amerika, Inggris, Denmark, dan Australia ditemukan KTD dengan rentang 3,2-16,6%.

Dengan data-data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien. Di Indonesia data tentang KTD belum diketahui pasti, namun upaya-upaya mengumpulkan data KTD telah di tempuh salah satunya dengan mengembangkan sistem pelaporan KTD di rumah sakit.

Salah satu tujuan penting diterapkannya Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah untuk mencegah dan menurunkan terjadinya Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tersebut. Namun dalam faktanya selalu saja terjadi kasus-kasus KTD. Bahkan IKP ini merupakan "*fenomena gunung es*" dalam sistem pelayanan kesehatan, (Dwiprahasto, 2008).

Cukup banyak faktor yang berpengaruh terjadinya IKP ini. Menurut teori ada ujung tumpul dan ujung tajam, ada *active error* dan ada *latent error* sebagai penyebab terjadinya IKP. Upaya pembenahan/intervensi harus seiring dilakukan dari aspek-aspek manajemen ujung tajam dan *active error* maupun ujung tumpul dan *latent error* dalam implementasi sistem keselamatan pasien di rumah sakit. Pengetahuan dan sikap perawat terhadap Sistem Keselamatan Pasien dapat diasumsikan sebagai salah satu *active error* dan ujung tajam, oleh karena dalam sistem pelayanan kesehatan rumah sakit Perawat bertugas di garis depan dan mempunyai waktu lebih banyak berhadapan dengan pasien. Sehingga pengetahuan dan sikap perawat dapat mempengaruhi dalam kinerjanya.

Satu hal yang perlu mendapat perhatian dalam hal terjadinya IKP adalah faktor kontributor, komponen dan sub-komponennya. Dalam Buku Pedoman Pelaporan IKP (KKP-RS, 2007), Budaya Keselamatan, SDM dan faktor lingkungan kerja merupakan komponen kontributor terjadinya IKP. Di dalam komponen Budaya Keselamatan meliputi sikap kerja dan dukungan manajemen oleh seluruh *staff*,

Universitas Indonesia

sedangkan pengetahuan termasuk salah satu komponen dari SDM. Faktor lingkungan kerja termasuk komponen yang terpisah, (KKP-RS, 2007)

Kinerja perawat yang baik dalam implementasi sistem keselamatan dipandang cukup penting dalam upaya mencegah dan mengurangi terjadinya IKP. Upaya manajemen harus pula diorientasikan ke ujung tumpul dan *latent error* yang meliputi sistem, desain organisasi, kebijakan, prosedur dan kualitas kehidupan kerja organisasi pelayanan kesehatan.

Kualitas kehidupan kerja organisasi pelayanan kesehatan dapat diasumsikan sebagai ujung tumpul dan *latent error* dalam implementasi sistem keselamatan pasien, karena akan berpengaruh terhadap kinerja organisasi. Kinerja organisasi tergantung dari kinerja individu yang berada di dalam organisasi tersebut. (Gibson,1997). Kinerja perawat sebagai individu maupun kelompok akan berpengaruh pada kinerja organisasi rumah sakit. Sehingga kinerja perawat yang baik dalam implementasi sistem keselamatan pasien di rumah sakit diasumsikan dapat mencegah dan mengurangi terjadinya Insiden Keselamatan Pasien di rumah sakit khususnya dalam aspek asuhan keperawatan.

Dalam kenyataannya masalah *medical error* dalam sistem pelayanan kesehatan mencerminkan fenomena gunung es, karena yang terdeteksi umumnya adalah *adverse event* yang ditemukan secara kebetulan saja. Sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau justru luput dari perhatian kita semua, (Dwiprahasto,2008). Mutu pelayanan rumah sakit dari waktu ke waktu akan tetap menjadi pokok bahasan penting. Karena aspek mutu inilah sesungguhnya yang menjadi tujuan dari organisasi pelayanan kesehatan rumah sakit. Cukup banyak pihak yang berkepentingan dan bertanggung jawab dalam hal mutu pelayanan rumah sakit ini termasuk pemerintah, pemilik, manajemen, dan pelanggan rumah sakit baik internal maupun eksternal. Industri pelayanan rumah sakit dengan ciri-ciri karakteristiknya tersendiri, akan mempunyai dampak serius apabila mutu pelayanan ini diabaikan. Beberapa ciri karakteristik pelayanan rumah sakit ini adalah “*bahan baku*” industri jasa pelayanan kesehatan adalah manusia dengan segala pertimbangan etika dan nilai kehidupannya, pelanggan rumah sakit, dimana pelanggan tidak selalu mereka yang menerima pelayanan, dan dalam

Universitas Indonesia

memberikan pelayanan menunjukkan pentingnya para multi-profesional dan multi-disiplin yang cenderung otonom dan mandiri, (Aditama, 2006).

2.1.3. Tujuan Sistem Keselamatan pasien Rumah Sakit

Yang menjadi tujuan Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diharapkan.

2.1.4. Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Salah satu tujuan terpenting dengan diterapkannya sistem keselamatan pasien rumah sakit adalah untuk mencegah dan menurunkan resiko terjadinya Insiden Keselamatan Pasien (IKP). IKP adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang seharusnya tidak terjadi. IKP ini meliputi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kondisi Potensial Cedera (KPC) dan Kejadian Sentinel. KKP-RS (2007). Beberapa istilah ini berbeda, dalam hal derajat keparahan (*severitas*) cedera yang terjadi dan sudah atau belum adanya cedera. KTD dan Sentinel sudah menimbulkan cedera pada pasien, sedangkan KNC dan KPC belum terjadi cedera.

- Pengertian dari IKP ini adalah: setiap kejadian yang tidak disengaja dan tidak diharapkan, yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien.
- Kejadian Tidak Diharapkan (KTD): suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien.

- Kejadian Nyaris Cedera (KNC): adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi oleh karena sesuatu “keberuntungan”.
- Kondisi Potensial Cedera (KPC): adalah suatu kondisi yang memungkinkan dan potensial menyebabkan terjadinya apabila tidak dilakukan intervensi atau kontrol terhadap kondisi tersebut.
- Kejadian Sentinel/Sentinel Events: adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima.(KKP-RS,2007).

Sebagai landasan teori penyebab terjadinya IKP ada dua model yang menjelaskannya, yaitu: Model Keju Swiss dan Model Ujung Tumpul /Ujung Tajam. Dari kedua model teori penyebab terjadinya IKP tersebut, dapat dikelompokkan adanya dua kategori penyebab, yaitu: *active errors* dan *latent errors*. *Active error* terjadi pada tingkat operator garis depan dan dampaknya segera dirasakan, sedangkan *latent errors* cenderung berada di luar kendali operator garis depan., seperti desain yang buruk, instalasi yang tidak tepat, pemeliharaan yang buruk, kesalahan keputusan manajemen dan struktur organisasi yang buruk. Betapa pentingnya *latent errors ini* tetap harus ada upaya untuk intervensi, karena latent errors merupakan ancaman besar bagi keselamatan dalam suatu sistim yang kompleks, oleh karena sering tidak terdeteksi dan dapat mengakibatkan terjadinya berbagai jenis *active errors*. (ABH Konsultan Medikolegal, 2004). Berbagai unsur dalam *latent errors* masuk dalam kategori ujung tumpul pelayanan kesehatan. Kualitas Kehidupan Kerja (QWL) rumah sakit termasuk dalam komponen *latent errors* atau ujung tumpul pelayanan kepada pasien.

Di dalam buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), (KKP-RS,2007), disebutkan adanya kategori insiden, komponen dan subkomponennya.

Kategori Insiden Keselamatan Pasien dikelompokkan dapat menjadi:

1. Pengelolaan klinis
2. Dokumentasi
3. Pemeriksaan Penunjang diagnostik
4. Komunikasi
5. Infeksi Nosokomial
6. Pemberian Obat
7. Pemberian Transfusi
8. Perilaku Pasien
9. Kecelakaan/*Patient Accidents*
10. Alat medis
11. Infrastruktur
12. Sumber daya

Sedangkan berkaitan dengan penyebab terjadinya IKP, disebutkan adanya faktor kontributor, komponen dan subkomponennya. (Lihat tabel 2.1. Faktor Kontributor, Komponen dan Subkomponen IKP). Faktor kontributor adalah keadaan, tindakan atau pengaruh yang berperan dalam meningkatkan risiko suatu kejadian (misalnya pembagian tugas yang tidak sesuai kebutuhan).

Contoh:

- Faktor kontributor di luar organisasi (eksternal)
- Faktor kontributor dalam organisasi (internal) misal tidak adanya prosedur.
- Faktor kontributor yang berhubungan dengan petugas (kognitif atau perilaku petugas yang kurang, lemahnya supervisi, kurangnya *teamwork* atau komunikasi)
- Faktor kontributor yang berhubungan dengan keadaan pasien.

Faktor kontributor ini dibedakan menjadi:

1. Kontributor eksternal/di luar RS yang meliputi komponen:
 - a. Regulator dan Ekonomi
 - b. Peraturan dan Kebijakan Departemen Kesehatan

Universitas Indonesia

- c. Peraturan Nasional dan
- d. Hubungan dengan Organisasi lain.

Faktor kontributor internal RS meliputi:

2. Organisasi dan Manajemen, meliputi komponen:
 - a. Organisasi dan Manajemen
 - b. Kebijakan, Standar dan Tujuan
 - c. Administrasi
 - d. Budaya
 - e. SDM
 - f. Diklat.
3. Faktor Lingkungan Kerja
4. Faktor Kontributor Tim
5. Faktor Kontributor Petugas
6. Kontributor Tugas
7. Kontributor Pasien
8. Kontributor Komunikasi

2.1.5. Landasan Legalitas Implementasi Sistim Keselamatan Pasien di Indonesia

Sistem keselamatan pasien merupakan bagian dari manajemen risiko rumah sakit, khususnya berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Dalam kaitan dengan penerapan sistim keselamatan pasien di rumah sakit ini, perlu diketahui banyak aspek-aspek manajemen resiko pelayanan kesehatan di rumah sakit. Penelitian (Daud A, 2005) mengenai pengetahuan, persepsi dan pelaksanaan Direktur rumah sakit terhadap manajemen resiko rumah sakit menyarankan untuk meningkatkan minat penelitian di bidang manajemen resiko untuk memperkaya pengetahuan dan pengalaman pelaksanaan manajemen resiko pada pelayanan kesehatan di rumah sakit, (Uyainah, 2006). Dalam kaitan ini implementasi sistim keselamatan pasien merupakan salah satu bentuk manajemen resiko, sehingga pengetahuan, sikap tenaga kesehatan terhadap sistim keselamatan pasien perlu mendapat perhatian dalam hal ini. Dalam penerapan sistem keselamatan pasien rumah sakit tidak boleh terfokus pada sistim mikro, tetapi harus terintegrasi dalam sistim mikro ke sistem makro

Universitas Indonesia

(organisasi dan lingkungan) dalam bentuk adanya dukungan sistem dan kebijakan/strategi, sehingga akan ada penyusunan kebijakan dan infra struktur pada *level* institusi dan adanya sikap profesional dan fokus kepada pasien pada *level* individu/tenaga kesehatan, (Uyainah, 2006).

Laporan dari delegasi peserta konperensi *International Society for Quality in Healthcare (ISQUa)*, yang mengutip dari Buletin IHQN Vol. II No. 2 tahun 2006, menyimpulkan bahwa gerakan keselamatan pasien yang pada waktu itu masih dalam taraf *infancy*/masa pertumbuhan, juga di negara maju, menyebutkan bahwa untuk menumbuhkan gerakan keselamatan pasien tidak boleh hanya terfokus pada sistim mikro (misalnya hanya fokus di rumah sakit) tetapi harus terintegrasi dari sistim mikro ke sistim makro (organisasi dan lingkungan) dalam bentuk dukungan sistim dan kebijakan/strategi, sehingga akan ada penyusunan kebijakan dan infrastruktur pada *level* institusi, dan adanya sikap profesional dan fokus kepada pasien pada *level* individu/tenaga kesehatan, (Uyainah, 2006).

Rumah sakit dapat dipandang sebagai sistim pelayanan kesehatan, di dalamnya terdapat struktur, proses dan *outcome*. Padat regulasi atau prosedur atau *test* karena cukup banyaknya standar-standar pelayanan maupun prosedur operasional yang mengikat berkaitan dengan pelayanan di rumah sakit, (Salimah 2009).

Rumah sakit sebagai organisasi pelayanan jasa mempunyai kespesifikan dalam sumber daya manusia. Sumber daya manusia yang ada di rumah sakit terdiri dari multi profesi dan multi disiplin, meliputi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Diantara sumber daya manusia rumah sakit terdapat saling interaksi dan interdependensi yang kuat dalam proses pemberian pelayanan kesehatan.

Perawat sebagai tenaga kesehatan di rumah sakit dalam prakteknya mempunyai kontribusi pelayanan langsung kepada pasien dan relatif cukup banyak waktu yang diperlukan dalam memberikan asuhan keperawatan. Sehingga peran perawat merupakan tenaga sumber daya manusia strategis dalam membangun mutu pelayanan rumah sakit. Mutu pelayanan rumah sakit yang berorientasi kepada keselamatan pasien tidak terlepas dari peran perawat. Dalam implementasinya sistem

Universitas Indonesia

keselamatan pasien rumah sakit tidak terlepas dari sikap dan pemahaman perawat terhadap sistem keselamatan pasien tersebut.

Dalam Pasal 13 ayat 3 Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit menyebutkan bahwa setiap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja sesuai profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.

2.2.4. Materi Sistem Keselamatan Pasien di dalam UU No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Penerapan Sistem Keselamatan Pasien di Rumah Sakit yang di periode tahun-tahun belakangan ini merupakan bagian dari orientasi mutu pelayanan rumah sakit, dari aspek-aspek hukum secara substantif sudah termasuk dalam rumusan UU No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit. Beberapa pasal dalam UU tersebut dapat dijadikan pedoman dan sekaligus dasar perlindungan berkaitan dengan permasalahan yang dapat timbul dalam penerapan sistem keselamatan pasien di rumah sakit. Substansi keselamatan pasien yang mendasar tercantum dalam Bab II Asas dan Tujuan Penyelenggaraan Rumah Sakit. Pasal 2 menyebutkan bahwa Rumah sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta fungsi sosial.

Sedangkan Pasal 3 butir b disebutkan pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan untuk memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit. Dari aspek tenaga kesehatan sebagai petugas pelaksana pelayanan di rumah sakit, pasal 13 ayat (3) menyebutkan bahwa setiap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja sesuai standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.

Materi lebih lanjut khusus keselamatan pasien tercantum pada Bagian Kelima Pasal 43 yang terdiri atas 5 (lima) ayat, dengan rumusan sebagai berikut:

- (1) Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien
- (2) Standar keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisis, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan
- (3) Rumah Sakit melaporkan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh Menteri
- (4) Pelaporan insiden keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai standar keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Beberapa penjelasan di dalam UU no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit berkaitan dengan Sistem Keselamatan Pasien ini menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah proses dalam suatu rumah sakit yang memberikan pelayanan pasien lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen resiko, identifikasi dan manajemen resiko terhadap pasien, pelaporan, dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindak lanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya resiko.

Sedangkan yang dimaksud dengan ‘nilai keselamatan pasien’ adalah bahwa penyelenggaraan rumah sakit selalu mengupayakan peningkatan keselamatan pasien melalui upaya manajemen resiko klinik. Sedangkan yang dimaksud ‘nilai perlindungan dan keselamatan pasien’ adalah bahwa penyelenggaraan rumah sakit tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan semata, tetapi harus mampu memberikan peningkatan derajat kesehatan dengan tetap memperhatikan perlindungan dan keselamatan pasien. Sumber daya manusia di rumah sakit adalah semua tenaga yang bekerja di rumah sakit baik tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan. Jadi materi Keselamatan Pasien yang tercantum dalam Undang-undang tersebut memberikan arah pedoman, tata penyelenggaraan pelayanan sekaligus

Universitas Indonesia

menjamin perlindungan hukum baik bagi pasien, tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit maupun organisasi/institusi rumah sakit.

Pada periode sebelumnya, WHO (2007) telah mengeluarkan Sembilan Solusi untuk Keselamatan Pasien. Sembilan solusi ini juga merupakan panduan yang sangat bermanfaat bagi rumah sakit dalam mengimplementasikan sistem keselamatan pasien, dalam rangka mencegah dan mengurangi kemungkinan terjadinya IKP dalam proses pelayanan kesehatan dan asuhan kepada pasien di rumah sakit. Adapun sembilan solusi untuk keselamatan pasien tersebut adalah:

1. Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*) atau NORUM
2. Memastikan identifikasi pasien
3. Berkomunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan pasien
4. Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
5. Mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*)
6. Memastikan akurasi pemberian obat pada saat penglihatan pelayanan
7. Menghindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*)
8. Menggunakan alat injeksi sekali pakai.
9. Meningkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial.

Beberapa revisi telah dilakukan oleh Komisi Akreditasi Rumah sakit terhadap Instrumen akreditasi rumah sakit. Materi sistem keselamatan pasien dalam instrumen akreditasi rumah sakit juga direvisi. Penerapan sistem keselamatan pasien di rumah sakit di Indonesia lebih diarahkan sesuai Standar Internasional menurut JCI. Keselamatan Pasien dalam akreditasi menurut versi Standar International (*International Patient Safety Goals/IPSG*), meliputi:

- IPSG 1 : Melakukan identifikasi pasien secara tepat
- IPSG 2 : Meningkatkan komunikasi yang efektif
- IPSG 3 : Meningkatkan keamanan penggunaan obat yang membutuhkan perhatian
- IPSG 4 : Mengurangi risiko salah operasi, salah pasien dan tindakan operasi

Universitas Indonesia

- IPSG 5 : Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
- IPSG 6 : Mengurangi risiko pasien cedera karena jatuh

2.2.5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Materi sistim keselamatan pasien rumah sakit menurut versi Standar International (*International Patient Safety Goals/IPSG*) belakangan diadopsi, sehingga mempunyai materi yang sama dengan Bab IV Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit Pasal 8, yang menyebutkan:

- (1) Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien.
- (2) Sasaran Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tercapainya hal-hal berikut:
 - a. Ketepatan identifikasi pasien;
 - b. Peningkatan komunikasi efektif;
 - c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai;
 - d. Kepastian tepat-lokasi, tepat prosedur, tepat-pasien operasi;
 - e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan;
 - f. Pengurangan resiko pasien jatuh.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Sasaran Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam lampiran Peraturan ini.

2.2. Kualitas kehidupan Kerja (*Quality of Work Life/QWL*)

2.2.1. Latar belakang

Pada dekade tahun 1970-an *QWL* diartikan sebagai teknik manajemen yang mencakup gugus kendali mutu, kekayaan pekerjaan, suatu pendekatan untuk bernegosiasi dengan serikat pekerja. Sebagai upaya manajemen untuk memelihara

Universitas Indonesia

kebugaran mental para karyawan/pegawai, membina hubungan yang serasi, manajemen yang berpartisipasi, dan salah satu bentuk intervensif dalam pengembangan operasional (French et al, 1990, dalam Noor Arifin, 1999).

Secara umum disebutkan bahwa suatu organisasi dalam pengendalian eksistensinya, ukurannya dapat dilihat dari tingkat produktivitas termasuk kualitas dan kemampuannya dalam memberikan pelayanan yang berkualitas secara berkesinambungan/berkelanjutan yang mampu mempertahankan dan meningkatkan konsumennya. Ada dua pendekatan manajemen dalam hal ini yaitu: a. Manajemen Berdasarkan Hasil (*Management By Objectives* disingkat MBO) dan b. Manajemen Pengendalian Mutu (*Total Quality Management* disingkat TQM).

Dalam konteks Manajemen Rumah Sakit dua pendekatan tersebut dapat diaplikasikan lebih bersinergi. MBO lebih berorientasi kepada perbandingan/rasio masukan dan keluaran (hasil). Sedangkan TQM lebih mentitik-beratkan pada proses untuk menghasilkan sesuatu hasil yang berkualitas, prosesnya juga harus berkualitas (Nawawi, 2008).

Usman, (2009) dalam penelitiannya mendapatkan hasil adanya pengaruh QWL terhadap semangat kerja pada pekerja Pertamina Eksplorasi dan Produksi Rantau. Namun hanya 3 komponen QWL yang diteliti yaitu restrukturisasi kerja, sistem imbalan dan lingkungan kerja. Ketiga komponen tersebut, secara bersama-sama berpengaruh secara signifikan terhadap semangat kerja, tetapi secara terpisah hanya variabel restrukturisasi kerja yang berpengaruh terhadap semangat kerja, sedangkan sistem imbalan dan lingkungan kerja tidak signifikan berpengaruh terhadap semangat kerja. Kedua pendekatan manajemen ini, bahkan apabila di padukan keduanya, tidak dapat dilepaskan dari faktor sumber daya manusia (SDM) sebagai masukan/*in put* maupun sebagai pelaksana proses produksi yang menghasilkan produk sesuai dengan kualitas yang diinginkan, guna memenuhi keinginan dan kebutuhan konsumen. Peranan SDM semakin penting dalam kondisi keinginan dan kebutuhan konsumen yang terus berubah, berkembang, meningkat dan beragam.

Kualitas Kehidupan Kerja (QWL) erat sekali dengan pendekatan SDM, yang berarti semua dan setiap organisasi harus mampu menciptakan rasa aman dan kepuasan dalam bekerja ini, agar SDM di lingkungannya dapat lebih kompetitif. Dengan QWL yang menjadikan SDM kompetitif, maka organisasi keseluruhan akan menjadi kompetitif. Demikian pula dalam mencapai tujuannya (Nawawi, 2008).

Juga disebutkan ada sembilan komponen kualitas kehidupan kerja organisasi yang merupakan aspek pendekatan SDM yang perlu diciptakan, dibina dan dikembangkan.

2.2.1. Definisi Kualitas Kehidupan Kerja

Kualitas kehidupan kerja (*Quality Of Work Life/QWL*) didefinisikan sebagai keseimbangan antara keinginan atau minat pekerja dengan tanggung jawab sosial perusahaan/organisasi, (Robbin & Johnson, 1999). Pendapat Robbins menyiratkan makna bahwa kualitas kehidupan kerja merupakan suatu proses dimana suatu organisasi bereaksi terhadap kebutuhan karyawan melalui pengembangan mekanisme pengambilan keputusan yang memungkinkan karyawan berpartisipasi penuh dalam mendisain hidup mereka di tempat kerja.

2.2.2. Komponen *Quality of Work Life/ QWL* (Cascio, 2003, Nawawi, 2008) meliputi:

1. Keterlibatan/partisipasi karyawan, setiap karyawan perlu diikut sertakan dalam proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan pekerjaan, sesuai dengan posisi, kewenangan, dan jabatan masing-masing.
2. Pengembangan karir, setiap dan semua karyawan memerlukan kejelasan pengembangan karier masing-masing dalam menghadapi masa depannya.
3. Rasa bangga terhadap perusahaan, setiap karyawan perlu dibina dan dikembangkan perasaan bangganya pada tempatnya bekerja, termasuk pada pekerjaan dan jabatannya.
4. Kompensasi yang adil. Di lingkungan suatu perusahaan, setiap dan semua karyawan harus memperoleh kompensasi yang wajar/adil dan mencukupi.
5. Rasa aman terhadap pekerjaan. Di lingkungan perusahaan, semua, dan setiap karyawan memerlukan rasa aman atau jaminan kelangsungan pekerjaannya.

Universitas Indonesia

6. Fasilitas yang didapat, semua dan setiap karyawan perusahaan memerlukan perhatian terhadap fasilitas yang didapat meliputi pula perhatian terhadap pemeliharaan kesehatannya, agar dapat bekerja secara efektif, efisien dan produktif.
7. Keselamatan lingkungan kerja, di lingkungan perusahaan setiap dan semua karyawan memerlukan keselamatan lingkungan kerja. Untuk itu perusahaan berkewajiban menciptakan dan mengembangkan serta memberi jaminan lingkungan kerja yang aman.
8. Penyelesaian masalah, setiap dan semua karyawan memerlukan pemberian kesempatan pemecahan konflik dengan perusahaan atau sesama karyawan, secara terbuka, jujur dan adil. Oleh karena kondisi ini sangat berpengaruh pada loyalitas dan dedikasi serta motivasi kerja karyawan.
9. Komunikasi, setiap SDM memerlukan komunikasi yang terbuka dalam batas-batas wewenang dan tanggung jawabnya. Komunikasi yang lancar untuk memperoleh informasi-informasi yang dipandang penting oleh pekerja/karyawan dan disampaikan tepat waktu dapat menimbulkan rasa puas dan merupakan motivasi kerja yang positif.

Dalam upaya implementasi sistem keselamatan pasien di Indonesia, Departemen kesehatan RI tahun 2006 telah mengeluarkan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*). Hal yang cukup penting dalam Panduan tersebut adalah adanya standar keselamatan pasien dan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit. Dikaitkan dengan upaya implementasi sistem keselamatan pasien di Indonesia ini maka beberapa komponen dari kualitas kehidupan kerja (*Quality of Work Life/QWL*) yang akan diteliti merupakan komponen-komponen yang ada hubungan atau mendekati adanya hubungan dengan materi standar dan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit. Kinerja tenaga kesehatan dalam upaya implementasi keselamatan pasien tidak terlepas dari standar dan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit.

Dari hasil analisis relevansi akhirnya didapat hasil dan dibatasi pada lima komponen kualitas kehidupan kerja di rumah sakit yang ada hubungannya dengan penerapan sistem keselamatan pasien, yaitu:

Universitas Indonesia

1. Keterlibatan/ partisipasi karyawan

Unsur-unsur keterlibatan atau partisipasi sangat diperlukan dalam upaya penerapan sistem keselamatan pasien. Keterlibatan dari tenaga kesehatan mutlak diperlukan oleh karena sebagai pemberi pelayanan langsung dan merupakan ujung tajam dalam terjadinya IKP. Di dalam tujuh langkah menuju keselamatan pasien disebutkan unsur-unsur keterlibatan yang lebih luas yaitu keterlibatan pasien dan keluarganya.

2. Rasa aman terhadap pekerjaan

Rasa aman terhadap pekerja merupakan komponen yang diperlukan dalam implementasi keselamatan pasien rumah sakit. Di dalam standar keselamatan pasien disebutkan adanya keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan. Kesinambungan pelayanan rumah sakit tempat bekerja merupakan salah satu unsur terjaminnya rasa aman karyawan terhadap pekerjaan.

3. Keselamatan lingkungan kerja

Keselamatan lingkungan kerja merupakan salah satu faktor pengaruh sebab ada hubungan dengan mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Mendesain pekerjaan dengan memperhatikan faktor-faktor ergonomi lingkungan kerja (*HFE=human factors engineering*) termasuk yang direkomendasikan dalam implementasi sistem keselamatan pasien.

4. Penyelesaian masalah.

Penyelesaian masalah merupakan komponen penting dari kualitas kehidupan kerja. Di dalam standar keselamatan pasien disebutkan penggunaan-penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien. Penggunaan metoda-metoda untuk peningkatan kinerja ini dapat dipandang sebagai salah satu bentuk penyelesaian masalah.

5. Komunikasi.

Komunikasi dipandang substansi yang sangat penting dalam implementasi sistem keselamatan pasien, sebab standar keselamatan pasien menyebutkan komunikasi adalah kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Di dalam tujuh langkah menuju keselamatan pasien unsur komunikasi berkaitan lagi dengan butir: libatkan dan berkomunikasi dengan pasien.

Universitas Indonesia

Dua hal penting dari standar keselamatan pasien yang dipandang sangat berpengaruh dalam pengetahuan dan sikap tenaga kesehatan adalah:

1. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
2. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.

Dua hal tersebut merupakan materi yang berfokus pada upaya pendidikan dan pelatihan, yang tidak dapat diabaikan, juga merupakan salah satu komponen dari *clinical governance*.

Sehingga dua hal tersebut dimasukkan sebagai faktor-faktor pengaruh terhadap sikap dan pengetahuan perawat dalam implementasi sistem keselamatan pasien. Pemberian materi sistem keselamatan pasien lebih dini, sejak perawat di dalam institusi pendidikan mereka menjadi penting. Hal ini dilandasi pula pertimbangan perawat sebagai *input* SDM bagi rumah sakit.

2.2.3. Manfaat Kualitas Kehidupan Kerja (*Quality of Work Life/QWL*):

Telah diketahui beberapa manfaat dari penerapan QWL bagi perusahaan/organisasi adalah:

- Menarik dan mempertahankan pekerja/pegawai yang berkualitas.
- Meningkatkan loyalitas pegawai kepada organisasi/perusahaan.
- Menciptakan iklim kerja yang baik sehingga dapat meningkatkan kinerja organisasi.
- Terjaminnya kesejahteraan pegawai.
- Dampak psikologis yang baik pada pribadi setiap pegawai.
- Meningkatkan kinerja pegawai.

Bagi rumah sakit sebagai organisasi pelayanan kesehatan kualitas kehidupan kerja (*Quality of Work Life/QWL*) mempunyai peranan penting dalam meningkatkan kinerja organisasi. Hal inipun tidak terlepas dari aspek sumber daya manusia (SDM) di setiap organisasi/perusahaan termasuk organisasi pelayanan kesehatan.

Seperti telah dikemukakan sebelumnya bahwa dua pendekatan manajemen baik MBO dan TQM keduanya tetap memandang bahwa faktor SDM sebagai faktor

penting, sebagai pelaksana proses produksi dan yang menghasilkan produk yang sesuai dengan kualitas yang diinginkan, guna memenuhi keinginan dan kebutuhan konsumen. Peranan SDM semakin penting dalam kondisi keinginan dan kebutuhan konsumen yang terus berubah, berkembang meningkat dan beragam, (Nawawi, 2008). Dalam konteks lebih khusus pelayanan kesehatan di rumah sakit, tuntutan pasien terhadap mutu pelayanan rumah sakitpun dinamis dan dapat berubah. Setiap pasien adalah unik dan individual sehingga kebutuhan dan keinginan akan mutu layanan kesehatan dapat terus berkembang dan berubah.

Pola pelayanan yang berorientasi kepada keselamatan pasien dan berfokus pada pasien (*patient centered care*) merupakan pola pelayanan kesehatan terkini dan mulai disadari manfaat dan kepentingannya. Hal ini seiring dengan penerapan sistem keselamatan pasien di rumah sakit, dengan muara mencegah dan mereduksi terjadinya Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Melibatkan pasien dan keluarganya, mendidik pasien dan keluarganya dalam setiap pengambilan keputusan klinik menjadi kebutuhan dalam implementasi sistem keselamatan pasien Rumah Sakit. Untuk inilah maka faktor SDM rumah sakit, khususnya perawat menjadi semakin penting. Pemahaman terhadap pola pelayanan terkini yang dikembangkan, menjadi tuntutan dan keinginan pasien perlu dilandasi oleh pengetahuan dan sikap serta kualitas lingkungan kerja yang mendukung untuk penerapannya.

Secara umum hal ini pula dilandasi pemahaman bahwa SDM sebagai investasi/modal bagi instansi/organisasi bukan sebagai *liability* (beban/cost). SDM mempunyai peranan penting karena memiliki bakat, tenaga dan kreativitas yang sangat dibutuhkan untuk menggerakkan suatu organisasi/institusi. Di era globalisasi-menuntut organisasi meningkatkan strategi melalui peningkatan produktivitas sumber daya manusia, yang dilakukan secara terencana, terarah intensif, dan efektif, serta efisien. Sangat penting disadari bahwa keberhasilan suatu organisasi adalah dengan meningkatkan kualitas sumber daya manusianya. SDM merupakan faktor yang sangat berharga, sehingga sudah semestinya organisasi/perusahaan/institusi bertanggung jawab untuk memelihara kualitas kehidupan kerja (*Quality of Work Life/QWL*) dan membina tenaga kerjanya agar bersedia memberikan sumbangan secara optimal untuk mencapai tujuan organisasi/perusahaan.

Universitas Indonesia

Kualitas kehidupan kerja mempunyai pengaruh yang sangat besar untuk meningkatkan kinerja organisasi dan kinerja organisasi sangat dipengaruhi oleh baik/buruknya kinerja individu/kinerja pegawai, sebab dalam kerangka organisasi terdapat hubungan antara kinerja perorangan dengan kinerja organisasi, atau dengan kata lain pencapaian prestasi suatu organisasi tidak dapat terlepas dari prestasi kinerja suatu kelompok dan individu di dalamnya. Menurut Bambang Kusriyanto yang dikutip oleh Harbani Pasolong dalam bukunya “Teori Administrasi Publik” kinerja pegawai adalah hasil kerja perseorangan dalam suatu organisasi, (Pasolong, 2007:175). Di rumah sakit sebagai suatu organisasi sistem pelayanan kesehatan, perawat sebagai salah satu komponen SDM, kinerjanya tidak dapat terlepas dari pengaruh kualitas kehidupan kerja di rumah sakit.

Aspek kinerja salah satunya dalam implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit. Implementasi sistem ini tak terlepas dari kinerja individu, di samping sistem dan *culture* yang dibangun oleh rumah sakit. Kualitas kehidupan kerja rumah sakit merupakan aspek yang penting pula yang harus dibangun untuk menciptakan kinerja individu yang maksimal.

2.3. Kinerja Sumber Daya Manusia (SDM)

2.3.1. Pengertian Kinerja

Menurut Brush (2007), semangat kerja (*morale*) adalah perasaan seseorang individu terhadap pekerjaan dan organisasinya. Semangat kerja merupakan daya dorongan bagi seseorang untuk berkinerja, sehingga kinerja merupakan turunan langsung dari semangat kerja. Hal ini dikarenakan naik turunnya kinerja tak terlepas dari naik turunnya semangat kerja. Dengan demikian penilaian semangat kerja dapat dilakukan melalui penilaian kinerja (Usman, 2009).

Mangkunegara (2010) mengemukakan bahwa kinerja adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang pekerja dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Pengertian lain, kinerja adalah penampilan hasil karya personel dalam suatu organisasi, Ilyas (2002) dan As'ad (1995) menyebutkan kinerja karyawan merupakan

Universitas Indonesia

kesuksesan seseorang dalam melaksanakan suatu pekerjaan baik kuantitas maupun kualitas, kinerja berbeda dengan perilaku kerja.

Perilaku kerja adalah perilaku yang berhubungan dengan kinerja yaitu perilaku yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu jabatan atau tugas. Perilaku kerja adalah apa yang dikerjakan dalam upaya menampilkan hasil karya yang diharapkan (kinerja). Dengan demikian, perilaku kerja merupakan komponen yang sangat penting dalam menentukan kinerja (Ilyas, 2002 dalam Nurhasanah, 2010). Oleh karena itu kinerja SDM adalah prestasi kerja atau hasil kerja (*output*) baik kualitas maupun kuantitas yang dicapai SDM persatuan periode waktu dalam melaksanakan tugas kerjanya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya, (Mangkunegara, 2010).

Kinerja individu adalah hasil kerja karyawan baik dari segi kualitas maupun kuantitas berdasarkan standar kerja yang telah ditentukan. Kinerja individu ini akan tercapai apabila didukung oleh atribut individu, supaya kerja (*effort*) dan dukungan organisasi. Dengan kata lain, kinerja individu adalah hasil:

- a. Atribut individu, yang menentukan kapasitas untuk mengerjakan sesuatu. Atribut individu meliputi faktor individu (kemampuan dan keahlian, latar belakang serta *demografie* dan faktor psikologis meliputi persepsi, *attitude*, *personality*, pembelajaran dan motivasi.
- b. Upaya kerja (*work effort*), yang membentuk keinginan untuk mencapai sesuatu.
- c. Dukungan organisasi, yang memberikan kesempatan untuk berbuat sesuatu. Dukungan organisasi meliputi sumber daya, kepemimpinan, lingkungan kerja, struktur organisasi dan *job design*, (Mangkunegara, 2010)

Kinerja organisasi tergantung kinerja individu. Dari aspek individu menjadi penting karena karakteristik individu harus mempunyai pengetahuan yang relevan dalam hal penentu kinerja individu. Psikologi dan psikologi social memberikan kontribusi atas pengetahuan yang relevan mengenai hubungan antar sikap, persepsi, kepribadian, nilai-nilai dan kinerja individu. Namun masih perlu motivasi individu,

Universitas Indonesia

sebab motivasi dan kemampuan berinteraksi akan menentukan kinerja, (Gibson, 1997).

Dalam sebuah penelitian khusus penata-laksanaan Kasus Flu Burung, ditemukan adanya pengaruh pengetahuan, sikap dan ketrampilan terhadap kinerja perawat. Dari ketiga variabel tersebut, variabel sikap mempunyai pengaruh paling dominan terhadap kinerja, (Yuliasuti, 2007). Namun sikap juga dipengaruhi oleh pengetahuan dan motivasi. Hasil penelitian dalam penerapan program *patient safety*, diperoleh adanya pengaruh bersama-sama pengetahuan perawat dan motivasi perawat terhadap sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif Dr. Moewardi, Surakarta. Secara berdiri sendiri ada hubungan antara pengetahuan atau motivasi dengan sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif rumah sakit tersebut, (Ariyani, 2009). Penelitian yang mempunyai kemiripan dilakukan oleh Wulansih dan Widodo (2008) dalam penelitiannya yang berjudul hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap keluarga dengan kekambuhan pada pasien Skizofrenia di RSJD Surakarta. Hasil penelitian ini mendapatkan kesimpulan tidak ada hubungan signifikan antara tingkat pengetahuan dan kekambuhan pada pasien skizofrenia, namun ada hubungan yang signifikan antara sikap keluarga dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia. Hal ini menunjukkan contoh pengaruh yang lebih kuat pada sikap daripada tingkat pengetahuan terhadap kinerja, yang dalam hal ini berupa sesuatu upaya mengatasi kondisi kekambuhan pasien skizofrenia.

2.3.2. Evaluasi Kinerja.

Evaluasi kinerja karyawan yang dikemukakan oleh Leon C. Menggison (1981: 310) dikutip oleh Mangkunegara (2010) menyebutkan bahwa:” Penilaian prestasi kerja (*performance appraisal*) adalah suatu proses yang digunakan pimpinan untuk menentukan apakah seorang karyawan melakukan pekerjaannya sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya”. Sumber lain menyebutkan bahwa penilaian pegawai merupakan evaluasi yang sistematis dari pekerjaan pegawai dan potensi yang dapat dikembangkan. Penilaian dalam proses penafsiran atau penentuan nilai,

kualitas atau status dari beberapa obyek orang ataupun sesuatu (barang) (Andrew E. Sikula 1981: 2005, Evaluasi kinerja SDM Mangkunegara, 2010).

Di dalam melakukan evaluasi kinerja karyawan memerlukan panduan. Cukup banyak panduan yang dapat dipakai untuk evaluasi kinerja karyawan. Di bawah ini dikemukakan salah satu panduan evaluasi kinerja karyawan yang dikemukakan oleh James E. Neal Jr. (2003) dalam Mangkunegara, (2010) dalam Evaluasi Kinerja SDM. Tingkatan atau gradasi penilaian kinerja dibedakan menjadi:

1. Tidak memuaskan
2. Dibawah rata-rata
3. Rata-rata
4. Memuaskan dan
5. Luar biasa.

Parameter kinerja yang diukur cukup banyak meliputi:

1. Akurasi, yaitu pemenuhan standar akurasi
2. Prestasi, kemampuan menyelesaikan tugas dan tanggung jawab
3. Administrasi, menunjukkan efektivitas administratif
4. Analitis, analisis secara efektif
5. Komunikasi, berkomunikasi dengan pihak lain
6. Kompetensi, menunjukkan kemampuan dan kualitas
7. Kerjasama, bekerja sama dengan orang lain
8. Kreativitas, menunjukkan daya imajinasi dan daya kreatif
9. Pengambilan keputusan, pengambilan keputusan dan pemberian solusi
10. Pendelegasian, menunjukkan orang yang diberi kuasa untuk berbicara atau bertindak bagi orang lain
11. Dapat diandalkan, menunjukkan sifat yang dapat dipercaya
12. Improvisasi, peningkatan kualitas atau kondisi yang lebih baik
13. Inisiatif, mengemukakan gagasan, metode dan pendekatan baru
14. Inovasi, pengenalan metode dan prosedur baru
15. Keahlian interpersonal, menampilkan keahlian hubungan manusiawi

Universitas Indonesia

16. Keputusan, pertimbangan fakta dan alasan sebelum membuat opini, rekomendasi atau tindakan nyata
17. Pengetahuan, pemahaman posisi dan kondisi yang relevan
18. Kepemimpinan, menunjukkan otoritas yang kuat dan kapasitas untuk memimpin
19. Pembelajaran, mendapatkan pengetahuan dan keahlian melalui pengalaman, instruksi atau belajar
20. Manajemen, yaitu pengaturan dan pengawasan sumber-sumber
21. Motivasi, merangsang dan membangkitkan semangat diri sendiri dan orang lain
22. Negosiasi, berunding dengan orang lain melalui diskusi dan kompromi untuk mencari kesepakatan.

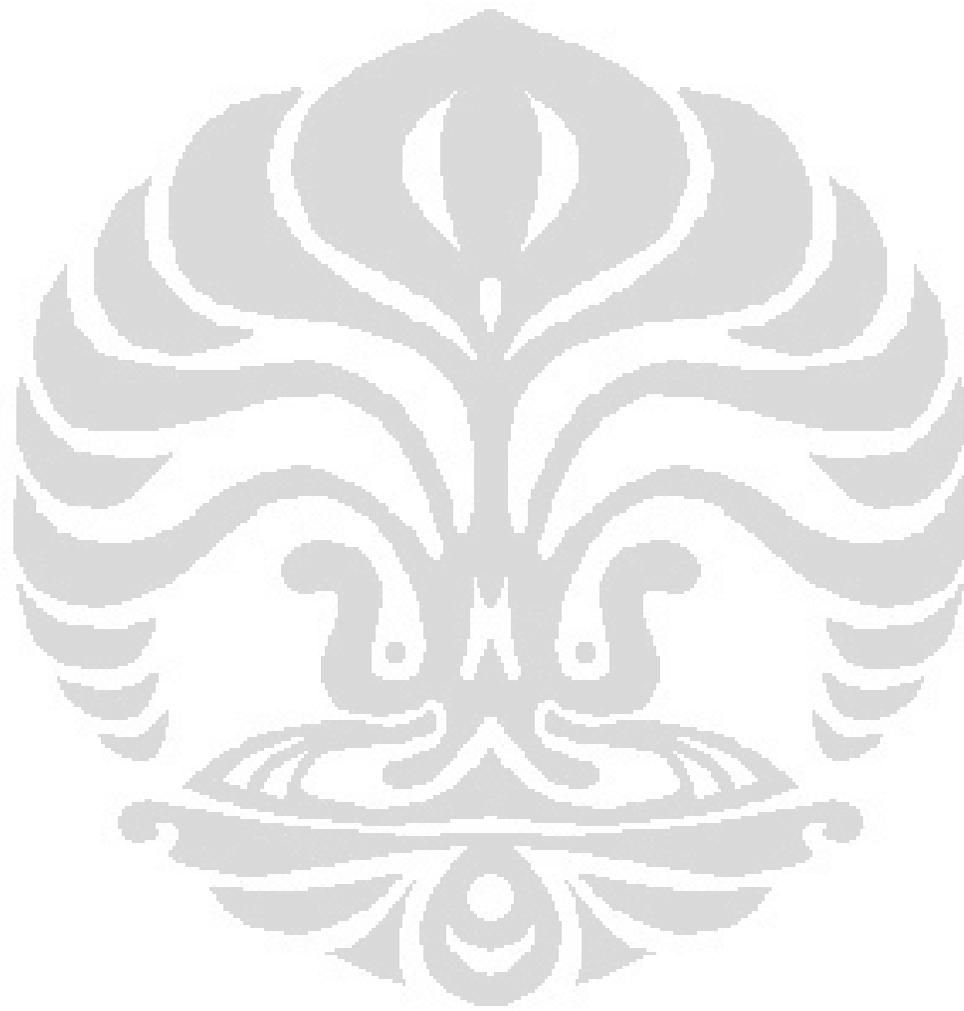
Panduan evaluasi kinerja karyawan tersebut dipandang cukup lengkap dan dapat diadopsi untuk evaluasi kinerja perawat dalam konteks penerapan sistem keselamatan pasien di rumah sakit.

Pengembangan teknik evaluasi kinerja atau penilaian kinerja dengan memandang dari empat sisi yaitu dari diri sendiri, penilaian mitra, penilaian atasan dan penilaian bawahan yang disebut sebagai *360 degree assessment*, akan memberikan data lebih baik dan dapat dipercaya, karena dilakukan silang oleh bawahan, mitra dan atasan. Data penilaian merupakan nilai kumulatif dari ketiga penilai dengan harapan dapat mengurangi kerancuan dan kesubjektifan dibanding dengan apabila penilaian hanya dari satu sisi, (Ilyas, 1999 dalam Nurhasanah, 2010).

Seperti diketahui bahwa kinerja perawat sebagai komponen SDM rumah sakit akan berpengaruh kepada kinerja rumah sakit, sehingga evaluasi kerjanya diperlukan untuk memberikan gambaran kinerja rumah sakit, khususnya dalam implementasi sistem keselamatan rumah sakit. Namun di sisi lain perlu diperhatikan pula, aspek individu perawat sebagai faktor manusia. Sebab salah satu prinsip yang direkomendasikan IOM dalam laporannya *To Err Is Human* (2000) untuk penerapan sistem keselamatan pasien di rumah sakit adalah mendesain pekerjaan dengan memperhatikan faktor manusia. Ini berarti dalam penataannya memperhatikan jam kerja, beban kerja, *staffing ratio*, dan *shift* dengan memperhatikan faktor

Universitas Indonesia

kelelahan, siklus tidur dan lain-lain. Mendesain pekerjaan untuk keselamatan juga termasuk melakukan training, menugasi orang tertentu untuk pekerjaan spesifik, dan mengantisipasi bila karyawan yang tidak masuk kerja/ berhenti bertugas, (Hamdani, 2007). Mempertimbangkan faktor-faktor ini semua tampak bahwa kualitas kehidupan kerja organisasi secara langsung berpengaruh terhadap kinerja perawat.



Universitas Indonesia

BAB III

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT XY

3.1. Sejarah Umum Rumah Sakit

Rumah sakit XY merupakan rumah sakit privat didirikan pada tahun 1972 dengan nama Rumah Sakit OM. Pengembangan tahap pertama dilakukan pada tahun 1986 dengan meningkatkan kapasitas hingga 50 tempat tidur dan dipimpin oleh salah seorang tokoh dokter yang juga guru besar. Pengembangan berikutnya pada tahun 1992 dengan menambah kapasitas hingga 180 tempat tidur dengan kelengkapan fasilitas lain sehingga mampu melayani sebagian besar bidang spesialis dan bidang subspecialis. Atas pengembangan tersebut rumah sakit OM berganti nama. Pada tahun 2001 OM berganti nama lagi menjadi rumah sakit XY oleh karena perubahan kepemilikan.

3.2. Falsafah, Motto, Visi dan Misi Rumah Sakit.

Visi Rumah Sakit XY adalah: *“to be the preferred choice for excellence in healthcare”*. Sedangkan misinya adalah: *“to provide personalized patient care excellence to our customers”*. Rumah Sakit XY memiliki filosofi 4 C yaitu: *Care, Courtesy, Character and Capability*.

3.3. Struktur Organisasi Rumah Sakit.

Alamat rumah sakit XY : Rumah Sakit Privat XY berlokasi di wilayah Kecamatan Pulogadung, Jakarta Timur, DKI-Jakarta Indonesia 13210. Ph +21 472 xxxx, 472xxxx (Hunting) Fax. 21 470 xxxx

Luas tanah: 6180 m²

Luas bangunan: 11.195 m², terdiri dari 5 lantai

Struktur Organisasi Rumah Sakit XY (dalam Lampiran 3)

3.4. Sumber Daya Manusia Rumah Sakit.

Berikut ini adalah kualifikasi dan jumlah sumber daya manusia rumah sakit XY:

Tabel 3.1 Kualifikasi Dan Jumlah Ketenagaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit

No.	Jenis SDM	Jumlah	Persentase (%)
1.	Dokter Spesialis	109	15,6 %
2.	Dokter Spesialis Full Timer	90	12,91 %
3.	Dokter Umum	12	1,72 %
4.	Dokter Gigi	7	1,00 %
5.	Dokter Gigi Spesialis	2	0,28 %
6.	Perawat	205	28,98 %
7.	Bidan	23	3,29 %
8.	Farmasi	28	4,01 %
9.	Tenaga kesehatan lain	70	10,04 %
10.	Tenaga non kesehatan	283	40,60 %
	Total	697	100 %

Kelas Perawatan dan Jumlah Tempat Tidur.

Tabel 3.2 Jumlah Tempat Tidur Menurut Kelas Perawatan.

No.	Jenis kelas perawatan	Jumlah TT	Persentase
1.	Kelas VVIP	7	3,46 %
2.	Kelas VIP	34	16,83 %
3.	Kelas I	26	12,87 %
4.	Kelas II	42	20,79 %
5.	Kelas III	55	27,22 %
6.	Perawatan Anak	10	4,95 %
7.	ICU	6	2,97 %
8.	Bayi dan Perinatologi	21	10,39 %
9.	Ruang Isolasi	1	0,49 %
	Total	202	100 %

Universitas Indonesia

3.5. Kinerja rumah sakit.

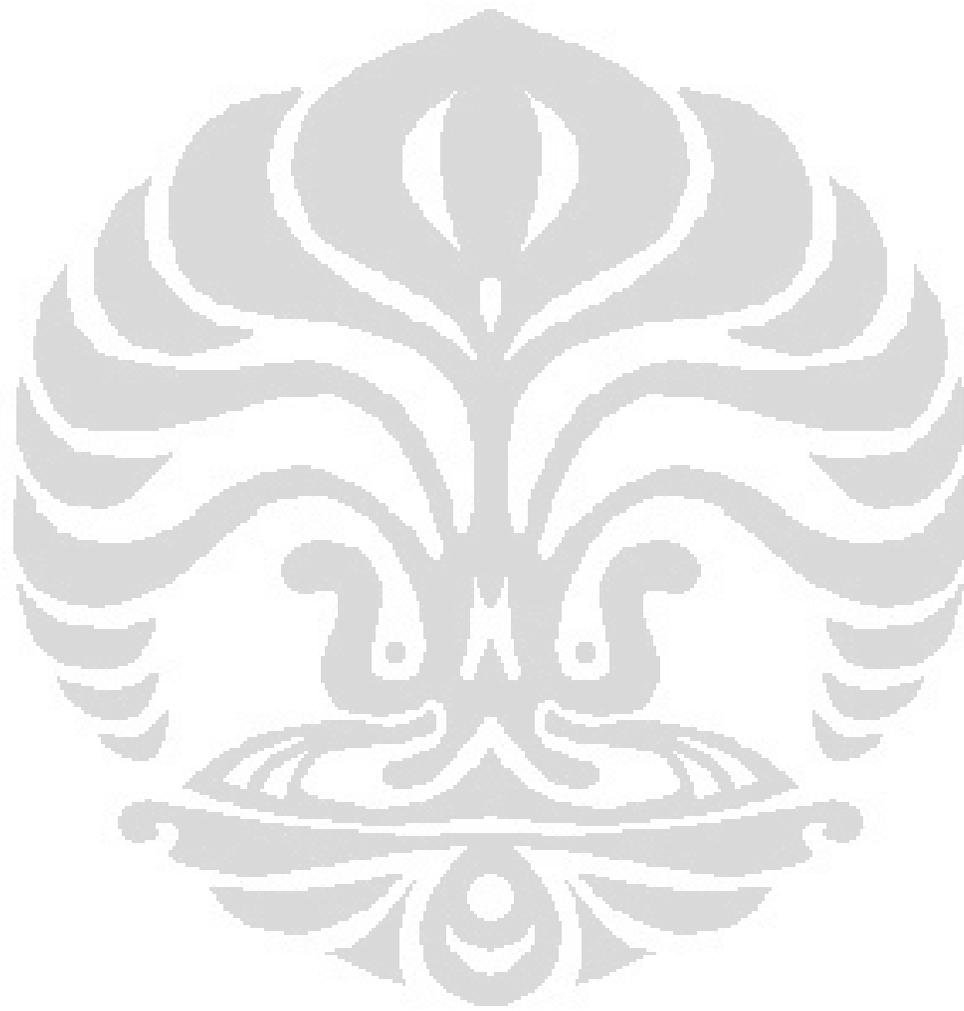
Rumah sakit XY, saat ini merupakan tipe B, telah lulus Akreditasi Nasional untuk 16 Pelayanan pada tahun 2009-2012.

Tabel 3.3 Jenis Pelayanan Rumah Sakit XY.

Pelayanan 24 jam	Unit Gawat Darurat (UGD) Laboratorium Radiologi Farmasi Ambulance
Pelayanan Rawat Jalan	Poliklinik Spesialis Poliklinik Umum Poliklinik Gigi dan Mulut
Pelayanan Klinik Spesialis	
Pelayanan ICU	
Pelayanan Hemodialisa	
Pelayanan Rawat Inap	
Pelayanan Penunjang Medis: Farmasi, Laboratorim dan Radiologi	
Pelayanan Medical Check-Up	
Pelayanan Kamar Jenazah	

Kinerja Rumah Sakit XY tahun 2010.

- BOR rata-rata : 68%
- *Average Length Of Stay (LOS)*: 3,41
- Rata-rata rawat jalan: 279,22
- Jumlah hari rawatan: 29.781
- Jumlah partus spontan: 90
- Jumlah Operasi :2700.

**Universitas Indonesia**

BAB IV

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

4.1. Kerangka Teori

Rumah sakit sebagai suatu sistem pelayanan terdiri atas struktur, proses, dan *outcome*, ketiganya merupakan aspek-aspek yang digunakan dalam pelayanan kesehatan. Di antara ketiganya terdapat saling interaksi dan interdependensi yang kuat. Mutu pelayanan yang berorientasi keselamatan pasien dapat dipandang sebagai *output/outcome*, sedang SDM dalam hal ini perawat sebagai input. Perawat menjadi subyek penelitian didasari fakta sebagai petugas pelayanan langsung berhadapan dengan pasien dan waktu yang lebih banyak dan sering berhubungan dengan pasien. Salah satu hal pokok yang menjadi tujuan (*outcome*) penerapan sistem keselamatan pasien adalah mencegah dan meminimalkan terjadinya *adverse event*.

Adverse event di definisikan sebagai sebagai cedera pada pasien yang lebih disebabkan oleh manajemen medis dari pada penyakit yang mendasarinya atau kondisi pasien. Sedangkan *medical errors* didefinisikan sebagai kegagalan melaksanakan suatu rencana yang lengkap yang sudah ditentukan atau penggunaan rencana yang salah untuk mencapai suatu tujuan. Didalam buku panduan nasional keselamatan pasien, Insiden Keselamatan Pasien (IKP) meliputi: KTD, KNC, KPC dan kejadian Sentinel (Departemen Kesehatan. RI, 2006)

Konsep James Reason (1990) seperti yang dikutip dari Vincent C., Taylor Adam (2003) bahwa *error* lebih banyak disebabkan oleh kegagalan sistem dibandingkan dengan kelalaian individu. Kegagalan sistem ini yang dikenal dengan *latent error*, termasuk didalamnya adalah tidak adekuatnya komunikasi, *staffing* dan kepemimpinan yang lemah serta lingkungan kerja yang penuh stress. Direktur dari *Agency for Healthcare Research and Quality* (2004) menyatakan bahwa untuk membangun keselamatan pasien, harus ada lingkungan atau budaya yang memungkinkan para profesi di rumah sakit untuk berbagi informasi mengenai masalah-masalah keselamatan pasien kemudian melakukan tindakan untuk

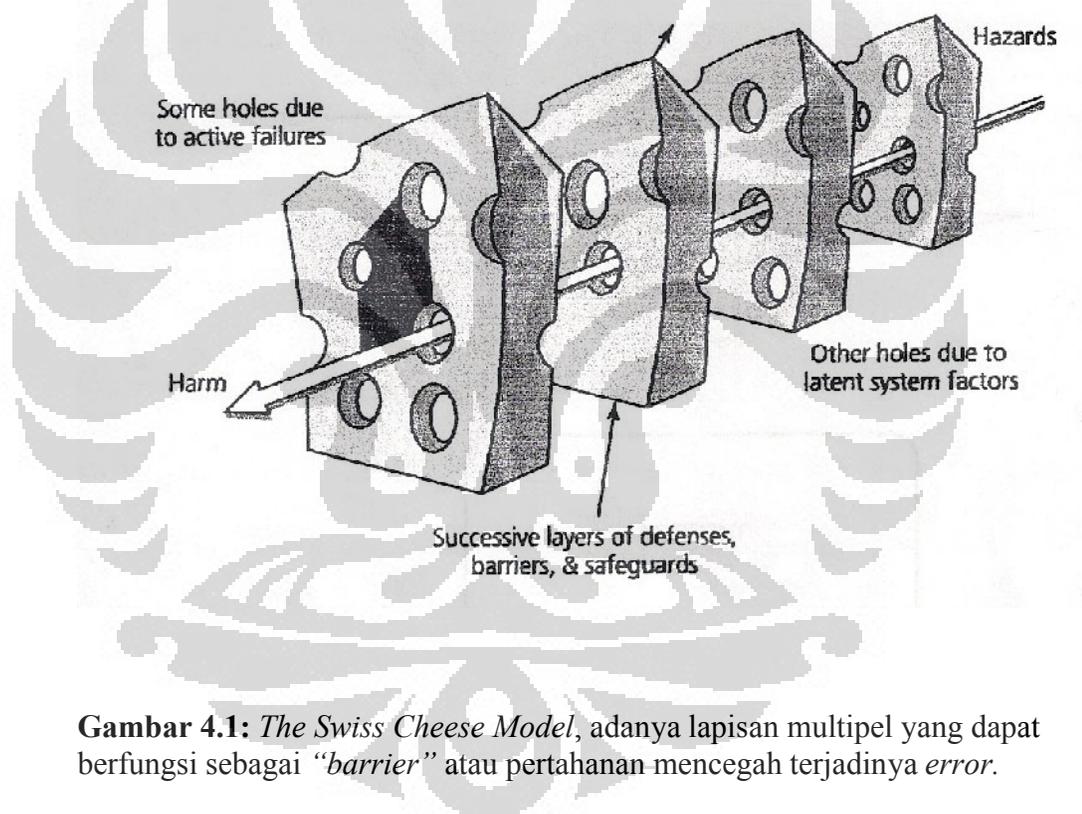
perbaikan, (Hamdani, 2007). Dari konsep ini tampaknya sebagian dari komponen dari kualitas kehidupan kerja termasuk sebagai *latent error* terjadinya IKP.

Ada dua teori yang dapat menerangkan terjadinya Insiden Keselamatan Pasien ini adalah:

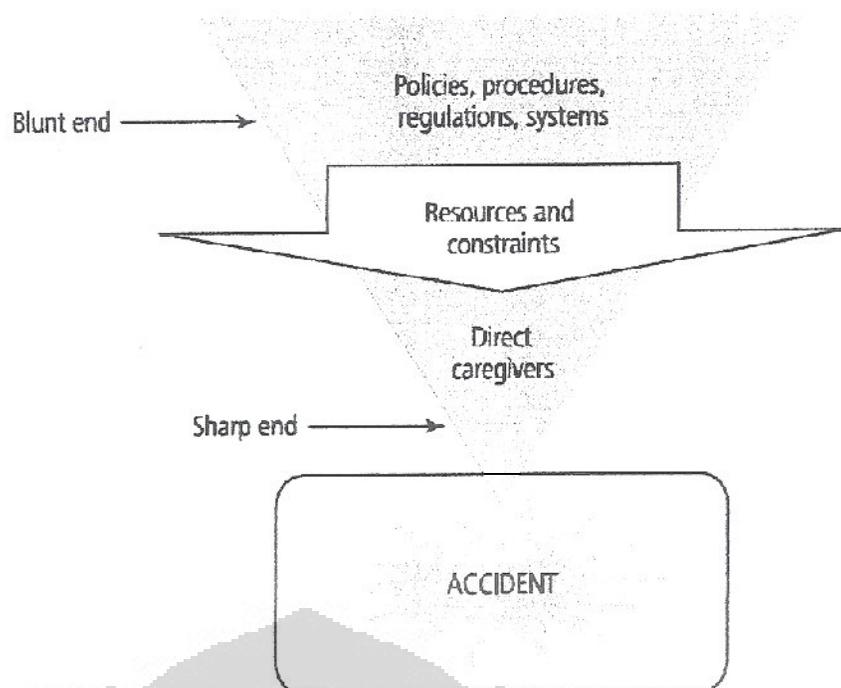
1. *The Swiss Cheese Model* (Model Keju Swiss)
2. *Blunt End/Sharp End Model* (Model Ujung Tumpul/Ujung Tajam).

Kedua teori tersebut pada hakekatnya memberi penjelasan bahwa Insiden Keselamatan Pasien terjadi ada multipel-faktor yang saling berpengaruh dan berinteraksi antara petugas pemberi layanan langsung dengan sistem, kebijakan, prosedur dan tata regulasi yang dibangun.

Kedua gambar berikut mengilustrasikan kedua model penyebab terjadinya IKP



Gambar 4.1: *The Swiss Cheese Model*, adanya lapisan multipel yang dapat berfungsi sebagai “*barrier*” atau pertahanan mencegah terjadinya *error*.



Gambar 4.2: *The Blunt End/Sharp End Model*, menerangkan adanya ujung tajam sebagai penyebab langsung (*active error*) dan ujung tumpul sebagai penyebab tidak langsung (*latent error*) terjadinya IKP

Keterangan:

- Tujuan implementasi sistem keselamatan pasien → mencegah/menurunkan Insiden Keselamatan pasien.
- Terjadinya Insiden Keselamatan Pasien, dapat dipengaruhi ujung tajam dan ujung tumpul, *active error* dan *latent error*.
- Ujung tajam/*active errors*: petugas pemberi layanan kesehatan di garis depan rumah sakit, dalam penelitian ini adalah perawat yang bertugas di unit kerja pelayanan pasien di rumah sakit.
- Ujung tumpul/*latent error*: kebijakan, prosedur, peraturan-regulasi sistem. Asumsinya kualitas kehidupan kerja rumah sakit (*Quality of Work Life/QWL*) termasuk ujung tumpul dalam konteks kontribusi terjadinya IKP ini.

Dalam penerapan sistem keselamatan pasien rumah sakit tidak boleh terfokus pada sistem mikro, tetapi harus terintegrasi dalam sistem mikro ke sistem makro (organisasi dan lingkungan) dalam bentuk adanya dukungan sistem dan

Universitas Indonesia

kebijakan/strategi, sehingga akan ada penyusunan kebijakan dan infra struktur pada *level* institusi dan adanya sikap profesional dan fokus kepada pasien pada *level* individu/tenaga kesehatan, (Uyainah 2006).

Laporan dari delegasi peserta Konperensi *International Society for Quality in Healthcare (ISQUa)*, yang mengutip dari Buletin *IHQN* Vol. II No. 2 tahun 2006, menyimpulkan bahwa gerakan Keselamatan Pasien yang pada waktu itu masih dalam taraf *infancy*/masa pertumbuhan, juga di negara maju, menyebutkan bahwa untuk menumbuhkan gerakan keselamatan pasien tidak boleh hanya terfokus pada sistem mikro (misalnya hanya fokus di rumah sakit) tetapi harus terintegrasi dari sistem mikro ke sistem makro (organisasi dan lingkungan) dalam bentuk dukungan sistem dan kebijakan/strategi, sehingga akan ada penyusunan kebijakan dan infrastruktur pada level institusi, dan adanya sikap profesional dan fokus kepada pasien pada level individu/ tenaga kesehatan, (Uyainah, 2006).

Salah satu prinsip yang direkomendasikan IOM dalam laporannya *To Err Is Human* (2000) untuk penerapan keselamatan pasien di rumah sakit adalah mendesain pekerjaan dengan memperhatikan faktor manusia. Ini berarti dalam penataannya memperhitungkan jam kerja, beban kerja, *staffing ratio*, dan shift dengan memperhatikan faktor kelelahan, siklus tidur dan lain-lain. Mendesain pekerjaan untuk keselamatan juga termasuk melakukan pelatihan, menugasi orang tertentu untuk pekerjaan spesifik, dan mengantisipasi bila karyawan yang tidak masuk kerja/berhenti bertugas, (Hamdani 2007).

Memperhatikan beberapa landasan teori tersebut. yaitu teori sebab-sebab terjadinya IKP, adanya *latent error* dan *active error*, serta upaya implementasi sistem keselamatan pasien yang harus terintegrasi antara faktor manusia pada *level* individu dan organisasi, implementasi yang tidak hanya fokus pada hal-hal mikro tetapi juga harus adanya integrasi ke sistem makro antara lain lingkungan termasuk kualitas kehidupan kerja maka dalam penelitian ini mempunyai beberapa hal pokok variabel yaitu kinerja atau semangat kerja petugas kesehatan dalam hal ini perawat, pengetahuan dan sikap perawat terhadap sistem kesehatan pasien serta kualitas kehidupan kerja sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas kehidupan kerja sebagai faktor lingkungan kerja.

Universitas Indonesia

Variabel Kinerja atau Semangat Kerja

Menurut Brush (2007), semangat kerja (*morale*) adalah perasaan seseorang individu terhadap pekerjaan dan organisasinya. Semangat kerja merupakan daya dorong bagi seseorang untuk berkinerja, sehingga kinerja merupakan turunan langsung dari semangat kerja. Hal ini dikarenakan naik turunnya kinerja tak terlepas dari naik turunnya semangat kerja. Dengan demikian penilaian semangat kerja dapat dilakukan melalui penilaian kinerja, (Usman, 2009). Namun kinerja individu dipengaruhi oleh pengetahuan yang relevan, sikap, persepsi kepribadian, nilai-nilai individu. Namun perlu ada motivasi, sebab interaksi antara kemampuan dan motivasi menentukan kinerja individu. Kinerja organisasi tergantung kinerja individu, (Gibson, 1997).

Mangkunegara (2000) mengemukakan bahwa kinerja adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang pekerja dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. As'ad (1995) menyebutkan kinerja karyawan merupakan kesuksesan seseorang dalam melaksanakan suatu pekerjaan.

Dari beberapa pemahaman tersebut diatas dapat dirumuskan beberapa variabel penelitian sebagai berikut:

- **Variabel dependen/terikat:** Kinerja perawat dalam implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit, penilaian dilakukan oleh atasan langsung.
- **Variabel independen/bebas:** Kualitas kehidupan kerja (*Quality of Work Life/QWL*) rumah sakit, dengan penilaian dilakukan menurut persepsi perawat yang bekerja/bertugas di rumah sakit tersebut.
- **Variabel independen/bebas:** Pengetahuan dan sikap perawat tentang sistem keselamatan Pasien.

Insiden Keselamatan Pasien di rumah sakit (IKP): akan selalu menjadi masalah dalam organisasi/institusi pelayanan kesehatan. Hal yang terpenting adalah upaya mencegah atau menurunkannya. Oleh karena setiap *errors* harus dianggap serius oleh karena menyangkut keselamatan pasien.

Universitas Indonesia

Upaya pencegahan atau penurunan IKP ini *manageble*, dapat diupayakan dan diintervensi baik dari variabel individu maupun dari variabel organisasi. Variabel individu meliputi pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap sistim keselamatan pasien. Ujung tajam merupakan *active error* dan ujung tumpul merupakan *latent error*. Perawat merupakan salah satu komponen SDM yang berada di ujung tajam pelayanan kesehatan. Sehingga pengetahuan dan sikap perawat tentang keselamatan pasien ini sangat penting dalam upaya kontribusi mencegah dan mengurangi terjadinya IKP. Sedangkan kualitas kehidupan kerja merupakan upaya manajemen dalam mengintervensi organisasi dapat ditempatkan sebagai ujung tumpul dan merupakan *latent error*, yang juga harus diintervensi dalam upaya kontribusi mencegah dan menurunkan terjadinya IKP.

4.2. Kerangka Konsep

Rumah sakit sebagai suatu sistim terdiri atas input, proses dan *output/outcome*. Untuk ketiganya saling berpengaruh, terjadi saling interaksi dan interdependensi yang kuat. Mutu pelayanan yang berorientasi keselamatan pasien dapat dipandang sebagai *output/outcome*, sedang SDM dalam hal ini perawat sebagai *input*. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang bertugas di garis depan pelayanan memerlukan pengetahuan, sikap yang mendukung implementasi sistim keselamatan pasien.

Kinerja perawat dipengaruhi oleh naik turunnya semangat kerja dalam melaksanakan tugas-tugas asuhan keperawatan. Semangat kerja di pengaruhi oleh pengetahuan dan sikap perawat terhadap sistim keselamatan pasien itu sendiri. Salah satu hal pokok yang menjadi tujuan penerapan sistim keselamatan pasien adalah pencegahan atau pengurangan *adverse event*. *Adverse event* di definisikan sebagai sebagai cedera pada pasien yang lebih disebabkan oleh manajemen medis dari pada penyakit yang mendasarinya atau kondisi pasien. Sedangkan *medical error* didefinisikan sebagai kegagalan melaksanakan suatu rencana yang lengkap yang sudah ditentukan atau penggunaan rencana yang salah untuk mencapai suatu tujuan. *Adverse events* termasuk dalam IKP.

Ada dua teori yang dapat menerangkan terjadinya Insiden Keselamatan Pasien ini adalah:

1. Model keju Swiss menurut James reason, David D, Woods dan Richard Cook (Murphy DM, 2009)
2. Model Ujung Tumpul/Ujung Tajam, menurut David Woods dan Richard Cook (Murphy, 2009).

Kedua teori tersebut pada hakekatnya memberi penjelasan bahwa insiden keselamatan pasien terjadi ada faktor yang saling berpengaruh dan berinteraksi antara petugas pemberi layanan kesehatan dengan sistim yang dibangun. Sistim yang dibangun berupa dukungan dari organisasi pelayanan dalam bentuk kualitas kehidupan kerja. Karena kualitas kehidupan kerja rumah sakit yang dibangun dengan baik akan meningkatkan kinerja perawat dalam mencegah atau mengurangi terjadinya IKP dalam implementasi system keselamatan pasien rumah sakit.

Dalam “*Swiss Cheese Model*” suatu insiden keselamatan pasien terjadi karena adanya salah satu *defect* dari rangkaian multipel proses dalam sistim pelayanan kesehatan. Sedangkan “*teori ujung tumpul/ujung tajam*” mengasumsikan bahwa petugas pemberi layanan kesehatan berada di ujung tajam, sedangkan sistim yang melatarbelakanginya berada di ujung tumpul. Pelayanan kesehatan yang diberikan sangat dipengaruhi oleh keputusan, kebijakan dan peraturan yang dibuat berada di ujung tumpul. Ujung administrasi dapat menghasilkan suatu daya tetapi juga dapat menimbulkan hambatan dan konflik yang membentuk lingkungan yang mempengaruhi petugas layanan kesehatan/pekerja teknis langsung.

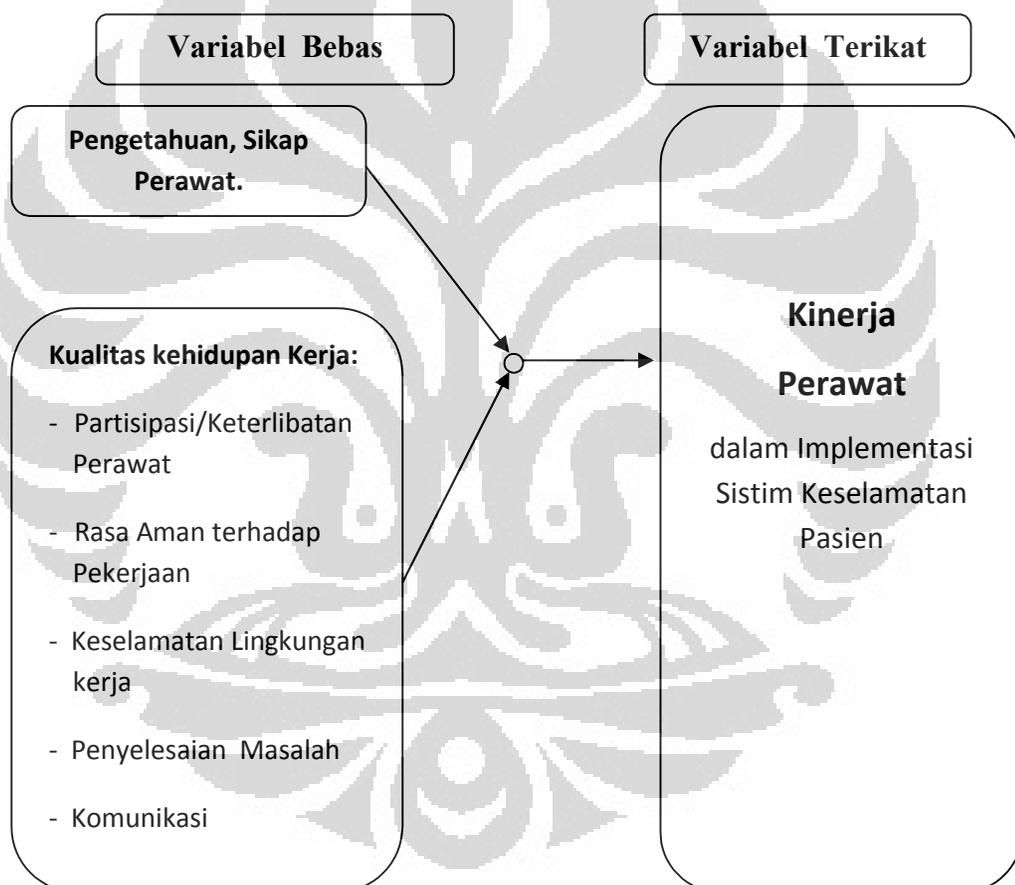
Active error adalah error yang terjadi pada operator garis depan yang dampaknya langsung dapat dirasakan. *Active error* ini merupakan ujung tajam pelayanan kesehatan. *Latent error* lebih cenderung berada di luar kendali operator garis depan, dan melatar belakangi misalnya desain buruk, instalasi yang tidak tepat, pemeliharaan yang buruk, kesalahan keputusan manajemen dan struktur organisasi yang buruk. *Latent error* ini lebih cenderung merupakan ujung tumpul pelayanan kesehatan. Memperhatikan beberapa landasan teori tersebut. yaitu teori sebab-sebab terjadinya IKP, adanya *latent error* dan *active error*, serta upaya

Universitas Indonesia

implementasi sistem keselamatan pasien yang harus terintegrasi antara faktor manusia pada level individu dan organisasi, implementasi yang tidak hanya fokus pada hal-hal mikro tetapi juga harus adanya integrasi ke sistem makro antara lain lingkungan termasuk kualitas kehidupan kerja maka dalam penelitian ini mempunyai beberapa hal pokok variabel yaitu kinerja petugas kesehatan dalam hal ini perawat, pengetahuan dan sikap perawat terhadap sistem kesehatan pasien serta kualitas kehidupan kerja sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja individu/perawat tetapi sebagai faktor organisasi.

Secara konseptual, penelitian ini mengacu dan mengadopsi teori Model Ujung Tumpul/ Ujung tajam terjadinya IKP dari David D. Wood. Dan Richard Cook (Murphy, 2009).

Kerangka Konsep Penelitian Dapat Digambarkan sbb.:



Gambar 4.3 : Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Antara Variabel Bebas dan Terikat



Gambar 4.4: Hubungan Program QWL dengan Kinerja.

4.3. Hipotesis

Ada hubungan antara pengetahuan, sikap dan kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat dalam implementasi sistem keselamatan.

4.4. Definisi Operasional

- Pengetahuan

Definisi operasional: pengetahuan adalah hal-hal yang diketahui perawat tentang materi sistem keselamatan pasien. Yang akan diteliti adalah bagaimana gambaran pengetahuan perawat terhadap sistem keselamatan pasien sebagai satu variabel bebas implementasi sistem keselamatan pasien.

Materi sistem keselamatan pasien yang diteliti meliputi materi panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (terdiri atas standar dan tujuh langkah menuju keselamatan pasien), pedoman pelaporan IKP dan materi versi standar internasional dari *Joint Commision International/JCI* yang terdiri atas:

Universitas Indonesia

- IPSP 1 : Melakukan identifikasi pasien secara tepat
- IPSP 2 : Meningkatkan komunikasi yang efektif
- IPSP 3 : Meningkatkan keamanan penggunaan obat yang membutuhkan perhatian
- IPSP 4 : Mengurangi risiko salah operasi, salah pasien, dan tindakan operasi
- IPSP 5 : Mengurangi risiko infeksi
- IPSP 6 : Mengurangi risiko pasien cedera karena jatuh.

Cara ukur : dengan menjawab atau mengisi kuesioner.

Alat ukur : kuesioner dengan daftar pertanyaan, alternatif jawaban dengan penilaian angka sebagai berikut:

2 = Jawaban Benar (B)

1 = Jawaban Salah (S).

Hasil Ukur:

Baik: \geq Median

Kurang: $<$ Median.

Skala ukur : Ordinal.

- **Sikap**

Definisi operasional: sikap adalah penilaian menurut persepsi perawat tentang materi sistem keselamatan pasien. Variabel yang akan diteliti adalah bagaimana gambaran sikap perawat terhadap sistem keselamatan pasien sebagai satu variabel bebas implementasi sistem keselamatan pasien.

Materi sistem keselamatan pasien yang diteliti meliputi materi panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (terdiri atas standar dan tujuh langkah menuju keselamatan pasien), pedoman pelaporan IKP dan materi versi standar internasional dari *Joint Commision International/JCI* yang terdiri atas:

Universitas Indonesia

- IPSP 1: Melakukan identifikasi pasien secara tepat
- IPSP 2: Meningkatkan komunikasi yang efektif.
- IPSP 3: Meningkatkan keamanan penggunaan obat yang membutuhkan Perhatian
- IPSP 4: Mengurangi risiko salah operasi, salah pasien dan tindakan operasi
- IPSP 5: Mengurangi risiko infeksi
- IPSP 6: Mengurangi risiko pasien cedera karena jatuh.

Cara ukur: dengan menjawab atau mengisi kuesioner.

Alat ukur: kuesioner dengan daftar pertanyaan, alternatif jawaban dengan penilaian angka sebagai berikut:

- 4 = sangat setuju (SS)
- 3 = setuju (S)
- 2 = tidak setuju (TS)
- 1 = sangat tidak setuju (STS).

Hasil Ukur:

Positif/Baik: \geq Median

Kurang: $<$ Median.

Skala ukur : Ordinal

- **Kualitas Kehidupan Kerja (*Quality of Work Life/QWL*):**

Definisi operasional: adalah penilaian menurut persepsi perawat yang dirasakan dan dialami terhadap suasana kehidupan di lingkungan unit kerja rumah sakit, meliputi: 1. Keterlibatan/partisipasi karyawan, 2. Rasa aman dalam pekerjaan, 3. Keselamatan lingkungan kerja, 4. Penyelesaian masalah, dan 5. Komunikasi.

Universitas Indonesia

Cara ukur: dengan mengisi/menjawab kuesioner.

Alat ukur: kuesioner daftar pertanyaan, dengan penilaian angka sebagai berikut:

4= sangat setuju (SS)

3= setuju (S)

2= tidak setuju (TS)

1= sangat tidak setuju (STS).

Hasil ukur: tingkatan/gradasi kualitas kehidupan kerja diklasifikasikan menggunakan median.

Baik: \geq Median

Kurang: Median

Skala data: Kategorik

-Kinerja

Definisi operasional: adalah penilaian hasil kerja atau penampilan hasil kerja perawat oleh atasan langsung/kepala ruangan, berkaitan dengan materi Sistem Keselamatan Pasien menggunakan 8 parameter yaitu: akurasi, prestasi, administrasi, komunikasi, kompetensi, kerjasama, kemampuan interpersonal dan pembelajaran. Materi penilaian menurut Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit, pedoman pelaporan IKP, IPSPG dan Manajemen klinis keperawatan.

Materi sistem keselamatan pasien menurut standar Internasional/*JCI*:

- IPSPG 1: Melakukan identifikasi pasien secara tepat
- IPSPG 2: Meningkatkan komunikasi yang efektif.
- IPSPG 3: Meningkatkan keamanan penggunaan obat yang membutuhkan perhatian.
- IPSPG 4: Mengurangi resiko salah operasi, salah pasien dan tindakan operasi.

Universitas Indonesia

- IPSP 5: Mengurangi risiko infeksi
- IPSP 6: Mengurangi risiko pasien cedera karena jatuh.

Panduan evaluasi Kinerja karyawan (kemukakan oleh James E.Neal Jr.,2030) yang diadopsi, telah dikemukakan di depan. bersifat umum, sehingga perlu dicari relevansinya dalam konteks implementasi sistim keselamatan pasien. Dengan dikaitkan dalam konteks implementasi keselamatan pasien di rumah sakit, tidak semua parameter komponen evaluasi kinerja. (James. E. Neal Jr., 2003) diadopsi atau dilaksanakan dalam penelitian ini.

Beberapa komponen berikut dianggap penting dan mempunyai relevansi dengan substansi yang ada dalam Panduan Nasional Ssistim Keselamatan Pasien Rumah Sakit, yaitu:

1. Akurasi, hal ini berhubungan dengan akurasi bekerja ketepatan menghitung seluruh bahan yang memasuki area steril dalam proses pembedahan dan kecermatan melihat hasil pemeriksaan penunjang yang kritis.
2. Prestasi, hal ini berkaitan dengan kemampuan penyelesaian tugas dan tanggung jawabnya dalam asuhan keperawatan.
3. Administrasi, hal ini diperlukan dalam mengembangkan sistim pelaporan IKP.
4. Komunikasi, dalam hal ini kemampuan berkomunikasi dalam melibatkan pasien dan keluarganya. Komunikasi adalah kunci dalam keselamatan pasien.
5. Kompetensi, hal ini berkaitan dengan butir mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko dan mencegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien dan kompetensi manajemen klinis asuhan keperawatan
6. Kerja sama, hal ini diperlukan untuk kasus-kasus konsultasi, keaktifan mendiskusikan dan mengkaji bersama kasus-kasus IKP.
7. Kemampuan Interpersonal, berkaitan dengan standar mendidik pasien dan keluarganya.

Universitas Indonesia

8. Pembelajaran, berkaitan dengan belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.

Cara ukur: dengan menjawab/mengisi kuesioner.

Alat ukur: kuesioner daftar pertanyaan, dengan penilaian angka sebagai berikut:

4= Sangat Baik (SB)

3= Baik (B)

2= Kurang baik (KB)

1= Tidak Baik (TB).

Hasil ukur: tingkatan/gradasi kualitas kehidupan kerja diklasifikasikan menggunakan median sbb.:

Baik : \geq Median

Kurang: $<$ Median

Skala data: Kategorik.

Secara lebih ringkas definisi operasional, cara ukur, hasil ukur dan skala data dapat ditampilkan dalam Tabel 4.1 berikut:

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No.	Definisi Operasional Variabel	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Pengetahuan: hal-hal yang diketahui perawat tentang materi SKP tentang Panduan Nasional, Pedoman Pelaporan IKP dan IPSPG 1 s/d 6.	Mengisi/ menjawab kuesioner	Kuesioner, dengan alternatif jawaban: Benar=2 Salah=1	Baik: \geq Median Kurang: $<$ Median	Ordinal
2.	Sikap: penilaian menurut persepsi perawat tentang materi SKP tentang Panduan nasional, sistem pelaporan IKP dan IPSPG 1 s/d6	Mengisi/ menjawab kuesioner	Kuesioner, dgn alternatif jawaban: SS = 4, S = 3, TS = 2, STS= 1	Baik: \geq Median Kurang: $<$ Median	Ordinal

Universitas Indonesia

3.	Kualitas Kehidupan Kerja: penilaian menurut persepsi perawat yang dirasakan dan dialami terhadap suasana kerja rumah sakit, yang meliputi 5 komponen, yaitu: Partisipasi, Rasa aman, Keselamatan kerja, Penyelesaian masalah dan Komunikasi.	Mengisi/menjawab kuesioner	Kuesioner, dengan alternatif jawaban: SS = 4, S = 3, TS = 2, STS=1	Baik: \geq Median Kurang: $<$ Median	Ordinal
4.	Kinerja: Penilaian hasil kerja atau penampilan hasil karya perawat oleh atasan langsung/kepala ruangan berkaitan dg. implementasi SKP, menggunakan 8 parameter, yaitu: Akurasi, Prestasi, Administrasi, Komunikasi, Kompetensi, Kerjasama, Kemampuan interpersonal dan Pembelajaran.	Mengisi/menjawab kuesioner	Kuesioner, dengan alternatif jawaban: SB = 4 B = 3 KB = 1 TB = 1	Baik : \geq Median Kurang: $<$ Median	Ordinal

BAB V

METODE PENELITIAN

5.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan *cross sectional* yaitu: dengan mempelajari dinamika dan hubungan antara gambaran-gambaran *profile* data yang didapatkan pada saat yang sama, yaitu: bagaimana gambaran pengetahuan dan sikap perawat, kualitas kehidupan kerja di rumah sakit penelitian menurut penilaian persepsi perawat dan kinerja perawat menurut penilaian kepala ruangan dalam implementasi sistem keselamatan pasien di rumah sakit.

5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan rumah sakit XY, di wilayah Kecamatan Pulogadung, Jakarta Timur, Jakarta, 13210. Lokasi penelitian merupakan rumah sakit privat, tipe B sesuai kategori UU no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan sudah mengikuti penilaian Akreditasi Nasional dari KARS Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Waktu yang dipakai untuk melakukan penelitian ini diawali dengan pembuatan kuesioner penelitian, uji coba validitas dan reliabilitas kuesioner dilakukan pada minggu ketiga November 2011. Dari hasil uji validitas dan reliabilitas dilakukan pengambilan kuesioner yang valid dan reliabel, kemudian dilakukan revisi kuesioner. Penelitian dilakukan dengan membagikan kuesioner kepada para responden melalui koordinator dan kepala ruangan pada minggu ke III- IV Desember 2011 dan minggu I Januari 2012.

5.3. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian adalah perawat yang bekerja di rumah sakit. Rumah sakit yang dijadikan tempat bekerja adalah satu rumah sakit XY di Jakarta. Teknik pengambilan sampel dengan membagikan kuesioner kepada perawat yang bertugas memberikan pelayanan kepada pasien di unit rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, kamar operasi, dan ICCU di rumah sakit tersebut.

Keselamatan pasien adalah suatu sistim sehingga representasi populasi target yang akan diambil sebagai sampel/responden adalah seluruh perawat yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien di unit-unit kerja pelayanan rumah sakit. Khusus untuk penilaian kinerja perawat responden yang diteliti adalah atasan langsung perawat/kepala ruangan di unit kerja pelayanan.

5.3.1. Penentuan besarnya sampel penelitian (*sample size*)

Penentuan besarnya sampel didasarkan atas prinsip bahwa sampel yang lebih besar akan memberikan hasil yang lebih akurat dan pengambilan sampel secara acak memberikan data kuantitatif yang lebih representatif. Besar/kecilnya sampel bukan satu-satunya ukuran untuk menentukan representatif atau tidaknya terhadap populasi. Hal ini tergantung pula pada sifat-sifat populasi yang diwakilinya, (Notoatmodjo, 2010).

Pada penelitian ini sampel diambil secara acak dari seluruh populasi perawat yang bekerja di unit-unit pelayanan kepada pasien di rumah sakit XY, meliputi unit rawat inap, rawat jalan, kamar operasi, gawat darurat dan ICCU. Populasi perawat rumah sakit XY berjumlah 202 responden, sesuai Tabel Kerjcie dan Morgan (1970), diperoleh sampel sejumlah 132 responden (Tabel 5.6. Kerjcie dan Morgan terlampir). Sugiyono, (2009) menyebutkan untuk penentuan besarnya sampel ini, pada populasi sebesar 200 orang responden, sampel minimal sebesar 127 orang responden pada α 0,05.

5.3.2. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Penentuan kriteria inklusi dan eksklusi dilakukan agar karakteristik sampel tidak menyimpang dari populasinya. Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. Sedangkan kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel, (Notoatmodjo, 2010).

Universitas Indonesia

Pada penelitian ini kriteria inklusi responden adalah perawat yang telah bertugas di unit kerja pelayanan minimal 6 (enam) bulan dan pernah mendapat pendidikan-pelatihan dengan topik sistem keselamatan pasien minimal satu kali.

Kriteria inklusi untuk responden kuesioner D yaitu penilaian kinerja adalah kepala ruangan yang telah menjabat sebagai kepala ruangan minimal enam bulan. Sedangkan kriteria eksklusi responden adalah perawat yang bekerja di unit kerja pelayanan dimaksud kurang dari enam bulan dan belum pernah sama sekali mendapat pendidikan dan pelatihan sistem keselamatan pasien. Untuk responden kuesioner D kriteria eksklusinya adalah perawat yang menjabat kepala ruangan kurang dari waktu 6 (enam) bulan.

5.4. Pengumpulan Data

5.4.1. Sumber Data

Sumber data berasal dari data primer yang dikumpulkan dengan melakukan pengisian angket/kuesioner isian dari responden/perawat yang bekerja di unit-unit kerja pelayanan di rumah sakit penelitian.

Untuk kuesioner kinerja perawat diberikan kepada kepala ruangan dimana perawat-perawat bekerja di unit-unit kerja pelayanan rumah sakit.

5.4.2. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner yang terdiri atas bagian A, B, C dan D.

Lembar 1 merupakan lembar persetujuan dan data identitas perawat. Data identitas perawat meliputi: nama, umur, pendidikan terakhir, lama bekerja di Rumah Sakit ini, Bagian/ kerja perawat yang bersangkutan dan pertanyaan apakah dalam dua tahun terakhir ini mendapat pelatihan dengan topik keselamatan pasien, dan bila ya dilanjutkan dimana mendapatkan pelatihan tersebut. Data ini digunakan sebagai informasi tambahan dalam kepentingan pembahasan hasil-hasil penelitian.

Universitas Indonesia

Kuesioner A merupakan data isian mengenai pengetahuan perawat menurut persepsi diri sendiri yang bekerja di unit-unit kerja pelayanan rumah sakit penelitian. Materi atau substansi pertanyaan untuk pengetahuan keselamatan pasien diadopsi dari Buku panduan nasional keselamatan pasien, pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien dan IPSG 1 s/d 6.

Pertanyaan variabel pengetahuan sebanyak 15 butir, dengan pertanyaan positif sebanyak tiga butir (pertanyaan nomer 3, 5, dan 11) dan pertanyaan negatif sebanyak 12 butir (pertanyaan 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14 dan 15)

Tabel 5. 1: *Blue Print* Kuesioner Pengetahuan Perawat

No.	No.Pertanyaan	Total Pertanyaan
1. IPSG 1	5, 7, 8, 14	4
2. IPSG 2	10, 13	2
3. IPSG 3	-	-
4. IPSG 4	4	1
5. IPSG 5	6, 15	2
6. IPSG 6	9, 11	2
7. Panduan Nasional dan Pelaporan Insiden	1, 2, 3, 12	5

Kuesioner B merupakan data isian mengenai sikap perawat menurut persepsi diri sendiri yang bekerja di unit-unit kerja pelayanan di rumah sakit penelitian. Materi atau substansi pertanyaan sikap perawat diadopsi dari Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien dan Pedoman Pelaporan IKP serta *IPSG 1 sampai dengan 6*. Pertanyaan variabel sikap sebanyak 23 butir dengan pertanyaan positif sebanyak 11 butir (pertanyaan 1, 2, 3, 4, 7, 9, 11, 12, 13, 14 dan 15) dan pertanyaan negatif sebanyak 12 butir (pertanyaan 5, 6, 8, 10, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 dan 23).

Tabel 5.2: *Blue Print* Kuesioner Sikap Perawat

No.	No. Pertanyaan	Total Pertanyaan
1. IPSTG 1	7, 8	2
2. IPSTG 2	20, 21	2
3. IPSTG 3	9, 10, 11, 12, 13, 14	6
4. IPSTG 4	15, 17, 18	3
5. IPSTG 5	1	1
6. IPSTG 6	19, 22, 23	3
7. Panduan Nasional dan Pelaporan Insiden	2, 3, 4, 5, 6, 16	6

Kuesioner C merupakan data isian tentang kualitas kehidupan kerja di unit kerja pelayanan menurut penilaian persepsi perawat. Variabel kualitas kehidupan kerja terdiri atas 5 sub-variabel dengan 21 butir pertanyaan, 20 pertanyaan positif (pertanyaan nomor 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 dan 21) dan satu pertanyaan negatif (pertanyaan nomor 2).

Tabel 5.3 : *Blue Print* Kuesioner Kualitas Kehidupan Kerja

No.	No. Pertanyaan	Total Pertanyaan
1. Keterlibatan/partisipasi karyawan	1,2,3,13,17	5
2. Rasa aman dalam pekerjaan	4,5	2
3. Keselamatan lingkungan kerja	6,9,10,11,12	5
4. Penyelesaian masalah	7,8,14,15,16	5
5. Komunikasi	18,19,20, 21	4

Kuesioner D merupakan data isian tentang penilaian kinerja perawat oleh atasan langsung/kepala ruangan di tempat perawat bekerja sehari-hari. Variabel

Universitas Indonesia

kinerja mempunyai 8 sub-variabel dengan jumlah pertanyaan sebanyak 28 butir seluruhnya pertanyaan positif.

Tabel 5. 4: *Blue Print* Kuesioner Kinerja Perawat

No. Pertanyaan	No. Pertanyaan	Total
1. Akurasi	8,13	2
2. Prestasi	1,2,3,4,5,23	6
3. Administrasi	6,7,9	3
4. Komunikasi	10,11,12,13	4
5. Kompetensi	14,15,16,17,18,19,27	7
6. Kerjasama	20, 25	2
7. Kemampuan Interpersonal	21,22,28	3
8. Pembelajaran	24,26	2

Instrumen penelitian dapat digambarkan lebih lanjut sbb.:

- 1). Kuesioner A merupakan data isian menyangkut identitas responden, meliputi: Nama, umur, tempat bekerja, pendidikan terakhir, lama bekerja, dan data pendidikan/pelatihan tentang materi sistem keselamatan pasien.
- 2). Kuesioner B data isian mengenai pengetahuan perawat menurut pandangan penilaian diri sendiri terhadap materi Sistem Keselamatan Pasien rumah sakit.
- 3). Kuesioner C data isian mengenai sikap menurut pandangan penilaian persepsi diri sendiri terhadap Sistem Keselamatan pasien Rumah sakit.

Universitas Indonesia

Sistem Keselamatan pasien yang dijadikan penilaian adalah materi keselamatan pasien dalam panduan nasional sistem keselamatan pasien dan *International Patient Safety Goals (IPSG /JCI)* yang meliputi:

IPSG 1.: Melakukan identifikasi pasien secara tepat.

IPSG 2: Meningkatkan komunikasi yang efektif.

IPSG 3: Meningkatkan keamanan penggunaan obat yang membutuhkan perhatian.

IPSG 4: Mengurangi risiko salah lokasi, salah pasien dan tindakan operasi.

IPSG 5: Mengurangi risiko infeksi.

IPSG 6: Mengurangi risiko pasien cedera karena jatuh.

Pengetahuan perawat tentang materi Sistem Keselamatan Pasien diperoleh dengan pengisian kuesioner dengan penilaian Betul dan Salah, dengan pemberian angka 2 untuk jawaban Betul dan 1 untuk Salah. Sikap perawat terhadap Sistem Keselamatan Pasien Rumah sakit diperoleh dengan pengisian kuesioner dengan menggunakan skala pengukuran dengan kisaran 1-4 dengan alternatif jawaban sebagai berikut:

4= sangat setuju (SS)

3= Setuju (S)

2= tidak setuju (TS)

1= sangat tidak setuju (STS).

3). Kuesioner D mengenai kualitas kehidupan kerja menurut persepsi perawat, dengan menggunakan skala pengukuran Likert 1-4.

Dari komponen Kualitas kehidupan Kerja (*Quality of Work Life/QWL*) tidak semua diteliti. Komponen QWL yang akan diteliti meliputi 4 komponen menurut persepsi perawat, yaitu meliputi komponen:

Universitas Indonesia

- 1). Keterlibatan/partisipasi karyawan, 2). Rasa aman terhadap lingkungan kerja, 3). Keselamatan lingkungan kerja, 4). Penyelesaian masalah, dan 5). Komunikasi .

Masing-masing komponen *Quality of Work Life/QWL* di rumah sakit tempat perawat bekerja diberikan nilai :

- 4 = sangat setuju (SS)
- 3 = setuju (S)
- 2 = tidak setuju (TS)
- 1 = sangat tidak setuju (STS).

4). Kuesioner D data isian mengenai indikator kinerja perawat menurut penilaian atau persepsi atasan langsung/kepala ruangan di unit kerja pelayanan. Data identitas kepala ruangan meliputi: nama, umur, tempat bekerja, pendidikan terakhir, lama bekerja, lama menjabat sebagai kepala ruangan dan data pendidikan/pelatihan tentang materi sistem keselamatan pasien.

Seperti telah disebutkan dimuka, dengan dikaitkannya dalam konteks implementasi keselamatan pasien di rumah sakit, tidak semua komponen evaluasi kinerja menurut James. E. Neal Jr, (2003), dilaksanakan. Hal ini didasarkan atas relevansi substansi yang berhubungan dengan materi dalam panduan sistem keselamatan pasien rumah sakit, maka yang diadopsi meliputi sembilan butir penilaian yaitu:

1. Akurasi, hal ini berhubungan dengan akurasi bekerja dalam asuhan keperawatan kesesuaian bekerja dengan SPO, akurasi identitas pasien, tindakan, pemberian obat, dosis obat dsb.
2. Prestasi, hal ini berkaitan dengan kemampuan penyelesaian tugas dan tanggung jawabnya.
3. Administrasi, hal ini diperlukan dalam mengembangkan sistem pelaporan IKP.
4. Komunikasi, dalam hal ini kemampuan berkomunikasi dalam melibatkan pasien dan keluarganya. Komunikasi adalah kunci dalam keselamatan pasien.

Universitas Indonesia

5. Kompetensi, hal ini berkaitan dengan butir mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko dan mencegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien.
6. Kerja sama, hal ini diperlukan untuk kasus-kasus konsultasi.
7. Keahlian interpersonal, mendidik pasien dan keluarganya.
8. Pembelajaran, berkaitan dengan belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.

Penilaian terhadap kinerja dilakukan oleh atasan langsung/kepala ruangan dengan alternatif masing-masing jawaban butir pertanyaan dengan menggunakan angka sbb.:

4 = sangat memuaskan (SM)

3 = memuaskan (M)

2 = kurang memuaskan (KM)

1 = tidak memuaskan (TM)

5.4.3. Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner yang telah disusun sebagai alat ukur harus dilakukan pengujian, semacam uji coba "*trial*" di lapangan. Respondennya adalah perawat dan kepala ruangan di unit-unit kerja yang akan dilakukan penelitian. Agar diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal, maka direncanakan jumlah responden untuk uji coba paling sedikit 20 orang, (Notoatmodjo, 2010). Hasil-hasil uji coba ini kemudian digunakan untuk mengetahui sejauh mana kuesioner yang telah disusun memiliki validitas dan reliabilitas, sehingga dapat digunakan, (Lampiran 1: Kuesioner Penelitian untuk Uji Validitas dan Reliabilitas)

a. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur-kuesioner yang telah disusun secara benar mengukur apa yang diukur, (Notoatmodjo S., 2010)

Validitas merupakan ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya. Suatu instrumen dapat dikatakan mempunyai validitas tinggi apabila alat ukur tersebut menjalankan fungsi ukurnya dan memberikan hasil ukur sesuai dengan maksud dilakukannya pengukuran tersebut, (Azwar, 2000 dikutip Usman , 2009). Pengujian validitas dilakukan dengan cara mengkorelasikan skor masing-masing butir pertanyaan dengan skor total sebagai hasil penjumlahan semua skor butir pertanyaan dengan menggunakan teknik korelasi “*product moment*” yang rumusnya sebagai berikut (Sugiyono 2000, dikutip Usman J. 2009):

$$r = \frac{n\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2] [n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

- r = koefisien korelasi
- n = jumlah responden
- X = skor butir pertanyaan
- Y = skor total
- XY = skor pertanyaan dikalikan skor total.

Nilai koefisien korelasi (r hitung) masing-masing item pertanyaan dibandingkan dengan nilai korelasi tabel (r tabel) pada taraf $\alpha = 0,05$.

Jika r hitung > r tabel maka item pertanyaan dinyatakan valid (Nurgiyantoro, 2000 dikutip Usman J, 2009).

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur-kuesioner dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas (*ajeg*) bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama, (Notoatmodjo,2010). Perhitungan reliabilitas harus dilakukan hanya pada pertanyaan-pertanyaan yang sudah memiliki validitas.

Sumber lain menyebutkan reliabilitas menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan alat ukur yang sama (Ancok, 1997 dikutip Usman J,2009). Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan formula *Alpha Cronbach* (Nurgiyantoro, 2000 dikutip Usman J, 2009) dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$r = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{\sum 0^2}{0^2} \right]$$

Keterangan:

- r = koefisien reliabilitas
 k = jumlah butir pertanyaan.
 0_1^2 = varian butir pertanyaan
 0^2 = varian skor test.

Instrumen dinyatakan reliabel bilamana koefisien reliabilitasnya mencapai 0,60 (Nurgiyantoro, 2000 dikutip Usman J, 2009).

5.4.4. Cara Pengumpulan Data

Langkah awal untuk mengumpulkan data adalah mengumpulkan daftar nama personil perawat dan kepala ruangan sebagai calon responden, yang bertugas di unit-unit kerja pelayanan di rumah sakit. Unit kerja yang dimaksudkan meliputi unit rawat inap, unit rawat jalan, unit kamar operasi, ICCU, dan gawat darurat.

Kemudian kepada seluruh calon responden diberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian serta tata-cara pengisian kuesioner isian A, B, C, dan D kepada para perawat yang bekerja di rumah sakit penelitian. Kepada seluruh responden/perawat diberikan kuesioner-daftar isian A, B, C dan D untuk diisi. Sedangkan kuesioner D hanya khusus diberikan kepada responden kepala ruangan dengan petunjuk pengisian yang berbeda, bahwa yang dinilai adalah masing-masing perawat yang bertugas di unit kerja yang bersangkutan.

Universitas Indonesia

5.5. Pengolahan dan Analisis Data

5.5.1. Pengolahan Data

Tahapan setelah proses pengambilan data selesai maka data akan dilakukan pengolahan dengan proses *editing* yaitu melakukan klarifikasi, keterbacaan, konsistensi dan kelengkapan data yang sudah dikumpulkan. Selanjutnya dilakukan pengkodean yaitu memberikan kode pada data untuk menerjemahkan data ke dalam kode-kode bentuk angka dan dilanjutkan dengan melakukan pengecekan kesalahan. Selanjutnya dilakukan *re-code* untuk pertanyaan-pertanyaan negatif dengan transformasi nilai responden. Pengecekan kesalahan dilakukan sebelum memasukkan data ke dalam komputer untuk melihat apakah langkah sebelumnya yang telah dijalani telah diselesaikan tanpa kesalahan serius. Proses selanjutnya dengan membuat struktur data yang mencakup semua data yang dibutuhkan untuk analisis kemudian dipindahkan ke dalam komputer. Melakukan pengecekan pre-analisis kemudian dipindahkan ke dalam komputer. Melakukan pengecekan pre-analisis komputer ini untuk mengetahui konsistensi dan kelengkapan data. Proses terakhir dengan melakukan tabulasi yaitu memasukkan data jawaban dari sample kedalam *grand table*, .(Nurhasanah, 2010).

Proses pengolahan data dan perhitungan-perhitungan yang diperlukan dilakukan dengan bantuan komputer menggunakan *software* komputer.

5.5.2. Analisis Data

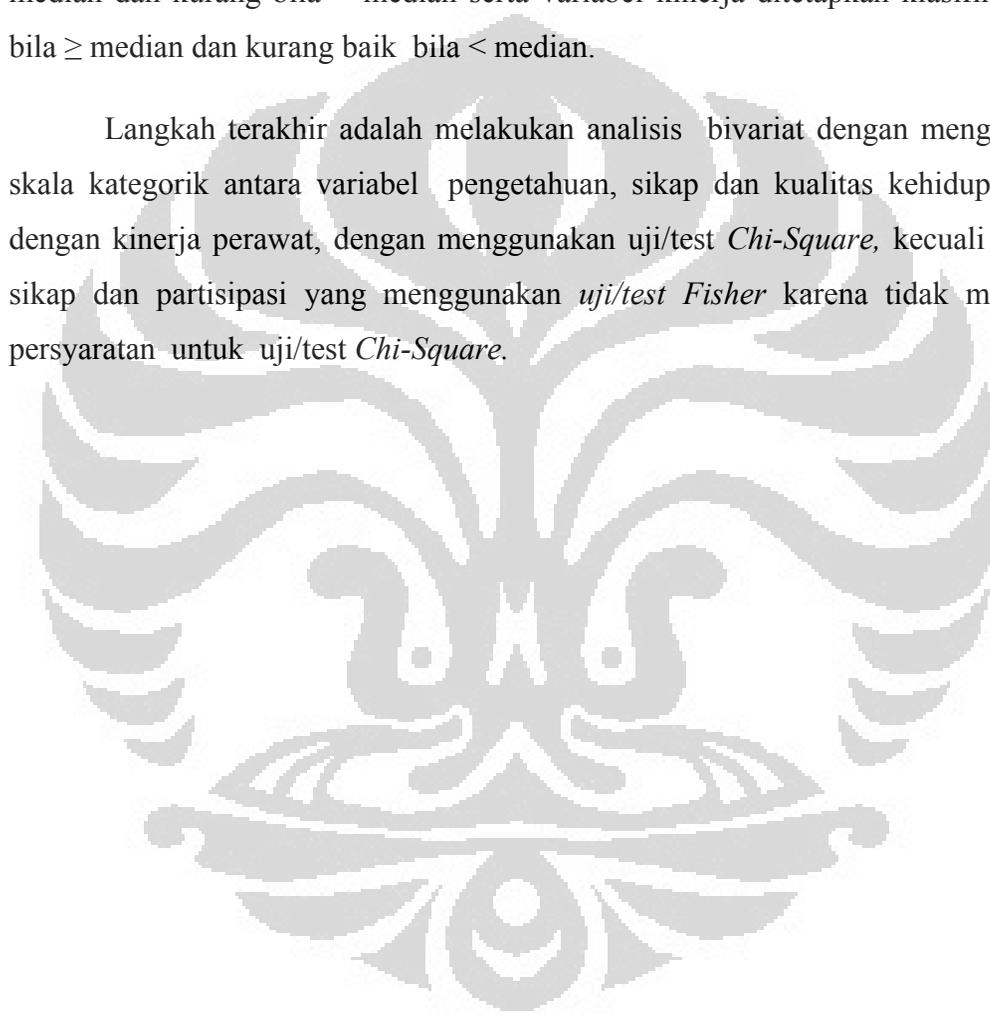
Analisis data pada penelitian ini akan dilakukan dengan 2 (dua) tahap yaitu analisis univariat dan bivariat. Langkah awal lebih banyak menyajikan gambaran umum deskriptif hasil-hasil pengolahan data menurut gambaran umum umur responden, pendidikan dan lama bekerja responden di rumah sakit penelitian. Analisis univariat lebih diupayakan untuk mengetahui gambaran deskriptif hasil-hasil data menurut gambaran pengetahuan, sikap, kualitas kehidupan kerja beserta komponennya serta kinerja perawat beserta komponennya. Analisis univariat juga meliputi deskriptif nilai-nilai subyek tertinggi dan terendah serta kemungkinan faktor-faktor yang berpengaruh.

Universitas Indonesia

Langkah selanjutnya adalah melakukan analisis bivariat untuk mencari hubungan antar variabel yaitu pengetahuan, sikap perawat, kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat. Hubungan antar variabel pertama-tama disajikan dalam skala numerik, yaitu dalam bentuk rerata dan median nilai total subyek variabel pengetahuan, sikap, kualitas kehidupan kerja dan kinerja. Analisis hubungan variabel dalam skala numerik dilakukan dengan menggunakan uji/test *Spearman's rho*.

Langkah berikutnya adalah mengubah hasil-hasil data numerik menjadi kategorik untuk masing-masing variabel. Untuk variabel pengetahuan klasifikasi baik bila \geq median, kurang bila $<$ median, variabel sikap klasifikasi baik bila \geq median dan kurang bila $<$ median, variabel kualitas kehidupan kerja klasifikasi baik \geq median dan kurang bila $<$ median serta variabel kinerja ditetapkan klasifikasi baik bila \geq median dan kurang baik bila $<$ median.

Langkah terakhir adalah melakukan analisis bivariat dengan menggunakan skala kategorik antara variabel pengetahuan, sikap dan kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat, dengan menggunakan uji/test *Chi-Square*, kecuali variabel sikap dan partisipasi yang menggunakan uji/test *Fisher* karena tidak memenuhi persyaratan untuk uji/test *Chi-Square*.



BAB VI

HASIL PENELITIAN

Proses pengambilan data yang dilakukan pada minggu akhir Desember 2011 dan awal Januari 2012, total perawat yang dapat diambil sebagai responden adalah sejumlah 130 orang perawat dan 11 orang kepala ruangan. Kepada keseluruhan responden tersebut dibagikan kuesioner penelitian II (Lampiran 6.2) termasuk kepala ruangan di mana perawat yang bersangkutan bertugas.

Kepala ruangan sebagai atasan langsung hanya mengisi kuesioner D sesuai dengan nama-nama perawat di unit kerjanya yang telah mengisi kuesioner A, B, dan C. Kuesioner dibagikan kepada seluruh responden dan diminta dikumpulkan kembali apabila telah diisi.

Kuesioner yang telah diisi dikumpulkan di masing-masing unit kerja, melalui salah seorang koordinator. Peneliti menerima kuesioner isian dari koordinator perawat secara bertahap, karena ternyata tidak bisa terkumpul secara serentak/bersamaan dari masing-masing unit kerja. Kuesioner diterima seluruhnya apa-adanya baik yang lengkap maupun tidak lengkap untuk dilakukan pengolahan data.

Setelah dilakukan pemeriksaan kelengkapan data, dari 130 kuesioner yang terkumpul, tidak lengkap pengisiannya sebanyak empat orang responden. Sehingga tinggal 126 orang responden. Dari 126 orang responden yang tidak mengisi umur 10 orang, tidak mengisi lama bekerja 13 orang, tidak mengisi tempat unit kerja tiga orang. Dari 126 orang responden yang pernah mendapat pelatihan dengan topik keselamatan pasien sebanyak 78 orang (61,9%) dan tidak mendapat pelatihan sebanyak 48 orang (38,1%).

Kriteria inklusi penelitian adalah responden perawat yang pernah mendapat pelatihan dengan topik keselamatan pasien minimal satu kali dan lama bekerja di rumah sakit minimal 6 bulan. Dari 78 orang responden yang mempunyai lama bekerja minimal 6 bulan sebanyak 57 orang responden. Sehingga jumlah responden

perawat yang memenuhi kriteria inklusi dan data yang dianalisis selanjutnya sebanyak 57 orang.

Sebelumnya telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian uji validitas dan reliabilitas (Lampiran 6.1), pada akhir bulan November 2011. Dalam proses uji validitas dan reliabilitas kuesioner didapatkan 25 orang perawat sebagai responden. Pengisian kuesioner dilakukan setelah kegiatan uji kompetensi keperawatan rumah sakit pada hari Jum'at tanggal 25 Nopember 2011, di ruangan tertutup.

Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel pengetahuan, dari 28 pernyataan didapatkan sembilan pernyataan dinyatakan valid dan reliabel dengan nilai korelasi lebih dari 0,3 dan *Alpha Cronbach's* 0,896. (Tabel 6.1)

Dari variabel sikap sebanyak 38 pernyataan variabel, 23 pernyataan dinyatakan valid dan reliabel (nilai korelasi lebih dari 0,3 dan *Alpha Cronbach's* (0,910). (Tabel 6.2) Dari variabel kualitas kehidupan kerja sebanyak 27 pernyataan, 21 pernyataan dinyatakan *valid* dan *reliabel* (dengan nilai korelasi lebih dari 0,3 dan *Alpha Cronbach's* 0,926), (Tabel 6.3) Sedangkan dari 48 pernyataan variabel kinerja, 28 pernyataan dinyatakan valid dan reliabel (nilai korelasi lebih dari 0,3 dan *Alpha Cronbach's* 0,958), (Tabel 6.4).

Khusus variabel pengetahuan, dilakukan penambahan enam pernyataan dengan memilih pernyataan yang nilai koefisien korelasinya mendekati 0,3 kemudian direvisi dan diubah menjadi pernyataan negatif, sebab ada kecenderungan pernyataan positif menjadi tidak valid. Sehingga variabel pengetahuan yang dipakai dalam penelitian selanjutnya sebanyak 15 butir pernyataan. Setelah didapatkan pertanyaan-pertanyaan yang valid dan reliabel tersebut dilakukan penyusunan ulang pertanyaan-pertanyaan kuesioner dan membuat lebih acak untuk dipakai penelitian selanjutnya.

6.1. Analisis Univariat

Gambaran umum hasil-hasil penelitian:

Universitas Indonesia

Tabel 6.5. Karakteristik Subjek Berdasar Pendidikan, Pelatihan, dan Unit Kerja

	N	%
Pendidikan		
SPK	1	1,8
D3	51	89,5
SPRA/SPRG	5	8,8
Pelatihan (n,%)		
Ya	57	100,0
Unit kerja (n,%)		
Anggrek	4	7,0
Flamboyan	1	1,8
Gardenia	4	7,0
ICU	7	12,3
Kamar Bedah	5	8,8
Kamar Bersalin	2	3,5
Mawar	1	1,8
Poliklinik	19	33,3
Teratai	4	7,0
Tulip	7	12,3
UGD	2	3,5
VK	1	1,8
Total	57	100,0

Pada tabel 6.5 terlihat bahwa:

- a. Pendidikan: sebanyak 57 orang responden, sebagian besar berpendidikan D3 sebanyak 51 orang (89,5%), SPRA/SPRG sebanyak 5 orang (8,8%) dan SPK 1 orang (1,8%).
- b. Pelatihan: dengan pertanyaan mendapat pelatihan topik sistem keselamatan pasien dalam 2 tahun terakhir, dari sebanyak 57 orang (100%) seluruhnya pernah mendapat pelatihan.
- c. Unit kerja: dari sebanyak 57 orang responden, sebanyak 21 orang responden (36,9%) bekerja di unit rawat inap (yang meliputi ruang perawatan Anggrek, Flamboyan, Gardenia, Mawar, Teratai dan Tulip), 19 orang (33,3%) bekerja di Poliklinik, 7 orang (12,3 %) di ICU, 5 orang (8,8%) di kamar bedah, 2 orang (3,5%) di UGD.

Tabel 6.6. Karakteristik Subjek Berdasar Usia Dan Lama Kerja

Variabel	Deskripsi
Usia (tahun)	28,1 ±7,6
Lama kerja (bulan)	24 (9-264)

Dari tabel 6.6 tersebut di atas menunjukkan usia responden dari sebanyak 57 orang responden, umur berkisar dalam rentang minimal 20 tahun maksimal 49 tahun, dengan rata-rata usia 28,0909 dan median 25,000 tahun. Lama bekerja : dari sebanyak 57 orang responden, lama bekerja minimal 9 bulan dan maksimal 264 bulan dengan rata-rata lama bekerja 62,6842 bulan dan median 24,000 bulan, (Tabel 6.6).

6.1.1. Distribusi Responden menurut Pengetahuan.

Dari hasil-hasil jawaban perawat tentang pertanyaan-pertanyaan dengan materi keselamatan pasien menurut JCI dan Panduan Nasional dan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) menunjukkan hasil yang bervariasi.

Tabel 6.7. Skor Masing-Masing Pernyataan Pengetahuan

PERTANYAAN	1,0 (S)		2,0(B)	
	N	%	N	%
IPSG 1				
1.Nomer kamar atau nomer lokasi pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien rawat inap	32	56,1	25,0	43,9
2. Penggunaan identitas pasien dengan menggunakan minimal dua parameter bukan dimaksudkan untuk menghindari kesalahan disebabkan kesamaan atau kemiripan nama pasien	20	35,1	37,0	64,9
3.Penggunaan identitas pasien dg.minimal dua parameter dimaksudkan hanya untuk kelengkapan data, tidak untuk mencegah dan mengurangi kemungkinan terjadinya KTD	12	21,1	45,0	78,9
4.Tujuan penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter bukan untuk mencegah dan mengurangi kemungkinan terjadinya IKP	17	29,8	40,0	70,2
IPSG 2				
1.Komunikasi efektif adalah komunikasi yang panjang dan di-ulang-ulang, tidak berkaitan dengan instruksi verbal/lisan dan via telepon	14	24,6	43,0	75,4
2.Komunikasi SBAR bukanlah cara menginformasikan data kondisi pasien kritis dengan selengkap-lengkapny	22	38,6	35,0	61,4

Universitas Indonesia

PERTANYAAN	1,0 (S)		2,0(B)	
	N	%	N	%
IPSG 5				
1.Tindakan lebih ketat dalam hand-hygiene hanya ditujukan untuk perawat karena perawat yang lebih sering kontak dengan pasien	21	36,8	36,0	63,2
2.Membatasi jumlah pengunjung pasien dan keluarganya bukan dimaksudkan untuk mengurangi risiko infeksi nosocomial	13	22,8	44,0	77,2
IPSG 6				
1.Yang termasuk upaya mencegah dan mengurangi kemungkinan risiko pasien jatuh selama perawatan adalah: melakukan assemen pasien, menandai pasien, memposisikan tempat tidur terendah, meninggikan pagar pengaman, tidak termasuk melakukan pengawasan lebih ketat dan mendekati pasien di dekat <i>nurse station</i>	28	49,1	29,0	50,9
2.Assesmen pasien dengan kemungkinan risiko jatuh tidak hanya dilakukan perawat pada saat pertama pasien masuk perawatan	5	8,8	52,0	91,2
Panduan nasional dan pelaporan insiden				
1.Sistem keselamatan pasien hanya meliputi asesmen risiko, identifikasi risiko dan tidak termasuk pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko selama pasien di rumah sakit.	10	17,5	47,0	82,5
2.IKP hanya meliputi: KTD, KNC, Kejadian Sentinel dan tidak termasuk KPC.	13	22,8	44,0	77,2
3.KTD adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan penyakit dasarnya atau kondisi pasien.	7	12,3	50,0	87,7
4.Tujuan dari sistem keselamatan pasien bukan untuk mencegah dan mengurangi terjadinya KTD, KNC, KPC dan Sentinel.	25	43,9	32,0	56,1

Dari 15 pertanyaan variabel pengetahuan, jawaban betul terbanyak (sebanyak 91,2%) diperoleh dari pertanyaan positif: Asesmen pasien dengan kemungkinan risiko jatuh tidak hanya dilakukan perawat pada saat pertama pasien masuk perawatan (IPSG 6). Jawaban betul termasuk banyak (87,7%) diperoleh untuk pertanyaan positif pengertian KTD adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan penyakit dasarnya atau kondisi pasien. (Panduan Nasional SKP dan Pedoman Pelaporan IKP, 2007).

Jawaban salah terbanyak (56,1%) diperoleh pada pertanyaan positif : Nomor kamar atau nomer lokasi pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien di rawat inap. (IPSG 1). Jawaban salah cukup banyak (49,1%) diperoleh untuk pertanyaan negatif: Yang termasuk upaya mencegah dan mengurangi kemungkinan risiko pasien jatuh selama perawatan adalah: melakukan assesmen pasien, menandai pasien, memposisikan tempat tidur terendah, meninggikan pagar pengaman, tidak termasuk melakukan pengawasan ketat dan mendekatkan pasien di dekat *nurse station*. Sebanyak 43,9% perawat menjawab salah untuk pertanyaan negatif: Tujuan dari sistem keselamatan pasien bukan untuk mencegah dan mengurangi terjadinya KTD, KNC, KPC dan Sentinel,(Tabel 6.7)

Untuk IPSG 3 tidak ada pertanyaan, oleh karena tidak ada pertanyaan yang valid dan reliable pada uji validitas dan reliabilitas. Secara total distribusi nilai subyek untuk variabel pengetahuan menunjukkan rerata 25,63 (70,88%) dan median 26,00 (73,33%), (Tabel 6.4 dan 6.15). Dari distribusi total ini, untuk nilai jawaban pengetahuan responden tentang materi keselamatan pasien menurut JCI yang tertinggi diperoleh untuk IPSG 4 yaitu mean sebesar 82,46% dan median 100%; terendah untuk IPSG 1 yaitu mean 64,47, % dan median 75 %.

Klasifikasi pengetahuan baik sebanyak 31 orang responden (54,4%) dan kurang 26 orang (45,6%), (Tabel 6.16)

Tabel 6.8. Rerata Pengetahuan Dalam Absolut dan Persentase

	N	Rerata	Sb	Median	P25	P75
total_pengetahuan (15-30)	57	25,63	2,89	26,0	24,0	28,0
total_persen_pengetahuan (0-100)	57	70,88	19,30	73,3	60,0	86,7
total_IPSG1pengetahuan (4-8)	57	6,58	1,07	7,0	6,0	7,0
total_persen_IPSG1pengetahuan (0-100)	57	64,47	26,70	75,0	50,0	75,0
total_IPSG2pengetahuan (2-4)	57	3,37	0,67	3,0	3,0	4,0
total_persen_IPSG2pengetahuan (0-100)	57	68,42	33,58	50,0	50,0	100,0
total_IPSG4pengetahuan (1-2)	57	1,82	0,38	2,0	2,0	2,0
total_persen_IPSG4pengetahuan (0-100)	57	82,46	38,37	100,0	100,0	100,0
total_IPSG5pengetahuan (2-4)	57	3,40	0,62	3,0	3,0	4,0
total_persen_IPSG5pengetahuan (0-100)	57	70,18	31,14	50,0	50,0	100,0
total_IPSG6pengetahuan (2-4)	57	3,42	0,50	3,0	5,0	100,0
total_persen_IPSG 6engetahuan (0-100)	57	71,05	24,91	50,0	50,0	100,0
total_panduan_nasional_pengetahuan (5-10)	57	5,21	0,75	5,0	5,0	6,0
total_persen_panduan_nasional_pengetahuan (0-100)	57	73,68	24,99	66,67	66,67	100,0

6.1.2. Distribusi responden menurut variabel sikap.

Dari hasil-hasil jawaban variabel sikap perawat tentang pertanyaan-pertanyaan dengan materi keselamatan pasien menurut JCI dan Panduan Nasional dan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) menunjukkan hasil yang bervariasi.

Tabel 4. Skor Masing-Masing Pernyataan Sikap

PERNYATAAN	1		2		3		4	
	N	%	N	%	n	%	n	%
IPSG 1								
1.Sangat penting penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter untuk mencegah/menghindari terjadinya IKP	0	0,0	4	7,0	28	49,1	25	43,9
2.Memerlukanperhatian cermat dalam menggunakan identitas pasien dengan minimal dua parameter tidak bermanfaat pada saat melakukan tindakan intervensi atau prosedur asuhan keperawatan	9	15,8	9	15,8	31	54,4	8	14,0

Universitas Indonesia

PERNYATAAN	1		2		3		4	
	N	%	N	%	n	%	n	%

IPSG2

1. Penting adanya singkatan-singkatan di rumah sakit yang membingungkan staf karena bukan penyebab terjadinya IKP

4	7,0	15	26,3	27	47,4	11	19,3
---	-----	----	------	----	------	----	------

2. Tidak selalu diperlukan upaya verifikasi untuk akurasi/ketepatan komunikasi verbal / lisan dan via telepon

1	1,8	10	17,5	39	68,4	7	12,3
---	-----	----	------	----	------	---	------

IPSG 3

1. Diperlukan perhatian tinggi keamanan pemberian obat-obat kepada pasien

0	0,0	2	3,5	13	22,8	42	73,7
---	-----	---	-----	----	------	----	------

2. Sangat dibenarkan adanya obat-obat dengan konsentrasi pekat boleh ada di ruangan perawatan

10	17,5	14	24,6	25	43,9	8	14,0
----	------	----	------	----	------	---	------

3. Memerlukan perhatian cermat akurasi pemberian dosis obat kepada pasien

0	0,0	1	1,8	23	40,4	33	57,9
---	-----	---	-----	----	------	----	------

4. Memerlukan perhatian akurasi tinggi cara/route pemberian obat kepada pasien

0	0,0	0	0,0	21	36,8	36	63,2
---	-----	---	-----	----	------	----	------

5. Memerlukan perhatian khusus rupa dan kemasan obat-obatan yang mempunyai kemiripan

0	0,0	0	0,0	12	21,1	45	78,9
---	-----	---	-----	----	------	----	------

6. Memerlukan pengkajian pasien dengan riwayat alergi obat

0	0,0	0	0,0	23	40,4	34	59,6
---	-----	---	-----	----	------	----	------

Universitas Indonesia

PERNYATAAN	1		2		3		4	
	N	%	N	%	n	%	n	%
IPSG 4								
1. Memerlukan perhatian identitas pasien dengan minimal dua parameter untuk pasien yang akan dilakukan operasi	1	1,8	3	5,3	18	31,6	35	61,4
2. Tidak perlu membantu dan mengingatkan dokter/operator untuk melaksanakan prosedur "time out" selama prosedur pembedahan atau operasi.	3	5,3	6	10,5	36	63,2	12	21,1
3. Sangat tidak bermanfaat memperhatikan perhitungan semua bahan yang memasuki are steril selama prosedur pembedahan / operasi	1	1,8	7	12,3	37	64,9	12	21,1
IPSG 5								
1. Sangat penting memperhatikan dengan ketat setiap upaya pencegahan infeksi nosokomial pasien selama dalam perawatan rumah sakit	0	0,0	0	0,0	18	31,6	39	68,4
IPSG 6								
1. Tidak perlu dilaporkan secara tertulis apabila ada pasien jatuh dalam perawatan, karena berdampak merugikan bagi pelayanan asuhan keperawatan.	1	1,8	4	7,0	33	57,9	19	33,3
2. Perawat tidak perlu melakukan asesmen ulang untuk pasien-pasien dengan risiko jatuh selama dalam perawatan	1	1,8	5	8,8	40	70,2	11	19,3

Universitas Indonesia

PERNYATAAN	1		2		3		4	
	N	%	N	%	n	%	n	%
3.Pasien-pasien dengan kemungkinan risiko jatuh lebih besar tidak perlu dilakukan tindakan pencegahan, karena tindakan pencegahan apapun yang diambil perawat tidak bermanfaat	0	0,0	7	12,3	29	50,9	21	36,8
Panduan nasional dan pelaporan insiden								
1.Sangat penting melakukan identifikasi risiko atau potensi risiko pasien selama pasien di rawat di rumah sakit	0	0,0	0	0,0	21	36,8	36	63,2
3. Sangat besar urgensi melakukan pembelajaran dari kasus kasus IKP yang pernah terjadi.	0	0,0	4	7,0	43	75,4	10	17,0
4. Setiap terjadinya insiden keselamatan pasien harus dilaporkan, bukan untuk ditutupi atau disembunyikan.	0	0,0	2	3,5	25	43,9	30	52,6
4.Implementasi sistem keselamatan pasien tidak memerlukan keterlibatan pasien dan keluarganya	0	0,0	9	15,8	43	75,4	5	8,8
5.Dalam implementasi sistem keselamatan pasien hak-hak pasien tidak perlu dijelaskan lagi.	0	0,0	9	15,8	40	70,2	8	14,0
6.Bila terjadi insiden keselamatan pasien selama pasien di rumah sakit tidak harus dilaporkan, dianalisis atau dikaji bersama sebab-sebabnya untuk dijadikan bahan pembelajaran bersama.	3	5,3	10	17,5	25	43,9	19	33,3

Universitas Indonesia

Tabel 6.9 Rerata sikap dalam absolut dan persentase

	N	Rerata	Sb	Median	P25	P75
total_sikap (23-92)	57	74,56	7,45	73,0	70,0	79,0
total_persen_sikap (0-100)	57	74,73	10,80	72,5	68,1	81,2
total_IPSG1sikap (2-8)	57	6,4	1,25	6,00	5,0	7,0
total_persen_IPSG1sikap (0-100)	57	67,25	20,88	66,7	50,0	83,3
total_IPSG2sikap (2-8)	57	5,70	1,28	6,0	5,0	6,0
total_persen_IPSG2sikap (0-100)	57	61,70	21,35	66,7	50,0	66,7
total_IPSG3sikap (5-20)	57	20,82	1,96	21,0	19,5	22,0
total_persen_IPSG3sikap (0-100)	57	82,36	10,87	83,3	75,0	88,9
total_IPSG4sikap (3-12)	57	9,58	1,46	10,0	9,0	10,0
total_persen_IPSG4sikap (0-100)	57	73,10	16,26	77,8	66,7	77,8
total_IPSG5sikap (1-4)	57	3,68	0,47	4,0	3,0	4,0
total_persen_IPSG5sikap (0-100)	57	89,47	15,63	100,0	66,7	100,0
total_IPSG6sikap (3-12)	57	9,54	1,67	9,0	9,0	11,0
total_persen_IPSG6sikap (0-100)	57	72,71	18,55	66,7	66,7	88,9
total_panduan_nasional (6-24)	57	19,19	2,00	19,0	18,0	20,0
total_persen_panduan_nasional (0-100)	57	94,62	13,36	93,3	86,7	100,0

Dari 23 pertanyaan variabel sikap, jawaban sebagian besar berkisar pada sikap setuju dan sangat setuju. Sikap sangat setuju terbanyak (78,9%) diperoleh untuk pertanyaan positif: Memerlukan perhatian khusus rupa dan kemasan obat-obatan yang mempunyai kemiripan (IPSG 3).

Sikap setuju terbanyak (75,4%) diperoleh untuk dua pertanyaan, yaitu pertanyaan positif: Sangat besar urgensi melakukan pembelajaran dari kasus-kasus IKP yang terjadi dan pertanyaan negatif: Implementasi sistim keselamatan pasien tidak memerlukan keterlibatan pasien dan keluarganya. (Materi Panduan Nasional dan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien). Namun demikian ada sebagian responden perawat yang masih menjawab sangat tidak setuju dan tidak setuju tentang materi keselamatan keselamatan pasien rumah sakit.

Jawaban sangat tidak setuju dan setuju terbanyak (17,5% dan 24,6%) diperoleh untuk pertanyaan negatif: Sangat dibenarkan adanya obat-obatan dengan konsentrasi pekat boleh ada di ruangan perawatan. Jawaban sangat tidak setuju dan

juga termasuk banyak (7,0% dan 26,3%) diperoleh untuk pertanyaan negatif: Pentingnya adanya singkatan-singkatan di rumah sakit yang membingungkan staf karena bukan penyebab terjadinya IKP. Jawaban sangat tidak setuju dan tidak setuju dengan jumlah banyak (15,8% dan 15,8%) diperoleh untuk pertanyaan negatif: Memerlukan perhatian cermat dalam menggunakan identitas pasien dengan minimal dua parameter tidak bermanfaat pada saat melakukan tindakan intervensi atau prosedur asuhan keperawatan.

Tabel 6.10 Rerata Sikap Dalam Absolut dan Persentase

	N	Rerata	Sb	Median	P25	P75
total_sikap (23-92)	57	74,56	7,45	73,0	70,0	79,0
total_persen_sikap (0-100)	57	74,73	10,80	72,5	68,1	81,2
total_IPSG1sikap (3-12)	57	9,74	1,53	10,0	9,0	11,0
total_persen_IPSG1sikap (0-100)	57	74,85	17,00	77,8	66,7	88,9
total_IPSG2sikap (2-8)	57	5,70	1,28	6,0	5,0	6,0
total_persen_IPSG2sikap (0-100)	57	61,70	21,35	66,7	50,0	66,7
total_IPSG3sikap (5-20)	57	20,82	1,96	21,0	19,5	22,0
total_persen_IPSG3sikap (0-100)	57	82,36	10,87	83,3	75,0	88,9
total_IPSG4sikap (3-12)	57	9,58	1,46	10,0	9,0	10,0
total_persen_IPSG4sikap (0-100)	57	73,10	16,26	77,8	66,7	77,8
total_IPSG5sikap (1-4)	57	3,68	0,47	4,0	3,0	4,0
total_persen_IPSG5sikap (0-100)	57	89,47	15,63	100,0	66,7	100,0
total_IPSG6sikap (3-12)	57	9,54	1,67	9,0	9,0	11,0
total_persen_IPSG6sikap (0-100)	57	72,71	18,55	66,7	66,7	88,9
total_panduan_nasional (6-24)	57	19,19	2,00	19,0	18,0	20,0
total_persen_panduan_nasional (0-100)	57	94,62	13,36	93,3	86,7	100,0

Distribusi nilai subyek untuk variabel sikap secara total menunjukkan rerata 74,56 (74,73%) dan median 73 (72,5%), (Tabel 6.15). Dari distribusi secara total ini variabel sikap perawat terhadap materi keselamatan pasien rumah sakit menunjukkan rerata tertinggi 94,62%, dengan median 93,3% diperoleh dari materi Panduan Nasional dan Pelaporan Pelaporan IKP, rerata terkecil 61,70% dan median 66,7% diperoleh dari sikap terhadap IPSG 2, (Tabel 6.10). Dari hasil klasifikasi sikap baik sebanyak 37 orang responden (64,9%) dan kurang 20 orang (35,1%), (Tabel 6.16)

6.1.3. Distribusi Responden menurut Kualitas Kehidupan Kerja

Dari 21 pertanyaan variabel kualitas Kehidupan Kerja Rumah Sakit, jawaban responden sebagian besar berkisar pada setuju dan sangat setuju.

Tabel 6.11. Skor Masing-masing Pernyataan Kualitas Kehidupan Kerja

	1		2		3		4	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Keterlibatan /partisipasi								
1.Selalu dilibatkan dalam pembahasan kasus-kasus keperawatan	1	1,8	1	1,8	38	66,7	17	29,8
2.Tidak pernah dilibatkan dalam pengambilan keputusan penting yang menyangkut kepentingan bersama di unit kerja.	3	5,3	5	8,8	41	71,9	8	14,0
3.Sistem asuhan keperawatan yang diterapkan di unit kerja selalu dibahas bersama.	0	0,0	3	5,3	38	66,7	16	28,1
4.Setiap terjadinya kasus-kasus IKP selalu diupayakan penyelesaian dengan cara-cara pembelajaran bersama	0	0,0	3	5,3	35	61,4	19	33,3
5.Setiap terjadinya kasus Insiden keselamatan pasien selalu didiskusikan bersama	0	0,0	0	0,0	34	59,6	23	40,4
Rasa aman dalam pekerjaan								
1. Ada jaminan rasa aman bekerja di Unit kerja pelayanan di rumah sakit ini.	1	1,8	0	0,0	28	49,1	28	49,1
2. Ketersediaan jaminan kelangsungan bekerja di unit kerja di rumah sakit ini	0	0,0	0	0,0	36	63,2	21	36,8
Keselamatan lingkungan kerja								
1.Ketersediaan SPO lengkap untuk cara-cara pencegahan terjadinya Insiden keselamatan Pasien di unit kerja	0	0,0	0	0,0	31	54,4	26	45,6

Universitas Indonesia

	1		2		3		4	
	n	%	N	%	N	%	n	%
2.Keselamatan lingkungan kerja di unit pelayanan pasien tempat saya bekerja terjamin dengan sangat baik.	0	0,0	5	8,8	39	68,4	13	22,8
3.Alat perlindungan diri untuk melakukan pekerjaan keperawatan tersedia dengan sangat lengkap di unit kerja	0	0,0	7	12,3	35	61,4	15	26,3
4.Kelengkapan SPO penggunaan alat perlindungan diri sangat baik	0	0,0	6	10,5	39	68,4	12	21,1
5.Tersedia alat sangat lengkap untuk perlindungan terkena penularan penyakit infeksius di unit kerja	1	1,8	13	22,8	31	54,4	12	21,1
Penyelesaian masalah								
1.Penyelesaian masalah yang terjadi berkaitan dengan pelayanan pasien cukup baik di unit kerja	0	0,0	1	1,8	44	77,2	12	21,1
2.SPO di bidang keperawatan lebih mengutamakan orientasi kearah keselamatan pasien	0	0,0	1	1,8	47	82,5	9	15,8
3.Ditentukan prioritas penyelesaian masalah dengan analisis kasus keperawatan	0	0,0	3	5,3	43	75,4	11	19,3
4.Upaya penyelesaian masalah Insiden Keselamatan Pasien di unit kerja dilaksanakan dengan sangat memuaskan.	1	1,8	5	8,8	47	82,5	4	7,0
5.Upaya penyelesaian masalah Insiden Keselamatan Pasien dilakukan dengan tidak menyalahkan dan menghukum	4	7,0	9	15,8	39	68,4	5	8,8
Komunikasi								
1.Pemahaman bahwa komunikasi adalah kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien sangat baik di unit kerja	0	0,0	0	0,0	35	61,4	22	38,6

	1		2		3		4	
	n	%	N	%	N	%	n	%
2.Upaya komunikasi efektif dilingkungan unit kerja pelayanan pasien telah dibangun sangat baik.	0	0,0	3	5,3	44	77,2	10	17,5
3.Adanya keharusan untuk selalu memverifikasi akurasi setiap komunikasi melalui verbal/lisan dan via telephon menyangkut pelayanan kepada pasien	0	0,0	1	1,8	46	80,7	10	17,5
4.Ketersediaan SPO sangat aplikatif tentang pelaporan hasil kritis pemeriksaan penunjang di unit kerja	1	1,8	1	1,8	46	80,7	9	15,8

Untuk variabel kualitas kehidupan kerja, jawaban sangat setuju dengan jumlah terbanyak (49,1%) diperoleh untuk pertanyaan positif: Ada jaminan rasa aman bekerja di unit kerja pelayanan di rumah sakit ini.

Jawaban setuju dengan jumlah terbanyak (82,5%) diperoleh untuk 2 pertanyaan yaitu pertanyaan positif: SPO di bidang keperawatan lebih mengutamakan orientasi ke arah keselamatan pasien dan upaya penyelesaian masalah Insiden Keselamatan Pasien di unit kerja dilaksanakan dengan sangat memuaskan.

Jawaban tidak setuju dan sangat tidak setuju dengan jumlah terbanyak (22,8% dan 1,8%) diperoleh untuk jawaban pertanyaan positif: Tersedia alat sangat lengkap untuk perlindungan terkena penularan penyakit infeksius di unit kerja. Jawaban tidak setuju dan sangat tidak setuju dengan jumlah cukup besar (7,0% dan 15,8%) diperoleh untuk jawaban pertanyaan positif: Upaya penyelesaian masalah Insiden Keselamatan Pasien dilakukan dengan tidak menyalahkan dan menghukum.

Tabel 6.12. Rerata Kualitas Kehidupan Kerja Dalam Absolut dan Persentase

	N	Rerata	Sb	Median	P25	P75
total_kualitaskerja (21-84)	57	66,70	6,17	66,0	62,0	72,0
total_persen_kualitaskerja (0-100)	57	72,54	9,80	71,4	65,1	81,0
total_partisipasi (5-20)	57	16,11	1,85	15,0	15,0	17,0
total_persen_pastisipasi (0-100)	57	74,04	12,32	66,7	66,7	80,0
total_rasaaman (2-8)	57	6,82	0,97	7,0	6,0	8,0
total_persen_total_rasaaman (0-100)	57	80,41	16,10	83,3	66,7	100,0
total_keselamatan (5-20)	57	15,79	2,20	16,0	15,0	17,0
total_persen_total_keselamatan (0-100)	57	71,93	14,68	73,3	66,7	80,0
Total_penyelesaianmasalah (5-20)	57	15,21	1,47	15,0	14,5	16,0
total_persen_penyelesaiananmasalah (0-100)	57	68,07	9,82	66,7	63,3	73,3
total_komunikasi (4-16)	57	12,77	1,30	12,0	12,0	13,5
total_persen_komunikasi (0-100)	57	73,10	10,80	66,7	66,7	79,2

Distribusi nilai subyek untuk variabel kualitas kehidupan kerja secara total menunjukkan rerata 66,70 (72,54%) dan median 66,0 (71,4%). Dari distribusi variabel kualitas kehidupan kerja ini rerata tertinggi diperoleh untuk komponen rasa aman di tempat kerja yaitu sebesar 80,41% dan median 83,33%. Sedangkan rerata terkecil 68,07% dan median 66,67% diperoleh dari komponen penyelesaian masalah.

Dari klasifikasi kualitas kehidupan kerja baik sebanyak 29 orang responden (50,9%) dan kurang 28 orang (49,1%). Komponen kualitas kehidupan kerja ini yang menunjukkan klasifikasi baik terbanyak adalah komunikasi dan partisipasi masing-masing sebanyak 53 orang (93,0) dan 51 orang (89,5%), sedangkan komponen keselamatan lingkungan kerja menunjukkan klasifikasi kurang terbanyak yaitu 28 orang (49,1%).

6.1.4. Distribusi Responden Menurut Penilaian Kinerja

Dari sebanyak 28 butir pertanyaan menyangkut penilaian kinerja perawat oleh atasan langsung sebagian besar jawaban berkisar baik dan sangat baik.

Tabel 6.13. Skor Masing-masing Pernyataan Kinerja

	2		3		4	
	N	%	N	%	n	%
Akurasi						
1.Kemampuan menghitung seluruh bahan yang memasuki area steril dalam proses pembedahan.	8	14,0	47	82,5	2	3,5
2.Kecermatan melaporkan hasil kritis pemeriksaan penunjang	2	3,5	53	93,0	2	3,5
Prestasi						
1.Kemampuan menyelesaikan tugas-tugas asuhan keperawatan secara umum sesuai wewenang dan tanggung jawabnya	1	1,8	40	70,2	16	28,1
2.Kemampuan identifikasi risiko pasien sehubungan dengan kemungkinan terjadinya IKP (KTD, KNC, KPC dan Kejadian Sentinel)	3	5,3	45	78,9	9	15,8
3.Kemampuan melakukan asesmen risiko pasien terhadap kemungkinan terjadinya IKP (KTD, KNC, KPC dan Kejadian Sentinel)	3	5,3	53	93,0	1	1,8
4.Kemampuan melakukan analisis kasus-kasus Insiden Keselamatan Pasien (IKP)	7	12,3	46	80,7	4	7,0

Universitas Indonesia

	2		3		4	
	N	%	N	%	n	%
5.Kemampuan mengelola hal yang berhubungan dengan risiko pasien selama dalam perawatan	1	1,8	51	89,5	5	8,8
6.Kedisiplinan melaksanakan pemantauan penerapan SPO keperawatan di unit kerjanya.	1	1,8	43	75,4	13	22,8

Administrasi

1.Kemampuan membuat laporan secara tertulis bila terjadi Insiden Keselamatan pasien	7	12,3	49	86,0	1	1,8
2.Kemampuan melengkapi data tertulis keperawatan	0	0,0	56	98,2	1	1,8
3.Kemampuan memverifikasi kelengkapan data pre-operasi untuk pasien-pasien yang akan dilakukan tindakan operasi.	4	7,0	52	91,2	1	1,8

Komunikasi

1.Kemampuan melakukan komunikasi efektif untuk instruksi melalui verbal/lisan dan via telephon	3	5,3	39	68,4	15	26,3
2.Kepatuhan membacakan ulang instruksi yang diterima via verbal/lisan dan via telephon	4	7,0	38	66,7	15	26,3
3.Kepatuhan melaporkan kondisi pasien kritis dengan menggunakan komunikasi SBAR.	5	8,8	49	86,0	3	5,3

Kompetensi

1.Kemampuan melakukan pemeriksaan fisik pasien	5	8,8	50	87,7	2	3,5
------------------------------------------------	---	-----	----	------	---	-----

Universitas Indonesia

	2		3		4	
	N	%	N	%	n	%
2.Kemampuan mengimplementasikan sistim asuhan keperawatan dengan berorientasi keselamatan pasien	2	3,5	50	87,7	5	8,8
3.Kemampuan membuat diagnosis keperawatan selalu mempertimbangkan kondisi pasien.	3	5,3	49	86,0	5	8,8
4.Kemampuan melakukan asesmen atau identifikasi resiko kemungkinan terjadinya KTD	7	12,3	48	84,2	2	3,5
5.Kemampuan menentukan tujuan keperawatan jangka menengah	7	12,3	49	86,0	1	1,8
6.Kemampuan menentukan tujuan keperawatan jangka panjang	7	12,3	50	87,7	0	0,0
7.Kemampuan implementasi solusi keperawatan untuk meminimalkan terjadinya risiko sehubungan terjadinya IKP.	4	7,0	52	91,2	1	1,8
Kerja sama						
1.Kepatuhan melakukan pengkajian secara bersama-sama apabila terjadinya kasus Insiden Keselamatan Pasien	4	7,0	52	91,2	1	1,8
2.Keaktifan dalam melakukan diskusi kasus IKP	5	8,8	51	89,5	1	1,8
Kemampuan interpersonal						
1.Kepatuhan mendidik pasien dan keluarganya tentang keselamatan pasien	2	3,5	51	89,5	4	7,0

Universitas Indonesia

	2		3		4	
	N	%	N	%	n	%
2.Selalu melibatkan pasien dan/keluarganya untuk pencegahan kemungkinan terjadinya Insiden keselamatan Pasien.	1	1,8	51	89,5	5	8,8
3.Kepatuhan untuk selalu melibatkan pasien dan keluarganya dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan	1	1,8	50	87,7	6	10,5
Pembelajaran						
1.Kemampuan belajar dari kejadian kasus-kasus IKP	1	1,8	55	96,5	1	1,8
2.Sangat besar kemauan berbagi pengalaman tentang kasus IKP dari berbagai sumber atau sumber lain	6	10,5	51	89,5	0	0,0

Dari 28 pernyataan kinerja jawaban sangat baik terbanyak diperoleh dari komponen prestasi yaitu: Kemampuan menyelesaikan tugas-tugas asuhan keperawatan secara umum sesuai wewenang dan tanggung jawabnya, sebanyak 16 orang (28,1%). Jawaban baik terbanyak diperoleh dari komponen administrasi yaitu: Kemampuan melengkapi data tertulis keperawatan yaitu 56 orang (98,2%) dan komponen Pembelajaran yaitu pertanyaan: kemampuan belajar dari kejadian kasus-kasus IKP sebanyak 55 orang (96,5%)

Ada jawaban hasil kinerja baik dengan jumlah sama yaitu sebanyak 53 orang (93,0%) untuk pertanyaan: Kemampuan melakukan assesmen risiko pasien terhadap kemungkinan terjadinya IKP dan Kecermatan melaporkan hasil kritis pemeriksaan penunjang.

Ada lima pertanyaan yang mendapat jawaban baik dengan jumlah sama yaitu 51 orang (89,5 %) yaitu:

Universitas Indonesia

1. Kemampuan mengelola hal yang berhubungan dengan resiko pasien selama dalam perawatan.
2. Keaktifan dalam melakukan diskusi kasus IKP
3. Kepatuhan mendidik pasien dan keluarganya tentang keselamatan pasien
4. Selalu melibatkan pasien dan/keluarganya untuk pencegahan kemungkinan terjadinya Insiden Keselamatan Pasien.
5. Sangat besar kemauan berbagi pengalaman tentang kasus IKP dari berbagai sumber atau sumber lain, (Tabel 6.13).

Tidak ada jawaban variabel kinerja tidak baik. Namun demikian ada jawaban kurang baik untuk kinerja perawat menurut penilaian atasan langsung/kepala ruangan yaitu sebanyak 8 orang responden (14,0%) untuk jawaban pertanyaan: Kemampuan menghitung seluruh bahan yang memasuki are steril dalam proses pembedahan.

Ada lima jawaban kurang baik untuk penilaian kinerja perawat oleh atasan langsung dengan jumlah sama, sebanyak tujuh orang (12,3%) yaitu untuk jawaban pertanyaan:

1. Kemampuan melakukan analisis kasus-kasus Insiden Keselamatan Pasien (IKP).
2. Kemampuan membuat laporan tertulis bila terjadi Insiden Keselamatan Pasien
3. Kemampuan melakukan assesmen atau identifikasi risiko kemungkinan terjadinya KTD
4. Kemampuan menentukan tujuan jangka menengah keperawatan
5. Kemampuan menentukan jangka panjang keperawatan

Dari distribusi secara total penilaian kinerja perawat oleh atasan langsung diperoleh dengan rerata 84,32 (67,04%) dengan median 84,00 (66,7%) (Tabel 6.15)

Komponen kinerja jawaban sangat baik dengan rerata terbesar 68,81% dengan median 66,7% diperoleh dari komponen kemampuan interpersonal. Sedangkan rerata terkecil diperoleh dari komponen kerjasama yaitu sebesar 64,62% dengan median 66,7%.

Universitas Indonesia

Klasifikasi kinerja perawat termasuk baik sebanyak 43 orang responden (75,4%) dan kurang baik 14 orang (24,6%).

Tabel 6. 14. Rerata Kinerja Dalam Absolut dan Persentase

	N	Rerata	Sb	Median	P25	P75
total_kinerja (28-112)	57	84,32	6,15	84,0	83,5	87,0
total_persen_kinerja (0-100)	57	67,04	7,33	66,7	66,1	70,2
total_akurasi (4-8)	57	2,89	0,41	3,0	3,0	3,0
total_persen_akurasi (0-100)	57	63,16	13,63	66,7	66,7	66,7
total_prestasi (6-24)	57	18,56	1,70	18,0	18,0	20,0
total_persen_prestasi (0-100)	57	69,79	9,45	66,7	66,7	77,8
total_administrasi (3-12)	57	8,86	0,58	9,0	9,0	9,0
total_persen_administrasi (0-100)	57	65,11	6,45	66,7	66,7	66,7
total_komunikasikinerja (4-16)	57	20,67	1,84	21,0	21,0	21,0
total_persen_komunikasikinerja (0-100)	57	65,08	8,74	66,7	66,7	66,7
total_kompetensi (7-28)	57	20,67	1,84	21,0	21,0	21,0
total_persen_kompetensi (0-100)	57	65,08	8,74	66,7	66,7	66,7
total_kerjasama (2-8)	57	5,88	0,50	6,0	6,0	6,0
total_persen_kerjasama (0-100)	57	64,62	8,38	66,7	66,7	66,7
total_kemampuan_interpersonal (3-12)	57	9,19	0,74	9,0	9,0	9,0
total_persen_kemampuan_interpersonal (0-100)	57	68,81	8,25	66,7	66,7	66,7
total_pembelajaran (2-8)	57	5,89	0,41	6,0	6,0	6,0
total_persen_pembelajaran (0-100)	57	64,91	6,82	66,7	66,7	66,7

Tabel 6. 15. Rerata Pengetahuan, Sikap, Kualitas Kerja, dan Kinerja Dalam Absolut dan Persentase

	N	Rerata	Sb	Median	P25	P75
total_pengetahuan (15-30)	57	25,63	2,89	26,0	24,0	28,0
total_persen_pengetahuan (0-100)	57	70,88	19,30	73,3	60,0	86,7
total_sikap (23-92)	57	74,56	7,45	73,0	70,0	79,0
total_persen_sikap (0-100)	57	74,73	10,80	72,5	68,1	81,2
Total_kualitaskerja (21-84)	57	66,70	6,17	66,0	62,0	72,0
total_persen_kualitaskerja (0-100)	57	72,54	9,80	71,4	65,1	81,0
total_kinerja	57	84,32	6,15	84,0	83,5	87,0
total_persen_kinerja (0-100)	57	67,04	7,33	66,7	66,1	70,2

Universitas Indonesia

Tabel 6. 16. Klasifikasi Pengetahuan, Sikap, Kualitas Kerja, dan Kinerja

	≥ median		<median	
	N	%	N	%
Klasifikasi pengetahuan	31	54,4	26	45,6
Klasifikasi sikap	37	64,9	20	35,1
Klasifikasi kualitas kerja	29	50,9	28	49,1
Klasifikasi kinerja	43	75,4	14	24,6
Klasifikasi partisipasi	51	89,5	6	10,5
Klasifikasi rasa aman	30	52,6	27	47,4
Klasifikasi keselamatan	29	50,9	28	49,1
Klasifikasi penyelesaian masalah	43	75,4	14	24,6
Klasifikasi komunikasi	53	93,0	4	7,0

6.2. Analisis Bivariat

Sebelum analisis bivariat perlu diketahui distribusi data dengan melakukan test normalitas dengan *Uji Kolmogorov-Smirnov*. Hasil test normalitas dengan *Kolmogorov-Smirnov* menunjukkan seluruh variabel menunjukkan distribusi tidak normal, kecuali sikap yang mempunyai distribusi normal dengan $p=0,200$, (Lihat lampiran Uji Normalitas)

Hubungan antar variabel pertama-tama dianalisis dalam skala numerik dengan uji *Spearman's rho*, kemudian dilanjutkan analisis dalam hubungan kategorik dengan *Chi-Square test*, kecuali apabila ada variabel yang tidak memenuhi ketentuan penghitungan dengan *Chi-Square test*.

Tabel 6. 17. Korelasi Pengetahuan, Sikap, dan Kualitas Kerja dengan Kinerja

	r	P
total_pengetahuan	0,01	0,917
total_sikap	0,02	0,892
total_kualitaskerja	0,10	0,451
total_partisipasi	0,21	0,119
total_rasaaman	-0,08	0,542
total_keselamatan	0,07	0,618
total_penyelesaianmasalah	-0,11	0,431
total_komunikasi	0,03	0,804

6.2.1. Hubungan Pengetahuan, Sikap, Kualitas Kehidupan Kerja beserta Komponennya dengan Kinerja dalam Skala Numerik

Hasil uji korelasi dengan menggunakan Uji korelasi *Spearman's rho* dapat dilihat pada Tabel 6.17. Tidak ada korelasi antara variabel pengetahuan, sikap dan kualitas kehidupan kerja beserta komponennya dengan kinerja, oleh karena seluruhnya koefisien korelasi kecil dengan dengan $p > 0,05$.

6.2.2. Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Kualitas Kehidupan Kerja beserta Komponennya dengan Klasifikasi Kinerja

Hasil uji korelasi dengan menggunakan *Chi-Square test* menunjukkan tidak ada korelasi dalam hubungan kategorik antara variabel pengetahuan, sikap dan kualitas kehidupan kerja dengan kinerja. Pada Tabel. 6.18. dapat dilihat keseluruhan variabel tidak ada korelasi signifikan. Dua variabel yaitu variabel sikap dan partisipasi menggunakan uji *Fisher exact* oleh karena tidak memenuhi persyaratan untuk *Uji Chi-Square*.

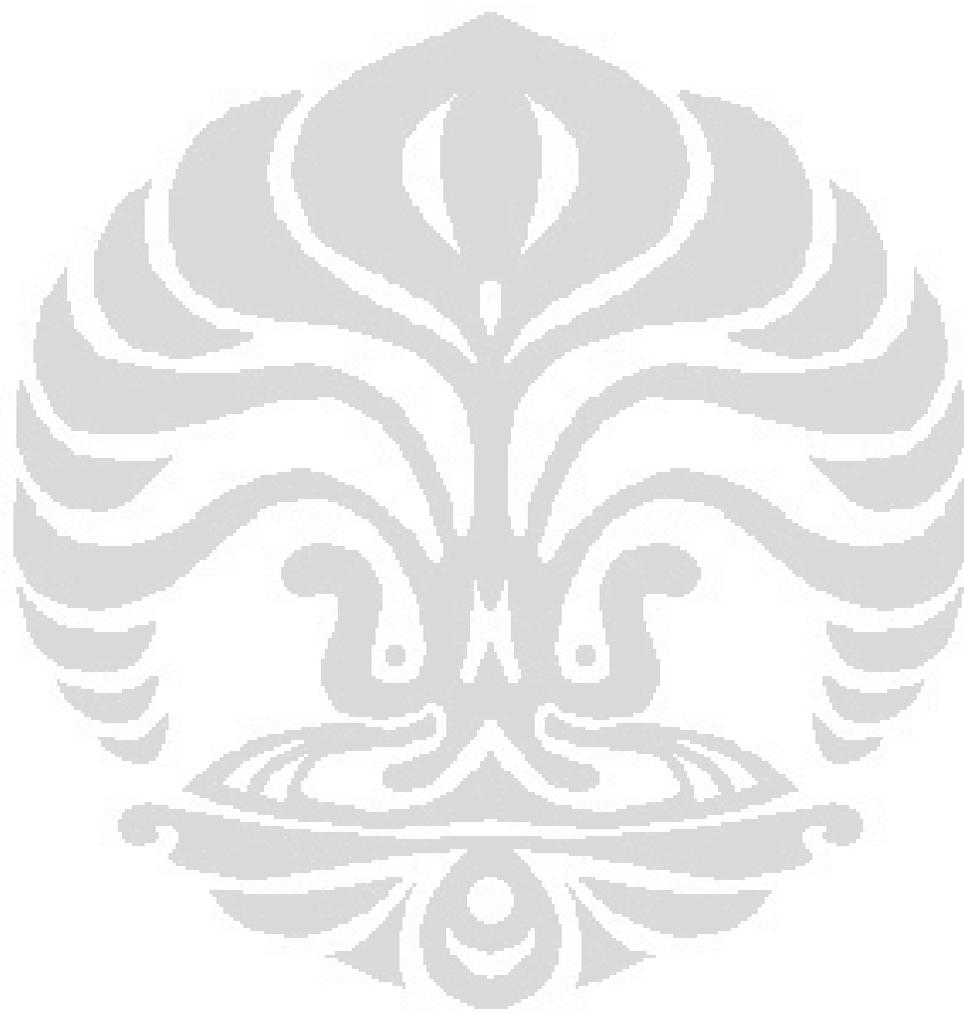
Tabel 6. 18. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Kualitas Kerja dengan Kinerja

		Klasifikasi kinerja				P
		≥ median		< median		
		N	%	N	%	
Klasifikasi pengetahuan	≥ median	24	77,4	7	22,6	0,704
	< median	19	73,1	7	26,9	
Klasifikasi sikap	≥ median	30	81,1	7	18,9	0,209#
	< median	13	65,0	7	35,0	
Klasifikasi kualitas kerja	≥ median	23	79,3	6	20,7	0,490
	< median	20	71,4	8	28,6	
Klasifikasi partisipasi	≥ median	41	80,4	10	19,6	0,027#
	< median	2	33,3	4	66,7	
Klasifikasi rasa aman	≥ median	22	73,3	8	26,7	0,697
	< median	21	77,8	6	22,2	
Klasifikasi keselamatan	≥ median	23	79,3	6	20,7	0,490
	< median	20	71,4	8	28,6	

Universitas Indonesia

	Klasifikasi kinerja					
	>= median		<median		P	
	N	%	N	%		
Klasifikasi penyelesaian masalah	\geq median	31	72,1	12	27,9	0,478
	<median	12	27,9	2	4,3	
Klasifikasi komunikasi	\geq median	39	73,6	14	26,4	0,563
	<median	4	7,7	0	0,0	
Total		43	75,4	14	24,6	

Uji Chi-square kecuali bertanda # menggunakan uji Fisher



Universitas Indonesia

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Penelitian.

- a. Penelitian ini telah diupayakan mengambil jumlah sampel minimal sesuai ketentuan statistik, namun kriteria inklusi yang ditetapkan mereduksi cukup banyak jumlah sampel penelitian.
- b. Salah satu faktor yang berpengaruh pada hasil adalah subyektifitas responden dalam pengisian kuesioner. Hal ini sudah ditekankan dalam pengantar kuesioner yang memerlukan kejujuran, pentingnya obyektifitas hasil dan tidak ada pengaruh penilaian terhadap pribadi perawat serta semata-mata untuk upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.
- c. Dari variabel pengetahuan ada satu parameter yaitu IPSG 3 yang tidak terepresentasi dalam pertanyaan kuesioner oleh karena pada uji validitas dan reliabilitas tidak didapatkan pertanyaan yang valid dan reliabel.
- d. Penilaian kinerja perawat hanya dilakukan dari satu sisi yaitu oleh atasan langsung/kepala ruangan dari perawat yang bersangkutan, hal ini merupakan sisi yang paling kuat, didasarkan atas argumen bahwa atasan langsung yang paling tahu kinerja perawat sehari-hari di bagian/unit pelayanan yang bersangkutan.

7.2. Pembahasan Hasil Penelitian

7.2.1. Materi Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Secara kuantitas materi sistem keselamatan pasien rumah sakit sangat banyak dan cukup luas, tetapi materi yang ada dalam Panduan Nasional dan Sistem pelaporan Insiden Keselamatan Pasien yang menjadi bahan pilihan. Pertimbangannya karena sebagai pedoman resmi nasional. Sedangkan materi dalam *International Patient Safety Goals (IPSG)* dari JCI menjadi pilihan pula dengan pertimbangan menjadi bahan penilaian dalam pelaksanaan akreditasi rumah sakit yang versi terbaru. Meskipun ada beberapa perbedaan materi dalam setiap pelatihan, hal-hal

pokok yang menjadi standar dan pedoman merupakan materi mendasar. Secara substansi sedikit sekali perbedaan antara materi keselamatan pasien rumah sakit menurut rekomendasi WHO “*Nine Solution for Patient Safety*” (Sembilan solusi tentang Keselamatan Pasien) sebelumnya dengan materi yang ada di IPSG. Ada beberapa materi Sembilan solusi WHO (2007) yang juga masuk dalam materi IPSG, yaitu memastikan identifikasi pasien, berkomunikasi secara benar, memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar, meningkatkan kebersihan tangan. Khusus IPSG 3: Meningkatkan keamanan obat-obatan yang memerlukan perhatian tinggi (*high-alert*) pada Sembilan solusi rekomendasi WHO, dipisah-pisahkan dalam tiga poin rekomendasi yang berbeda yaitu:

- a. Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip
- b. Mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*) dan
- c. Memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan

Sedangkan IPSG 6: Mengurangi risiko pasien cedera karena jatuh tidak/belum ada pada sembilan solusi untuk keselamatan pasien rekomendasi WHO. Terakhir diketahui bahwa dalam Permenkes terbaru yaitu Permenkes No. 1691 Agustus 2011, tentang penerapan Keselamatan Pasien, materi IPSG pula yang menjadi materi pemenuhan sasaran keselamatan pasien.

Dengan kriteria inklusi harus pernah mendapat pelatihan dengan topik keselamatan pasien dan lama bekerja di rumah sakit minimal enam bulan dapat mengurangi jumlah responden cukup besar. Dari 130 orang responden yang menjadi subyek penelitian di peroleh 57 orang responden yang memenuhi ketentuan penelitian. Dari jumlah tersebut empat kuesioner tidak lengkap, 69 orang responden bekerja kurang dari enam bulan dan belum pernah mendapat pelatihan. Perawat yang menjawab belum pernah mendapat pelatihan dengan topik keselamatan pasien sebanyak 48 orang responden.

Dari 57 orang responden menunjukkan usia responden berkisar antara 20 tahun - 49 tahun dengan rata-rata usia perawat 28 tahun, hal ini menunjukkan usia produktif perawat dengan pengalaman kerja di rumah sakit cukup memadai. Lama bekerja di rumah sakit berkisar antara 9 bulan sampai 264 bulan, dengan rata-rata lama bekerja 62,68 bulan atau lebih dari 5 tahun. Kualifikasi pendidikan terbanyak D3 Keperawatan sebanyak 89,5%, yang tersebar di unit-unit kerja pelayanan

terbanyak di unit rawat poliklinik/rawat jalan (33,3%), rawat inap 36,9,4%), ICU (12,3%), Kamar Bedah (8,8%) dan UGD (3,5%).

Secara umum di rumah sakit, unit kerja pelayanan pasien yang termasuk risiko tinggi terjadinya Insiden Keselamatan Pasien (IKP) adalah ICU, Kamar Bedah dan UGD. Ditinjau dari derajat frekuensi dan *severitas* terjadinya IKP lebih tinggi dibanding unit kerja lainnya, sehingga di tiga area unit kerja tersebut membutuhkan perawat dengan pengetahuan, sikap, kualitas kehidupan kerja dan kinerja yang lebih tinggi dibanding unit kerja lainnya. Namun dalam penelitian ini tidak diteliti distribusi pengetahuan, sikap, kualitas kehidupan kerja dan kinerja perawat menurut area kerja di rumah sakit penelitian.

7.2.2. Gambaran pengetahuan perawat tentang materi Keselamatan Pasien

Rumah Sakit

Dari hasil-hasil jawaban perawat tentang pertanyaan-pertanyaan dengan materi keselamatan pasien menurut *JCI* dan Panduan Nasional dan Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) menunjukkan hasil yang bervariasi. Dari 15 pertanyaan variabel pengetahuan, jawaban betul terbanyak 52 orang responden (91,2%) diperoleh dari pertanyaan positif: Asesmen pasien dengan kemungkinan risiko jatuh tidak hanya dilakukan perawat pada saat pertama pasien masuk perawatan (*IPSG 6*).

Hal ini berarti bahwa sebagian besar perawat rumah sakit penelitian telah menyadari pentingnya asesmen perawat dengan kemungkinan resiko jatuh tidak hanya dilakukan saat pertama masuk perawatan. Pengetahuan perawat bahwa perlu adanya assesmen ulangan pada pasien risiko jatuh yaitu setelah adanya perubahan kondisi dan pengobatan. Hal ini merupakan aspek positif bagi upaya peningkatan kinerja rumah sakit, karena materi ini relatif baru tetapi sudah dipahami oleh sebagian besar perawat responden di rumah sakit penelitian.

Responden yang menjawab salah terbanyak 32 orang (56,1%) untuk pertanyaan positif : Nomor kamar atau lokasi pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien di rawat inap. Hal ini berarti mereka berasumsi bahwa nomor kamar atau lokasi pasien di rawat masih dapat dipakai untuk identifikasi pasien rawat

inap, padahal JCI merekomendasikan nomor kamar atau lokasi pasien tidak boleh digunakan untuk identifikasi. Hal ini didasarkan pada praktek dimana pasien di rawat inap dapat pindah tempat oleh karena perubahan-perubahan penyakitnya, perubahan diagnosis, hasil konsultasi atau situasi-situasi lainnya.

Jawaban salah cukup banyak (49,1%) diperoleh untuk pertanyaan negatif: Yang termasuk upaya mencegah dan mengurangi kemungkinan risiko pasien jatuh selama perawatan adalah: melakukan assesmen pasien, menandai pasien, memposisikan tempat tidur terendah, meninggikan pagar pengaman, tidak termasuk melakukan pengawasan ketat dan mendekatkan pasien di dekat *nurse station*. Materi ini merupakan materi yang relative baru (IPSG 6) yang sebelumnya tidak ada pada rekomendasi WHO sebelumnya. Tindakan-tindakan ini secara keseluruhan harus dilakukan pada pasien risiko jatuh dengan derajat berat (apabila *score* di atas 14).

Sebanyak 43,9% responden perawat menjawab salah untuk pertanyaan negative: Tujuan dari sistem keselamatan pasien bukan untuk mencegah dan mengurangi terjadinya KTD, KNC, KPC dan Sentinel. (Tabel 6.7). Pertanyaan ini merupakan materi mendasar dalam rangka pemahaman penerapan sistem keselamatan rumah sakit. Untuk IPSG 3 tidak ada pertanyaan, oleh karena tidak ada pertanyaan yang valid dan reliabel pada uji validitas dan reliabilitas.

Secara total distribusi nilai subyek untuk variabel pengetahuan menunjukkan rerata 25,63 (70,88%) dan median 26,00 (73,33%), (Tabel 6.4 dan 6.15). Dari distribusi total ini, untuk nilai jawaban pengetahuan responden tentang materi keselamatan pasien menurut JCI yang tertinggi diperoleh untuk IPSG 4, yaitu mean sebesar 82,46% dan median 100%, terendah untuk IPSG 1 yaitu mean 64,47 % dan median 75 %.

Hal ini berarti sebagian besar perawat di rumah sakit penelitian mengetahui dengan betul tentang pengurangan risiko salah operasi, salah sisi dan salah prosedur tindakan di kamar operasi. Hal ini merupakan aspek kontribusi positif dalam penerapan system keselamatan pasien di rumah sakit penelitian, karena IPSG 4 merupakan area khusus kamar operasi, dimana kamar operasi merupakan unit kerja rumah sakit dengan area *high risk* terjadinya IKP. Tetapi sebaliknya identifikasi

Universitas Indonesia

pasien dengan menggunakan minimal dua parameter tampaknya belum di pahami secara merata, karena sebagian besar kegiatan untuk IPSG 1 ini hampir dilakukan di seluruh unit kerja area pelayanan rumah sakit. Hal ini ada kesesuaian dengan banyaknya jumlah perawat 32 orang (56,1%) yang menjawab salah pada pertanyaan: Nomor kamar atau lokasi pasien di rawat tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien di rawat inap. Hal ini berarti perawat masih berasumsi nomor kamar atau lokasi pasien di rawat masih dapat digunakan sebagai identifikasi pasien, padahal JCI merekomendasikan tidak dapat dipakai lagi sebagai parameter

Klasifikasi pengetahuan baik sebanyak 31 orang responden (54,4%) dan kurang 26 orang (45,6%), (Tabel 6.16). Hal ini tampak ada perbedaan klasifikasi pengetahuan baik dengan klasifikasi pengetahuan kurang, meskipun tidak terlalu besar variasinya. Hal ini mungkin disebabkan karena 100% responden pernah mendapat pelatihan topik keselamatan pasien. Rumah sakit penelitian adalah rumah sakit tipe B yang telah menjalani Akreditasi Nasional untuk 16 pelayanan pada tahun 2009 di mana materi keselamatan pasien telah masuk dalam instrumen penilaian akreditasi. Untuk responden dengan klasifikasi pengetahuan kurang barangkali merupakan karyawan baru mendapat pelatihan topik keselamatan pasien di tempat lain atau malah sudah terlalu lama mendapatkan materi keselamatan pasien. Untuk karyawan/perawat baru menjadi penting artinya pemberian materi sistem keselamatan pasien sejak di institusi pendidikan mereka, mengingat SDM perawat merupakan komponen *input* dalam sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit. *Outcome* yang diharapkan adalah mutu pelayanan rumah sakit yang berorientasi pada keselamatan pasien. Hal ini sesuai dengan konsep yang diajukan oleh Donabedian (1980), di mana pendekatan mutu pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien berpedoman pada struktur, proses dan *outcome*, (Dwiprahasto, 2008).

7.2.3. Gambaran Sikap Perawat tentang Materi Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Dari hasil-hasil jawaban variabel sikap perawat tentang pertanyaan-pertanyaan dengan materi keselamatan pasien menurut JCI dan Panduan Nasional dan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) menunjukkan hasil yang

bervariasi. Dari 23 pertanyaan variabel sikap, jawaban sebagian besar berkisar pada sikap setuju dan sangat setuju.

Sikap setuju dengan jumlah terbanyak (75,4%) diperoleh untuk dua pertanyaan, yaitu: sangat besar urgensi melakukan pembelajaran dari kasus-kasus IKP yang pernah terjadi dan satu pertanyaan negatif: implementasi sistem keselamatan pasien tidak memerlukan keterlibatan pasien dan keluarganya (keduanya materi Panduan Nasional dan Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien). Hal ini berarti sikap responden terhadap materi tersebut sangat positif mendukung implementasi SKP. Telah disadari betul bahwa pembelajaran terhadap kasus-kasus IKP yang pernah terjadi sangat penting untuk pembelajaran, sehingga dapat mencegah terjadinya IKP yang sama di masa mendatang. Demikian pula melibatkan pasien dan keluarganya merupakan hal penting untuk mencegah terjadinya IKP dalam proses pelayanan asuhan keperawatan khususnya.

Sikap sangat setuju dengan jawaban terbanyak (78,9%) diperoleh untuk pertanyaan positif: Memerlukan perhatian khusus rupa dan kemasan obat-obatan yang mempunyai kemiripan (IPSG 3). Hal ini berarti sebagian besar perawat mempunyai sikap positif untuk mencegah kesalahan pemberian obat-obatan dengan rupa dan kemasan mirip. Materi ini memang sudah cukup lama dikenal sehingga cukup banyak yang bersikap positif. Walaupun hal ini merupakan bagian dari Sembilan Solusi Rekomendasi WHO: *LASA (Look Like Sound Like Medications Names)* atau NORUM (Nama Obat Rupa Kemasan Mirip) dimana di materi JCI merupakan sebagian dari materi IPSG 3.

Namun demikian ada sebagian perawat yang masih menjawab sangat tidak setuju dan tidak setuju tentang materi keselamatan keselamatan pasien rumah sakit. Jawaban sangat tidak setuju dan kurang setuju dengan mean terbesar (17,5% dan 24,6%) diperoleh untuk pertanyaan negatif: Sangat dibenarkan adanya obat-obatan dengan konsentrasi pekat boleh ada di ruangan perawatan. Padahal rekomendasi JCI obat-obatan dengan konsentrasi pekat tidak boleh ada lagi di ruangan perawatan pasien.

Hal ini merupakan permasalahan umum yang terjadi di sebagian besar Rumah sakit di Indonesia sebab kenyataan obat-obatan tidak hanya ada di Instalasi Farmasi tetapi juga di unit-unit perawatan pasien. Hal ini dimungkinkan antara lain dengan alasan untuk persediaan, untuk kebutuhan emergensi, kurangnya tenaga farmasi di rumah sakit dan jarak cukup berjauhan antara apotik/instalasi farmasi dengan unit-unit perawatan pasien. Juga apakah ada jaminan terlayannya dengan cepat kurang dari 15 menit kebutuhan obat apabila ada kebutuhan di runit perawatan pasien.

Rekomendasi JCI untuk IPSG 3 ini, khususnya obat-obatan konsentrasi pekat tidak boleh ada di ruangan perawatan bersifat mutlak, kalau terpaksa ada di unit/ruangan perawatan harus dengan ketentuan-ketentuan yang ketat dan di *strict area* dan akses terbatas. Contoh obat-obatan konsentrasi pekat meliputi: NaCl 3%, KCL 7,46%, MGSO4 20%, Khemoterapi, Insulin, Heparin, Suksinilkolin, obat-obat kontras dsb.

Jawaban responden sangat tidak setuju dan tidak setuju dengan jumlah termasuk banyak (7,0% dan 26,3%) diperoleh untuk pertanyaan negatif: Pentingnya adanya singkatan-singkatan di rumah sakit yang membingungkan staf karena bukan penyebab terjadinya IKP. Hal ini mungkin tidak disadari bahwa banyak singkatan-singkatan yang ada di rumah sakit dapat menyebabkan terjadinya IKP. Singkatan-singkatan yang mempunyai kemiripan antara unit pelayanan, potensial menyebabkan terjadinya KTD. Rekomendasi JCI singkatan-singkatan yang membingungkan staf tidak boleh ada, yang ada harus diatur dan dibakukan di rumah sakit karena apabila tidak dapat merupakan salah satu penyebab terjadinya IKP.

Jawaban sangat tidak setuju dan tidak setuju dengan jumlah banyak juga (15,8% dan 15,8%) diperoleh untuk pertanyaan negatif: Memerlukan perhatian cermat dalam menggunakan identitas pasien dengan minimal dua parameter tidak bermanfaat pada saat melakukan tindakan intervensi atau prosedur asuhan keperawatan. Rekomendasi JCI: Penggunaan identitas dengan menggunakan minimal dua parameter dilakukan untuk mencegah terjadinya error dimulai dari *admission* pasien, hampir di seluruh area unit pelayanan pasien di rumah sakit. Hal

ini merupakan prioritas mendasar karena merupakan materi IPST I dan hampir meliputi seluruh area pelayanan pasien di rumah sakit.

Secara total variabel sikap perawat terhadap materi keselamatan pasien rumah sakit menunjukkan mean terbesar 74,56% dengan median 72,46%, sedangkan mean terbesar untuk komponen sikap (94,37%) diperoleh dari materi panduan nasional dan sistem pelaporan IKP, terkecil dari (61,78%) diperoleh dari sikap terhadap IPST 2. Hal ini berarti sebagian besar sikap perawat positif untuk penerapan sistem keselamatan pasien sesuai materi panduan nasional beserta sistem pelaporan IKP dan sebagian kecil sikap perawat belum positif untuk materi peningkatan komunikasi efektif. Seperti telah di sampaikan sebelumnya komunikasi merupakan permasalahan umum di rumah sakit, oleh sebab itu Standar ke VII Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit menyatakan bahwa Komunikasi merupakan kunci bagi *staff* untuk mencapai keselamatan pasien. Komunikasi efektif direkomendasikan oleh JCI untuk mencegah dan mengurangi risiko terjadinya IKP. Komunikasi verbal, via lisan atau telepon direkomendasikan untuk di tulis, *read back* dan *check back*.

Distribusi nilai subyek untuk variabel sikap secara total menunjukkan mean 74,45 (74,56%) dan median 73 (72,46%). Ada perbedaan jumlah responden dengan klasifikasi sikap positif sebanyak 37 orang (64,9%) dan klasifikasi sikap kurang sebanyak 20 orang (35,1%). Hal ini berarti sikap perawat yang baik terhadap materi keselamatan pasien lebih banyak dibanding dengan kurang mendukung dengan penerapan keselamatan, meskipun masih dapat ditingkatkan lagi persentasenya. Upaya-upaya untuk membangun dan meningkatkan sikap positif mendukung implementasi SKP dapat ditempuh melalui sosialisasi berkesinambungan, pendidikan dan latihan.

7.2.4. Gambaran Kualitas Kehidupan Kerja Rumah Sakit menurut Penilaian Perawat berkaitan dengan Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Dari hasil-hasil jawaban variabel Kualitas Kehidupan Kerja rumah sakit sebagian besar perawat memberikan jawaban setuju dan sangat setuju. Dari 21

pertanyaan kualitas Kehidupan Kerja Rumah Sakit, jawaban sebagian besar berkisar pada setuju dan sangat setuju. Jawaban setuju dengan jumlah terbanyak (82,5%) diperoleh untuk dua pertanyaan positif: SPO di bidang keperawatan lebih mengutamakan orientasi ke arah keselamatan pasien dan upaya penyelesaian masalah Insiden Keselamatan Pasien di unit kerja dilaksanakan dengan sangat memuaskan. Hal ini cukup positif bahwa orientasi kearah keselamatan pasien sudah menjadi prioritas dan di implementasikan dalam materi SPO. Satu hal yang sangat penting adalah ketaatan perawat pada SPO yang telah disusun sebagai panduan kerja.

Upaya penyelesaian masalah IKP di unit kerja dilaksanakan dengan sangat memuaskan, hal ini berarti upaya-upaya pembelajaran dari kasus-kasus IKP telah berjalan dengan baik, hasil ini sejalan pula dengan pertanyaan: upaya penyelesaian masalah IKP dilakukan dengan tidak menyalahkan dan menghukum dengan perolehan jawaban juga banyak yaitu 68,4%. Jawaban sangat setuju dengan jumlah terbanyak (49,1%) diperoleh untuk pertanyaan positif: Ada jaminan rasa aman bekerja di unit kerja pelayanan di rumah sakit ini. Hal ini merupakan aspek positif bagi rumah sakit karena sebagian besar perawat memberikan jawaban ada jaminan rasa aman bekerja di rumah sakit ini.

Jawaban tidak setuju dan sangat tidak setuju dengan jumlah terbanyak (24,1% dan 1,7%) diperoleh untuk jawaban pertanyaan positif: Tersedia alat sangat lengkap untuk perlindungan terkena penularan penyakit infeksius di unit kerja. Hal ini menyangkut pengadaan alat dan fasilitas keselamatan kerja yang sangat lengkap. Jawaban tidak setuju dan sangat tidak setuju dengan jumlah banyak (7,0 % dan 15,8%) diperoleh untuk jawaban pertanyaan positif: upaya penyelesaian masalah Insiden Keselamatan Pasien dilakukan dengan tidak menyalahkan dan menghukum.

Hal ini merupakan bagian dari budaya sebelumnya *'blamming culture'*. Secara perlahan penerapan sistem keselamatan pasien berusaha membangun *"no blaming culture"* tidak melihat siapa yang berbuat, tetapi bagaimana dan mengapa hal itu terjadi lebih dipentingkan. Membangun *"no blaming culture"* berkaitan dengan proses pembelajaran terhadap kasus-kasus IKP yang terjadi dan mau melaporkan bila IKP terjadi.

Universitas Indonesia

Hal-hal tersebut di atas sesuai dengan total kualitas kehidupan kerja rumah sakit menurut penilaian perawat diperoleh dengan mean 80,17% dan median 83,33%. diperoleh dari komponen rasa aman. Sedangkan mean terkecil 67,82% dan median 66,67% diperoleh dari komponen penyelesaian masalah. Hal ini kemungkinan adanya penyelesaian masalah terkait dengan IKP yang terjadi masih dengan upaya penyelesaian masalah dengan menyalahkan dan menghukum tersebut.

Distribusi nilai subyek untuk variabel kualitas kehidupan kerja secara total menunjukkan mean 66,70 (72,54%) dan median 66,0 (71,4%).

Klasifikasi kualitas kehidupan kerja baik sebesar 29 orang responden (50,9%) dan kurang 28 orang (49,1%). Hal ini berarti kualitas kehidupan kerja rumah sakit menurut penilaian perawat terdapat perbedaan sangat tipis atau hampir sama antara klasifikasi baik dan kurang. Hal ini merupakan masukan positif bagi pihak manajemen untuk meningkatkan kualitas kehidupan kerja organisasi.

7.2.5. Gambaran Kinerja Perawat Menurut Penilaian Atasan Langsung/Kepala Ruang Berkaitan Dengan Penerapan Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Dari sebanyak 28 butir pertanyaan menyangkut penilaian kinerja perawat oleh atasan langsung sebagian besar jawaban berkisar baik dan sangat baik.

Dari 28 pernyataan kinerja jawaban sangat baik terbanyak diperoleh dari komponen prestasi yaitu: kemampuan menyelesaikan tugas-tugas asuhan keperawatan secara umum sesuai wewenang dan tanggung jawabnya, sebanyak 16 orang (28,1%). Melihat jumlahnya termasuk sedikit, padahal materi ini merupakan tugas pokok asuhan keperawatan sehingga memerlukan upaya-upaya peningkatan. Jawaban baik terbanyak diperoleh dari komponen administrasi yaitu: kemampuan melengkapi data tertulis keperawatan yaitu 56 orang (98,2%) dan komponen pembelajaran yaitu pertanyaan: kemampuan belajar dari kejadian kasus-kasus IKP sebanyak 55 orang (96,5%) Kedua hal ini merupakan aspek positif bagi rumah sakit karena kedua materi ini merupakan permasalahan yang sering terjadi di rumah sakit. Melengkapi

data-data tertulis keperawatan sering terjadi berkaitan dengan tidak lengkapnya rekam medis. Kemampuan belajar dari kasus-kasus IKP mutlak dilaksanakan untuk pembelajar dan mencegah terulangnya IKP yang sama.

Ada 2 jawaban hasil kinerja baik dengan jumlah sama yaitu sebanyak 53 orang (93,0%) untuk pertanyaan: kemampuan melakukan asesmen risiko pasien terhadap kemungkinan terjadinya IKP dan Kecermatan melaporkan hasil kritis pemeriksaan penunjang.

Mempertimbangkan jumlah responden yang cukup besar 93,0%, hal ini merupakan aspek positif bagi organisasi untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Dua hal ini merupakan materi-materi penting dalam upaya pencegahan terjadinya IKP. Ada lima pertanyaan yang mendapat jawaban baik dengan jumlah sama yaitu 51 orang (89,5 %) yaitu:

1. Kemampuan mengelola hal yang berhubungan dengan risiko pasien selama dalam perawatan.
2. Keaktifan dalam melakukan diskusi kasus IKP
3. Kepatuhan mendidik pasien dan keluarganya tentang keselamatan pasien
4. Selalu melibatkan pasien dan/keluarganya untuk pencegahan kemungkinan terjadinya Insiden Keselamatan Pasien
5. Sangat besar kemauan berbagi pengalaman tentang kasus IKP dari berbagai sumber atau sumber lain, (Tabel 6.13).

Mempertimbangkan angka persentasenya yang cukup besar (89,5%), hal merupakan aspek positif bagi rumah sakit untuk upaya-upaya meningkatkan mutu pelayanan. Kelima pertanyaan tersebut merupakan materi mendasar dalam panduan nasional implementasi SKP.

Tidak ada jawaban variabel kinerja tidak baik. Namun demikian ada jawaban kurang baik untuk kinerja perawat menurut penilaian atasan langsung/kepala ruangan yaitu sebanyak 8 orang responden (14,0%) untuk jawaban pertanyaan: Kemampuan menghitung seluruh bahan yang memasuki area steril dalam proses pembedahan. Materi ini merupakan bagian dari IPSP 4 dan spesifik untuk perawat kamar operasi. Tidak semua atasan langsung/kepala ruangan pernah bekerja di

Universitas Indonesia

kamar operasi, sehingga penilaiannya menjadi kurang relevan. Namun tertinggalnya benda asing selama dalam proses pembedahan merupakan salah satu indikator keselamatan pasien rumah sakit.

Ada lima jawaban kurang baik untuk penilaian kinerja perawat oleh atasan langsung dengan jumlah sama, sebanyak tujuh orang (12,3%) yaitu untuk jawaban pertanyaan:

1. Kemampuan melakukan analisis kasus-kasus Insiden keselamatan Pasien (IKP).
2. Kemampuan membuat laporan tertulis bila terjadi Insiden Keselamatan Pasien
3. Kemampuan melakukan assesmen atau identifikasi risiko kemungkinan terjadinya KTD.
4. Kemampuan menentukan tujuan jangka menengah keperawatan.
5. Kemampuan menentukan jangka panjang keperawatan.

Kelima materi merupakan gabungan asuhan keperawatan dalam implementasi SKP dan manajemen klinis keperawatan. Kemampuan menentukan tujuan jangka menengah dan jangka panjang keperawatan sebenarnya berkaitan pula dengan kemampuan melakukan assesmen atau identifikasi risiko-risiko kemungkinan KTD jangka menengah dan panjang untuk pasien-pasien penyakit khronis misalnya kemungkinan terjadinya flebitis dan dekubitus.

Dari distribusi secara total penilaian kinerja perawat oleh atasan langsung diperoleh dengan rerata 84,32 (67,04%) dengan median 84,00 (66,7%) (Tabel 6.15). Komponen kinerja jawaban sangat baik dengan rerata terbesar 68,81% dengan median 66,7% diperoleh dari komponen kemampuan interpersonal. Sedangkan rerata terkecil diperoleh dari komponen akurasi yaitu sebesar 63,16% dengan median 66,7%. Kedua hal ini lebih bermanfaat untuk menyusun langkah-langkah peningkatan kinerja keperawatan rumah sakit.

Klasifikasi kinerja perawat termasuk memuaskan sebanyak 43 orang responden (75,4%) dan kurang memuaskan 14 orang (24,6%). Ada perbedaan cukup besar antara klasifikasi kinerja memuaskan dengan klasifikasi kinerja kurang

Universitas Indonesia

memuaskan, sehingga upaya-upaya intervensi perbaikan dan peningkatan kinerja keperawatan lebih difokuskan kepada yang kurang memuaskan.

7.3. Analisis Bivariat

7.3.1. Hubungan antara Pengetahuan dengan Kinerja Perawat

Dari hasil uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan tidak ada korelasi signifikan antara pengetahuan dengan kinerja, sebab koefisien korelasi 0,14 dan derajat signifikan 0,914. Dalam hubungan kategorik dilakukan *Chi-Square test* diperoleh Pearson *Chi-Square* 0,144 dan derajat signifikan 0,704 (untuk test dua sisi). Dari kedua uji statistik, skala numerik dan kategorik keduanya diperoleh tidak ada hubungan signifikan antara pengetahuan dan kinerja.

Hasil ini menunjukkan kemiripan dengan penelitian Novianti R. (2009) yang berjudul hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien dengan kepatuhan pelaksanaan pemberian obat injeksi di rumah sakit Islam Surakarta juga mendapatkan kesimpulan: bahwa tingkat pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepatuhan pelaksanaan prinsip pemberian obat injeksi. Walaupun variabel tingkat kepatuhan berbeda dengan kinerja, tetapi beberapa parameter kepatuhan masuk dalam penilaian kinerja. Wulansih dan Widodo (2008) mendapatkan hasil yang serupa, bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia. Topiknya memang berbeda, tetapi hasil penelitian ini ingin menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan tidak selalu berpengaruh signifikan terhadap sesuatu upaya pencapaian kinerja.

Hasil yang berbeda diperoleh Qosim (2007) dalam penelitiannya yang berjudul hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang prinsip enam benar pemberian obat terhadap tingkat penerapannya di bangsal rawat inap RSUD Muhammadiyah Gombong, yang mendapatkan hasil ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan tentang prinsip enam benar dengan tingkat penerapannya dengan nilai $p=0,001$. Penelitian serupa oleh Idayanti (2008) mendapatkan hasil

Universitas Indonesia

yang sama: ada hubungan yang bermakna antara variabel pengetahuan terhadap penerapan SOP teknik menyuntik (dengan $p=0,025$) dalam upaya pencegahan infeksi di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru.

Pada penelitian ini mendapatkan hasil yang berbeda dengan kedua penelitian tersebut, beberapa kemungkinan yang menyebabkan adalah:

1. Seluruh responden adalah perawat yang telah mendapat pelatihan dengan topik keselamatan pasien sehingga pengetahuan mereka relatif terdistribusi merata. Hal ini tampak pada relatif sedikitnya perbedaan hasil klasifikasi pengetahuan baik (54,4%) dibanding dengan klasifikasi kurang (45,6%).
2. Rumah sakit penelitian merupakan rumah sakit privat yang telah menjalani akreditasi 16 pelayanan pada tahun 2009 dimana materi sistem keselamatan pasien telah masuk sebagai bagian parameter penilaian.
3. Pernyataan-pernyataan untuk variabel pengetahuan sangat spesifik menyangkut IPSPG 1 s/d 6 dan panduan nasional serta sistem pelaporan insiden, dibanding pernyataan-pernyataan untuk parameter penilaian kinerja perawat yang lebih bersifat umum.

Dari sisi variabel penilaian kinerja menjadi hal pokok dalam hasil-hasil penelitian ini. Beberapa kemungkinan yang berpengaruh dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Teknik penilaian kinerja hanya dilakukan dari satu sisi, yaitu atasan langsung. Idealnya penilaian dilakukan dari empat sisi yaitu dari diri sendiri, dari mitra kerja, dari atasan dan dari bawahan (*360 degree assessment*). Sebab data kumulatif dari penilaian dari sisi-sisi yang berbeda diharapkan akan mengurangi kerancuan dan kesubjektifan penilai, (Ilyas, 1999 dalam Nurhasanah, 2010).
2. Komponen yang sangat penting dalam menentukan kinerja adalah perilaku kerja. Perilaku kerja perawat dalam implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit merupakan hal yang lebih awal harus dinilai sebelum menilai kinerja. Pada penelitian ini tidak dilakukan penilaian perilaku kerja.

Universitas Indonesia

3. Cukup banyaknya penilai variabel kinerja yaitu sebanyak 11 orang perawat kepala ruangan sebagai atasan langsung. Hal ini dapat menimbulkan subyektifitas variasi antar penilai, sehingga hasilnya bervariasi pula. Dari sisi lain hal ini ditempuh dengan argumen bahwa atasan langsung/kepala ruangan merupakan personil yang paling dekat dan paling sering berinteraksi dengan perawat yang dinilai.
4. Evaluasi atau penilaian kinerja perawat oleh kepala ruangan dalam implementasi sistem keselamatan pasien ini mengadopsi dan memodifikasi evaluasi kinerja menurut James E. Neal Jr. (2003). Evaluasi kinerja ini bersifat umum, tidak khusus untuk penerapan keselamatan pasien. Dari 22 parameter yang ada diambil delapan parameter, hal ini juga didasarkan atas relevansi substansi yang berhubungan dengan materi keselamatan pasien dalam Panduan Nasional keselamatan pasien dan manajemen klinis asuhan keperawatan. Parameter dan materi penilaian kinerja masih bersifat umum dalam penerapan sistem keselamatan pasien dibandingkan dengan materi pengetahuan dan sikap yang lebih spesifik terutama tentang materi IPSPG 1 sampai dengan 6.

7.3.2. Hubungan Antara Sikap Dengan Kinerja Perawat.

Dalam kaitan hubungan antara sikap dengan kinerja ini, ada beberapa hasil penelitian yang cukup menarik untuk dicermati. Gibson (1997) menyebutkan bahwa sikap adalah determinan perilaku, sebab sikap berkaitan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Sikap positif jelas sangat dipentingkan untuk mendukung penerapan SKP di rumah sakit. Unit kerja rumah sakit dengan frekuensi dan derajat keparahan (severitas) terjadinya IKP adalah Kamar Operasi. IPSPG 4 berfokus pada keselamatan pasien di Kamar Operasi. Pada hasil variabel sikap ada delapan orang (14,1%) responden perawat yang menjawab: sangat tidak setuju dan tidak setuju terhadap pertanyaan negatif: Sangat tidak bermanfaat memperhatikan perhitungan semua bahan yang memasuki area steril selama prosedur pembedahan. Pertanyaan ini merupakan upaya mencegah tertinggalnya benda asing selama prosedur pembedahan terutama untuk organ-organ berongga. Hal ini sesuai dengan hasil pada variabel

kinerja, oleh penilaian atasan langsung dalam parameter akurasi. Ada delapan orang (14%) perawat yang dinilai kurang baik oleh atasan langsung, pada pertanyaan: Kemampuan menghitung seluruh bahan yang memasuki area steril dalam proses pembedahan. Kesesuaian ini dimungkinkan adanya hubungan antara sikap perawat dengan kinerjanya, walaupun tidak semua perawat berasal dari unit kamar operasi. Hal ini perlu mendapat perhatian karena tertinggalnya benda asing selama prosedur pembedahan merupakan indikator keselamatan pasien rumah sakit.

Hubungan antara sikap responden dengan penilaian kinerja, juga tampak pada pelaporan IKP. Ada 13 orang (22,8%) yang menjawab sangat tidak setuju dan tidak setuju pada pertanyaan: Bila terjadi IKP selama pasien di rumah sakit tidak harus dilaporkan, dianalisis atau dikaji bersama sebab-sebabnya untuk dijadikan bahan pembelajaran bersama. Hal ini sesuai dengan hasil pada variabel kinerja parameter administrasi, dimana ada 11 orang (19,3%) perawat yang dinilai kurang baik dalam: Kemampuan membuat laporan bila terjadi IKP dan verifikasi data pre-operasi.

Dalam hal sikap responden ini ada dua sikap yang juga perlu mendapat perhatian yaitu, pada sikap terhadap obat-obat konsentrasi pekat (IPSG 3) dan sikap terhadap adanya singkatan-singkatan di rumah sakit yang membingungkan staf yang dianggap bukan penyebab terjadinya IKP (IPSG 2). Hal ini terlihat dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebanyak 27 (47,4%) orang perawat yang menyatakan: sangat tidak setuju dan tidak setuju terhadap pertanyaan-pertanyaan berkaitan dengan materi IPSG 3 dan 30 (52,6%) orang respondes menyatakan sangat tidak setuju dan tidak setuju dengan materi IPSG 2.

Dari hasil uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan tidak ada korelasi signifikan antara sikap dengan kinerja, sebab koefisien korelasi 0,18 dan derajat signifikan 0,892. Dalam hubungan kategorik variabel sikap dilakukan uji *Fisher Exact test*, oleh karena tidak memenuhi persyaratan *Chi-Square test* di mana salah satu selnya mempunyai nilai ekpektasi kurang dari 5. Pada uji *Fisher's Exact test* diperoleh nilai $p=0,209$ untuk uji 2 sisi dan $p=0,153$ untuk uji satu sisi. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara variabel sikap dengan kinerja.

Universitas Indonesia

Jadi secara test/uji skala numerik maupun secara kategorik keduanya menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara variabel sikap dan kinerja. Hasil ini mempunyai kesesuaian dengan temuan hasil penelitian Idayanti (2008) yang mendapatkan kesimpulan tidak ada hubungan yang bermakna (dengan $p=0,403$) antara variabel sikap terhadap penerapan SOP teknik menyuntik dalam upaya pencegahan infeksi di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Namun hasil ini menunjukkan ketidaksesuaian dengan sebagian besar beberapa sumber kepustakaan. Gibson (1997) menyebutkan sikap adalah determinan perilaku sebab sikap berkaitan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Sebuah sikap adalah perasaan positif atau negatif atau keadaan mental yang disiapkan, dipelajari dan diatur melalui pengalaman untuk memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang, terhadap orang, obyek dan keadaan.

Hal ini juga berbeda dengan temuan penelitian Yuliasuti (2007), yang menyebutkan adanya pengaruh pengetahuan, sikap dan ketrampilan terhadap kinerja perawat dalam hal khusus Penata-laksanaan Kasus Flu Burung di rumah sakit. Dari ketiga variabel tersebut, variabel sikap mempunyai pengaruh paling dominan terhadap kinerja perawat. Namun sikap juga dipengaruhi oleh pengetahuan dan motivasi. Hasil penelitian dalam penerapan program *patient safety*, diperoleh adanya pengaruh bersama-sama pengetahuan perawat dan motivasi perawat terhadap sikap mendukung penerapan program *patient safety* di instalasi perawatan intensif Dr. Moewardi, Surakarta. Secara berdiri sendiri ada hubungan antara pengetahuan atau motivasi dengan sikap mendukung penerapan program *patient safety* di instalasi perawatan intensif rumah sakit tersebut (Ariyani, 2009). Wulansih dan Widodo (2008) mendapatkan hasil: ada hubungan yang signifikan antara sikap keluarga dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia. Hasil ini ingin menunjukkan adanya pengaruh kuat sikap terhadap sesuatu kondisi atau upaya kinerja.

Walaupun demikian ada beberapa hal kemungkinan yang berpengaruh pada temuan penelitian ini adalah:

1. Pernyataan-pernyataan untuk variabel sikap sangat spesifik menyangkut IPSG 1 s/d 6 dan panduan nasional serta sistem pelaporan insiden, dibanding

pernyataan-pernyataan untuk parameter penilaian kinerja perawat yang lebih bersifat umum.

2. Bias dapat muncul dari variabel penilaian kinerja. Beberapa kemungkinan yang berpengaruh pada penilaian variabel kinerja sama seperti pada hubungan dengan variabel pengetahuan tersebut di atas.

7.3.3. Hubungan Antara Kualitas Kehidupan Kerja Dengan Kinerja Perawat

Dari hasil uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan tidak ada korelasi signifikan antara total kualitas kehidupan kerja dengan kinerja, sebab koefisien korelasi 0,102 dan derajat signifikan 0,451. Dalam hubungan kategorik dilakukan *Chi-Square test* diperoleh Pearson *Chi-Square* 0,478 dan derajat signifikan 0,490 (untuk test dua sisi). Dari kedua uji statistik, skala numerik dan kategorik keduanya diperoleh tidak ada hubungan signifikan antara kualitas kehidupan kerja dan kinerja perawat.

Dari semua komponen kualitas kehidupan kerja, hanya komponen partisipasi tidak memenuhi persyaratan untuk uji *Chi-Square test* oleh karena ada dua sel yang mempunyai nilai ekspektasi kurang dari 5, sehingga uji korelasi dilakukan dengan *Fisher Exact test* dimana diperoleh nilai $p=0,027$ baik untuk test dua sisi maupun satu sisi. Hal ini berarti ada hubungan secara signifikan antara komponen partisipasi dengan kinerja dalam penerapan keselamatan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa salah satu upaya untuk meningkatkan kinerja karyawan adalah dengan meningkatkan partisipasi atau keterlibatan karyawan khususnya dalam pengambilan keputusan-keputusan penting organisasi. Hal ini sesuai pendapat bahwa banyaknya pekerja saat ini menginginkan suatu tingkat keterlibatan tinggi dalam pekerjaan mereka. Mereka mengharapkan mendapatkan kesempatan untuk memberikan sumbangan yang lebih besar terhadap organisasi. Keinginan untuk berperan lebih besar ini semestinya dipandang sebagai peluang bagi perusahaan untuk menunjukkan kesempatan pengembangan pekerjaan secara profesional, bersamaan dengan pengaturan sistem imbalan, lingkungan kerja yang aman dan nyaman, Usman (2009).

Hal ini berbeda dengan penelitian Usman, (2009) yang mendapatkan hasil ada pengaruh QWL terhadap semangat kerja pada pekerja Pertamina Eksplorasi dan

Produksi Rantai. Namun hanya tiga komponen QWL yang diteliti yaitu restrukturisasi kerja, sistem imbalan dan lingkungan kerja. Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama berpengaruh secara signifikan terhadap semangat kerja, tetapi secara terpisah hanya variabel restrukturisasi kerja yang berpengaruh terhadap semangat kerja, sedangkan sistem imbalan dan lingkungan kerja tidak signifikan berpengaruh terhadap semangat kerja. Walaupun komponen QWL dan variabel diteliti yang berbeda, hal ini menunjukkan adanya salah satu komponen kualitas kehidupan kerja mempunyai korelasi secara signifikan terhadap kinerja. Berkaitan dengan teori-teori penting dalam implementasi sistem keselamatan pasien, kualitas kehidupan kerja rumah sakit dapat merupakan ujung tumpul atau *latent error* kontribusi terjadinya IKP, (Pedoman pelaporan IKP, 2007).

Beberapa kemungkinan yang berpengaruh pada temuan penelitian ini adalah:

1. Pernyataan-pernyataan untuk variabel kualitas kehidupan kerja sangat spesifik menyangkut IPSG 1 sampai dengan 6 dan Panduan Nasional serta Pedoman Pelaporan Insiden, dibanding pernyataan-pernyataan untuk parameter penilaian kinerja perawat yang lebih bersifat umum.
2. Bias dapat muncul dari variabel penilaian kinerja. Beberapa kemungkinan yang berpengaruh dari variabel kinerja sama seperti pada hubungan dengan variabel pengetahuan dan sikap tersebut di atas.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

Berdasarkan data-data penelitian yang telah dibahas dapat diambil kesimpulan bahwa penerapan Sistem Keselamatan Pasien di Rumah Sakit XY menunjukkan hasil bervariasi, kegiatannya sedang berproses, namun tetap memerlukan komitmen manajemen untuk membangun dan meningkatkan *input* SDM perawat yang meliputi pengetahuan, sikap dan kinerjanya sebagai *direct-care givers* pelayanan dan kualitas kehidupan kerja organisasi sebagai ujung tumpul/*latent errors* pelayanan. Kualitas kehidupan kerja rumah sakit XY menunjukkan perbedaan sangat tipis antara kualifikasi kualitas kehidupan kerja baik dengan klasifikasi kurang.

Beberapa kesimpulan lain yang dapat ditarik adalah sebagai berikut:

- a. Hasil penelitian klasifikasi pengetahuan perawat di rumah sakit XY menunjukkan adanya perbedaan jumlah antara klasifikasi pengetahuan baik dan klasifikasi pengetahuan kurang dalam implementasi sistem keselamatan pasien. Dari materi sistem keselamatan pasien rumah sakit pengetahuan perawat dengan nilai rerata tertinggi diperoleh untuk materi *IPSG 4* dan rerata terendah diperoleh untuk materi *IPSG 1*.
- b. Hasil penelitian klasifikasi sikap perawat di rumah sakit XY menunjukkan adanya perbedaan klasifikasi sikap baik dengan klasifikasi sikap kurang dalam implementasi sistem keselamatan pasien. Dari materi sistem keselamatan pasien rumah sakit sikap perawat dengan nilai rerata tertinggi diperoleh untuk materi Panduan Nasional dan Pedoman Pelaporan IKP dan rerata terendah diperoleh untuk materi *IPSG 2*.
- c. Dari komponen kualitas kehidupan kerja rumah sakit rerata penilaian tertinggi diperoleh untuk komponen rasa aman lingkungan kerja, sedangkan rerata terendah diperoleh untuk komponen penyelesaian masalah.

- d. Hasil penilaian kinerja perawat oleh atas langsung menunjukkan perbedaan
- e. cukup besar antara hasil kinerja baik dengan kurang baik. Untuk komponen kinerja perawat menurut penilaian atasan langsung/kepala ruangan rerata tertinggi diperoleh untuk komponen kemampuan interpersonal, sedangkan rerata terendah diperoleh untuk komponen kerja sama.
- f. Ada hubungan antara sikap perawat dalam hal IPSG 4 dengan kinerjanya dalam akurasi penghitungan benda asing dalam proses pembedahan dan administrasi sistem pelaporan IKP, karena diperoleh jumlah hampir sama. Dua hal dalam sikap perawat yang perlu mendapat perhatian adalah sikap kurang mendukung untuk materi IPSG 2 dan IPSG 3.
- g. Dengan *Uji Fisher Exact test* menunjukkan ada hubungan secara signifikan antara komponen partisipasi dengan kinerja perawat dengan $p=0,027$. Dengan demikian upaya-upaya peningkatan kinerja perawat dapat ditempuh dengan meningkatkan partisipasi atau keterlibatan mereka dalam pengambilan keputusan-keputusan penting dalam penerapan SKP.

8.2. Saran

Saran yang dapat diberikan kepada manajemen pihak rumah sakit XY tempat penelitian adalah sebagai berikut:

- a. Masih ada perawat yang masih bersikap kurang mendukung untuk implementasi materi IPSG 4 di kamar operasi. Hal ini memerlukan komitmen yang kuat dari pihak manajemen rumah sakit XY untuk membangun dan memperbaiki sikap perawat tersebut melalui kegiatan pelatihan, pendidikan dan sosialisasi yang berkesinambungan.
- b. Perlu ditingkatkan upaya memperbaiki kualitas kehidupan kerja rumah sakit dan komponennya terutama upaya penyelesaian masalah dengan tidak menyalahkan dan menghukum serta penyediaan alat yang lengkap untuk perlindungan terkena penularan penyakit infeksius di unit kerja rumah sakit.
- c. Dari variabel sikap perawat yang juga masih perlu ditingkatkan adalah sikap perawat terhadap materi IPSG 3 dan materi IPSG 2, yaitu obat-obatan konsentrasi pekat yang tidak dibenarkan adanya di unit-unit perawatan dan

sikap terhadap adanya singkatan-singkatan yang membingungkan staf yang dapat menyebabkan terjadinya IKP.

- d. Kinerja perawat di rumah sakit XY dalam hal penerapan keselamatan pasien menurut penilaian atasan langsung yang perlu ditingkatkan adalah komponen akurasi dan administrasi pelaporan IKP. Hal ini dapat ditempuh dengan memperbaiki sikapnya terhadap materi IPSG 4 khusus di kamar operasi dalam upaya mencegah tertinggalnya benda asing dalam proses pembedahan.
- e. Upaya peningkatan kinerja perawat dalam implementasi SKP dapat ditempuh dengan meningkatkan keterlibatan atau partisipasi mereka dalam hal-hal pengambilan keputusan penting dalam pelayanan asuhan keperawatan.

Bagi Institusi Pendidikan Perawat

- a. Materi sistem keselamatan pasien rumah sakit wajib diberikan kepada siswa perawat, karena saat ini merupakan kebutuhan dengan landasan legalitas yang kuat.
- b. Walaupun dalam uji statistik penelitian ini tidak ada hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan kinerja perawat, substansi dan materi sistem keselamatan pasien rumah sakit yang ada di Buku Panduan Nasional, Sistem pelaporan IKP dan materi *IPSG 1/6* merupakan kebutuhan mendasar.

Bagi Peneliti lanjutan

Penelitian ini dapat mendorong penelitian-penelitian selanjutnya dengan topik sistem keselamatan pasien rumah sakit karena saat ini merupakan keharusan bagi rumah sakit untuk menerapkannya, sedangkan di sisi lain masih merupakan permasalahan karena penerapannya belum berjalan dengan baik. Penilaian kinerja perawat dalam penerapan sistem keselamatan pasien di rumah sakit dapat dilakukan dengan penilaian yang lebih baik lagi, misalnya dari empat sisi (*360 degree assessment* dan dengan menggunakan parameter dan materi lebih spesifik).

DAFTAR REFERENSI

1. ABH Konsultan Medikolegal, (2004). *Aspek Medikolegal, Praktek Kedokteran*, BUMIDA Bumiputera.
2. Aditama, TY. (2006). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, edisi ke dua UI-Press.
3. Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktik*. Penerbit: Rineka Cipta.
4. Ariyani.(2008). *Analisis Pengetahuan dan Motivasi Perawat yang mempengaruhi Sikap mendukung penerapan Program Patient Safety di Instalasi Perawatan Intensif RSUD DR Moewardi, Surakarta*.
5. Budi, S.(2005). *Malpraktik Kedokteran, Permasalahan dari Segi Kedokteran dan Hukum*, Makalah, Surabaya 17 September 2005.
6. Dawson C. Dr. (2010). *Metode Penelitian Praktis*, Sebuah Panduan, Pustaka Pelajar, Cetakan I.
7. Dahlan M.S.(2010). *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel, dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, Edisi 3, Seri Evidence Based Medicine 2, Penerbit Salemba Medika.
8. Dahlan M.S. (2010). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Edisi 5, Seri Evidence Based Medicine 1, Penerbit Salemba Medika.
9. Darmawan D. *Variabel Semangat Kerja dan Indikator pengukurannya*. Staf pengajar program pasca sarjana STIE Mahardhika Surabaya.
10. Dharma S.(2011). *Manajemen Kinerja, Falsafah Teori dan Penerapannya*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
11. Departemen Kesehatan RI.- PERSI (2006). *Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*.
12. Departemen Kesehatan RI. (2005). *Indikator Kinerja Rumah Sakit*, Direktorat Jendral Pelayanan Medik.
13. Departemen Kesehatan RI. (1994). *Buku Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit (Konsep dasar dan Prinsip)*, Direktorat Jendral Pelayanan Medik , Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta.

Universitas Indonesia

14. Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2011) bekerja sama dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*
15. Dwiprahasto, Iwan (2008). *Mutu Pelayanan Yang berorientasi Pada Patient Safety*, Bagian Farmakologi & Toksikologi/Clinical Epidemiologi and Biostatistics Unit (CE&BU) Fakultas Kedokteran UGM/RSUP Dr. Sardjito.
16. *Fakta tentang keselamatan pasien* (2008) *Health News* Sat. 12 Jan 2008. <http://www.cybermed.cbn.net.id/cbprt/cybermed/detail.aspx?x=health+new&y=cybermed/0/0/54238>
17. Gibson JL., Ivancevich JM , Donnelly JH. (1997). *Organisasi: Perilaku, Struktur , Proses*. Alih bahasa: Ir. Nunuk Adiarni, MM., Dr. Lyndon Saputra, Binarupa Aksara, Publisher.
18. Gitosudarmo I., Sudita N. (2008) *Perilaku Keorganisasian*, BPFE, Yogyakarta.
19. Guwandi, J. (2004) *Hukum Medik (Medical Law)*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Balai Penerbit FKUI, Jakarta 2004.
20. Hamdani S. (2007). *Analisis Budaya Keselamatan Pasien (Patient Safety Culture) di Rumah sakit Islam, Jakarta tahun 2007*. Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
21. Hasan I. (2004) . *Analisis Data Penelitian dengan Statistisk*, Penerbit Bumi Aksara,, Cetakan Keempat, Juni 2004.
22. Idayanti. (2008). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat terhadap penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) Teknik menyuntik dalam Upaya pencegahan infeksi di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru*.
23. Joint Commision International (2011). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Edisi ke-4. Berlaku Sejak Januari 2011. PERSI.
24. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (KKP-RS),(2007). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*.
25. Keselamatan Pasien Versi Standar Internasional, Bimbingan Teknis Akreditasi International. KeMenKes- Juni 2011.

26. Lumenta N, (2007) *Pelayanan medis non bedah dalam rangka "Patient safety"*, Makalah pada Simposium Pelayanan Kesehatan Berbasis Patient Safety, dalam rangka HUT ke-35 RSPP Jakarta, Sabtu 24 Maret 2007.
27. Mangkunegara AP.(2010). *Evaluasi Kinerja SDM*, Refika Aditama, Bandung.
28. Murphy DM., Shannon K. Pugliese G. (2009). *Patient Safety and The Risk Management Professional*, Chapter 3, Risk Management Handbook for Health Care Organizations, editor Roberta Carroll, American Society for Healthcare Risk Management.
29. Nawawi HH.(2008). *Manajemen Sumber Daya Manusia, untuk bisnis yang kompetitif.*, Gadjah Mada University Press.
30. Notoatmodjo, Soekidjo.(2010) *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta Edisi Rev.
31. Notoatmodjo, Soekidjo (2007). *Promosi Kesehatan & Perilaku*, Jakarta Rineka Cipta.
32. Notoatmodjo, Soekidjo (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta Rineka Cipta.
33. Novianti R, (2009). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Keselamatan Pasien dengan Kepatuhan pelaksanaan Prinsip pemberian Obat Injeksi di Rumah Sakit Islam Surakarta*. Skripsi, Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta, 2009.
34. Nurhasanah. (2010). *Hubungan Karakteristik Individu, Organisasi dan Budaya dengan Perilaku patient safety pada Perawat di Rumah Sakit Tria Dipa, Jakarta tahun 2010*. Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
35. Parmanto, Bambang (2006). " *To Err Is Human*", Opini Majalah Health & Hospital Indonesia, edisi 02/1/18 Agustus-18 September 2006, halaman 36-37.
36. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
37. Sabarguna BS, Sungkar A.(2009). *Informatika Biomedis*. UI-Press, halaman 72-92.

38. Salimah S. (2009). *Model 7 P Pada Manajemen SDM di Rumah Sakit.*, Kontributor, posted by Chief editor on January 31 st.
39. Sugiyono. (2009). *Statistika untuk Penelitian*, Penerbit Alfabeta Bandung.
40. Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
41. Uyainah ZN. (2006). *Pengetahuan, Sikap dan Persepsi Pimpinan Struktural dan Fungsional terhadap program keselamatan pasien di RSCM*, Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
42. Usman E.J (2009). *Pengaruh Quality Of Work Life terhadap Semangat Kerja di Pertamina Eksplorasi dan Produksi Rantau*. Tesis Tugas Akhir Program Magister (TAPM) Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka, Jakarta.
43. Quality Of Work Life (QWL): *Kualitas Kehidupan Kerja, hand out* bahan kuliah Program Pasca sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
44. Vincent Ch.,(2006). *Patient Safety*, ELSEVIER, Churchill Livingstone, Edinburgh,London , New York.
45. Vincent Ch.(2010). *Patient Safety*. Second Edition. Wiley-Blackwell. BMJI Books.
46. Wulansih. S., Widodo A. (2008). *Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dan Sikap Keluarga dengan kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di RSJD Surakarta*, Berita Ilmu Keperawatan, ISSN 1979-2697, Vol. I. No. 4, Desember 2008, 181-186.
47. Yuliasuti, I.(2007). *Pengaruh Pengetahuan, Ketrampilan, dan Sikap terhadap kinerja perawat dalam Penatalaksanaan Kasus Flu Burung di RSUP H. Adam Malik*.

Lampiran 1: Kuesioner Penelitian Uji Validitas dan Reliabilitas.

RAHASIA

Selamat pagi/siang/sore,

Saya mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang sedang mengumpulkan informasi tentang Sistem Keselamatan Pasien rumah sakit. Untuk itu saya sangat mengharapkan partisipasi dan persetujuan anda dalam mengisi kuesioner ini.

Dalam pengisian kuesioner ini sangat dibutuhkan kejujuran anda, karena obyektivitas hasil sangat berharga untuk upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit di tempat anda bekerja.

Peran dan kontribusi anda sangat besar sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan kepada pasien, namun tidak ada pengaruh penilaian terhadap diri pribadi saudara/saudari perawat sebagai karyawan di rumah sakit ini.

-Data Identitas Perawat:

Nama: -----Umur:.....(th.)

Pendidikan terakhir:-----Lama bekerja di RS ini:-----(bulan)

Bagian/Unit kerja anda:-----

Apakah dalam 2 tahun terakhir ini anda mendapat pelatihan dg. topik Sistem Keselamatan pasien? Ya/Tidak.

Bila ya, Kapan:-----

Dimana:-----

Persetujuan anda:

Tanda Tangan: (-----)

Universitas Indonesia

Kuesioner A: Pengetahuan Perawat.

Diisi oleh perawat, *Nama*:-----

Bertugas di unit kerja pelayanan: *Rawat inap, Rawat jalan, Kamar operasi, ICCU,*

Gawat darurat (yang sesuai supaya dilingkari).

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang sesuai menurut anda.

(Keterangan : B = Benar , S = Salah).

No.	PERTANYAAN	JAWABAN	
		B (2)	S (1)
1.	Keselamatan pasien rumah sakit adalah sistem untuk membuat asuhan kepada pasien lebih aman.		
2.	Sistem keselamatan pasien hanya meliputi asesmen risiko, identifikasi risiko dan tidak termasuk pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko selama pasien di rumah sakit.		
3.	IKP hanya meliputi: KTD, KNC, KPC dan tidak termasuk Kejadian Sentinel		
4.	Komunikasi efektif meliputi pula pelaporan hasil kritis pemeriksaan penunjang.		
5.	KTD adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan penyakit dasarnya atau kondisi pasien.		
6.	Obat-obat dengan konsentrasi pekat boleh ada di ruangan perawatan		
7.	Kejadian Sentinel adalah kejadian yang mengakibatkan kematian atau cedera serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima, seperti operasi pada bagian tubuh yang salah.		
8.	Verifikasi kelengkapan data pasien pre-operasi hanya untuk mengisi rekam medis, bukan dimaksudkan untuk mencegah dan mengurangi IKP di kamar operasi		
9.	IKP adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan tidak diharapkan, yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien		
10	Nomer kamar atau nomer lokasi pasien dapat digunakan untuk identifikasi pasien di rawat inap.		
11.	Tindakan lebih ketat dalam <i>hand-hygiene</i> hanya ditujukan untuk perawat karena perawat yang lebih sering kontak dengan pasien		

Universitas Indonesia

No.	PERTANYAAN	JAWABAN	
		B (2)	S (1)
12.	Penggunaan identitas pasien dengan menggunakan minimal dua parameter bukan dimaksudkan untuk menghindari kesalahan disebabkan kesamaan atau kemiripan nama pasien.		
13.	Pemakaian gelang pasien adalah salah satu sarana identifikasi pasien		
14.	Penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter dimaksudkan hanya untuk kelengkapan data, tidak untuk mencegah dan mengurangi kemungkinan terjadinya KTD.		
15.	Yang termasuk upaya mencegah dan mengurangi kemungkinan risiko pasien jatuh selama perawatan adalah: melakukan asesmen pasien, menandai pasien, memposisikan tempat tidur terendah, meninggikan pagar pengaman, tidak termasuk melakukan pengawasan lebih ketat dan mendekatkan pasien di dekat <i>nurse station</i> .		
16.	Komunikasi efektif adalah komunikasi yang panjang dan di-ulang-ulang, tidak berkaitan dengan instruksi verbal/lisan dan via telephon		
17.	Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien		
18.	Asesmen risiko ulang kemungkinan pasien jatuh selama dalam perawatan dimaksudkan untuk mencegah dan mengurangi KTD pasien jatuh		
19.	Keamanan pemberian obat-obat kepada pasien tidak perlu diperhatikan perawat, karena sudah dijamin oleh bagian apotik		
20.	Asesmen pasien dengan kemungkinan risiko jatuh hanya dilakukan perawat saat pasien pertama masuk perawatan		
21.	Tujuan dari sistem keselamatan pasien adalah untuk mencegah dan mengurangi terjadinya KTD, KNC, KPC dan Sentinel.		
22.	Untuk mencegah dan mengurangi terjadinya IKP di kamar operasi meliputi: penandaan sisi tubuh atau lokasi operasi, melaksanakan prosedur "time out", dan tindakan penghitungan semua bahan yang memasuki area steril operasi.		
23.	Prosedur "time out" di kamar operasi dilakukan untuk seluruh prosedur pembedahan dan tindakan intervensi lainnya		
24.	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang tidak perlu dipermasalahkan, karena wajar di dapat selama perawatan di rumah sakit		
25.	Komunikasi SBAR adalah cara menginformasikan data kondisi pasien kritis dengan selengkap-lengkapannya.		
26.	Membatasi jumlah pengunjung pasien dan keluarganya bukan dimaksudkan untuk mengurangi risiko infeksi nosokomial		

No.	PERTANYAAN	JAWABAN	
		B (2)	S (1)
27.	Tujuan penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter adalah untuk mencegah dan mengurangi kemungkinan terjadinya IKP		
28.	Singkatan-singkatan yang ada di rumah sakit dan membingungkan staf diperbolehkan karena tidak dapat menyebabkan terjadinya IKP		

--oo0oo--

Kuesioner B: Sikap Perawat.

Diisi oleh perawat, *Nama*:-----

Bertugas di unit kerja pelayanan: *Rawat inap, Rawat jalan, Kamar operasi, ICCU, Gawat darurat* (yang sesuai supaya dilingkari)

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang sesuai menurut anda.

(Ket: SS=Sangat Setuju, S=Setuju, TS=Tidak Setuju, STS=Sangat Tidak Setuju)

No.	PERTANYAAN	JAWABAN			
		SS (4)	S (3)	TS (2)	STS (1)
1	Penerapan sistem keselamatan rumah sakit dalam asuhan keperawatan tidak menjamin pasien lebih aman				
2	Pentingnya melakukan asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko selama pasien di rumah sakit tidak termasuk ruang lingkup sistem keselamatan pasien.				
3.	Sangat penting memperhatikan dengan ketat setiap upaya pencegahan infeksi nosokomial pasien selama dalam perawatan rumah sakit				
4.	Sangat penting melakukan identifikasi risiko atau potensi risiko pasien selama pasien di rawat di rumah sakit				
5.	Sangat besar urgensi melakukan pembelajaran dari kasus-kasus IKP yang pernah terjadi				
6.	Sangat tidak manfaat berbagi pengalaman tentang sistim keselamatan pasien dari rumah sakit lain atau sumber-sumber lain.				
7.	Penerapan sistem keselamatan pasien hanya merepotkan, menambah beban dan tidak bermanfaat.				

Universitas Indonesia

No.	PERTANYAAN	JAWABAN			
		SS (4)	S (3)	TS (2)	STS (1)
8.	Rekan-rekan sejawat sesama perawat tidak mungkin berbuat terjadinya kasus IKP dalam melaksanakan tindakan keperawatan.				
9.	Setiap terjadinya Insiden Keselamatan pasien harus dilaporkan, bukan untuk ditutupi atau disembunyikan.				
10.	Setiap terjadinya IKP harus didiskusikan, dikaji, dicari akar masalah dan dijadikan bahan pembelajaran bersama				
11.	Implementasi sistem keselamatan pasien tidak memerlukan keterlibatan pasien dan keluarganya				
12.	Dalam implementasi sistem keselamatan pasien hak-hak pasien tidak perlu dijelaskan lagi.				
13.	Perlu ditulis lengkap dan dibaca ulang untuk instruksi dokter yang diberikan melalui verbal/lisan dan via telephon				
14.	Dalam menerapkan sistem keselamatan pasien tidak termasuk mendidik pasien dan keluarganya.				
15.	Sangat penting penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter untuk mencegah/menghindari terjadinya IKP				
16.	Memerlukan perhatian cermat dalam menggunakan identitas pasien dengan minimal dua parameter tidak bermanfaat pada saat melakukan tindakan intervensi atau prosedur asuhan keperawatan				
17.	Memerlukan perhatian seksama penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter hanya penting pada saat memberikan obat-obat suntikan dan melaksanakan transfusi darah.				
18.	Dalam implementasi sistem keselamatan pasien tidak untuk mencari-cari kesalahan rekan sekerja atau petugas lainnya				
19.	Membantu dan mengingatkan dokter operator untuk menandai sisi tubuh atau lokasi untuk pasien yang akan dioperasi				
20.	Sangat tidak bermanfaat melaporkan kondisi kritis pasien dengan komunikasi SBAR				
21.	Hasil kritis pemeriksaan penunjang tidak perlu dilaporkan kepada dokter				
22.	Diperlukan perhatian tinggi keamanan pemberian obat-obat kepada pasien				
23.	Sangat dibenarkan adanya obat-obat dengan konsentrasi pekat boleh ada di ruangan perawatan				

No.	PERTANYAAN	JAWABAN			
		SS (4)	S (3)	TS (2)	STS (1)
24.	Memerlukan perhatian cermat akurasi pemberian dosis obat kepada pasien				
25.	Memerlukan perhatian akurasi tinggi cara/route pemberian obat kepada pasien				
26.	Memerlukan perhatian khusus rupa dan kemasan obat-obatan yang mempunyai kemiripan				
27.	Memerlukan pengkajian pasien dengan riwayat alergi obat				
28.	Memerlukan perhatian identitas pasien dengan minimal dua parameter untuk pasien yang akan dilakukan operasi				
29.	Bila terjadi insiden keselamatan pasien selama pasien di rumah sakit tidak harus dilaporkan, dianalisis atau dikaji bersama sebab-sebabnya untuk dijadikan bahan pembelajaran bersama.				
30.	Tidak perlu membantu dan mengingatkan dokter/operator untuk melaksanakan prosedur "time out" selama prosedur pembedahan atau operasi.				
31.	Sangat tidak bermanfaat memperhatikan penghitungan semua bahan yang memasuki area steril selama prosedur pembedahan/operasi				
32.	Penting memeriksa kelengkapan data pre-operasi pasien sebelum dilakukan tindakan operasi				
33.	Tidak perlu dilaporkan secara tertulis apabila ada pasien jatuh dalam perawatan, karena berdampak merugikan bagi pelayanan asuhan keperawatan.				
34.	Penting adanya singkatan-singkatan di rumah sakit yang membingungkan staf karena bukan penyebab terjadinya IKP				
35.	Tidak selalu diperlukan upaya verifikasi untuk akurasi/ketepatan komunikasi verbal/lisan dan via telepon				
36.	Perawat tidak perlu melakukan asesmen ulang untuk pasien-pasien dengan risiko jatuh selama dalam perawatan				
37.	Pasien-pasien dengan kemungkinan risiko jatuh lebih besar tidak perlu dilakukan tindakan pencegahan, karena tindakan pencegahan apapun yang diambil perawat tidak bermanfaat				
38.	Hanyalah perawat yang memerlukan perhatian lebih ketat dalam <i>hand hygiene</i> untuk tindakan keperawatan khusus untuk pasien penyakit menular atau pasien isolasi				

--oo0oo--

Universitas Indonesia

Kuesioner C: Variabel Kualitas Kehidupan Kerja

Diisi oleh perawat , **Nama:**-----

Bekerja di unit pelayanan: *Rawat inap, Rawat jalan, Kamar operasi, ICCU atau*

Gawat darurat (yang sesuai supaya dilingkari).

Pilihlah jawaban yang dianggap sesuai dengan memberi tanda silang (X) pada kotak jawaban.

(Ket.: SS = Sangat Setuju, S = Setuju, TS = Tidak Setuju, STS = Sangat Tidak Setuju)

No.	PERTANYAAN	SS (4)	S (3)	TS (2)	STS (1)
1.	Selalu dilibatkan dalam pembahasan kasus-kasus keperawatan				
2.	Tidak pernah dilibatkan dalam pengambilan keputusan penting yang menyangkut kepentingan bersama di unit kerja				
3.	Terjadinya Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di unit kerja selalu didiskusikan untuk dijadikan bahan pembelajaran bersama.				
4.	Dilibatkan dalam pembuatan/penetapan SPO keperawatan di unit kerja ini				
5.	Sistem asuhan keperawatan yang diterapkan di unit kerja selalu dibahas bersama.				
6.	Ada jaminan rasa aman bekerja di unit kerja pelayanan di rumah sakit ini.				
7.	Sebagai perawat saat ini merasa tidak aman bekerja di unit kerja pelayanan atau di rumah sakit ini				
8.	Ketersediaan jaminan kelangsungan bekerja di unit kerja di rumah sakit ini				
9.	Ada rasa tidak nyaman melaksanakan tugas pelayanan pasien bila sering terjadi IKP di unit kerja				
10.	Ketersediaan SPO lengkap untuk cara-cara pencegahan terjadinya Insiden keselamatan Pasien di unit kerja				
11.	Penyelesaian masalah yang terjadi berkaitan dengan pelayanan pasien cukup baik di unit kerja				
12.	SPO di bidang keperawatan lebih mengutamakan orientasi kearah keselamatan pasien				

Universitas Indonesia

No.	PERTANYAAN	SS (4)	S (3)	TS (2)	STS (1)
13.	Keselamatan lingkungan kerja di unit pelayanan pasien tempat saya bekerja terjamin dengan sangat baik.				
14.	Alat perlindungan diri untuk melakukan pekerjaan keperawatan tersedia dengan sangat lengkap di unit kerja				
15.	Kelengkapan SPO penggunaan alat perlindungan diri sangat baik				
16.	Tersedia alat sangat lengkap untuk perlindungan terkena penularan penyakit infeksius di unit kerja				
17.	Jumlah ruangan isolasi untuk kasus-kasus penyakit infeksius sangat mencukupi di rumah sakit ini.				
18.	Setiap terjadinya kasus-kasus IKP selalu diupayakan penyelesaian dengan cara-cara pembelajaran bersama				
19.	Ditentukan prioritas penyelesaian masalah dengan analisis kasus keperawatan				
20.	Upaya penyelesaian masalah Insiden Keselamatan Pasien di unit kerja dilaksanakan dengan sangat memuaskan.				
21.	Upaya penyelesaian masalah Insiden Keselamatan Pasien dilakukan dengan tidak menyalahkan dan menghukum				
22.	Setiap terjadinya kasus Insiden keselamatan pasien selalu didiskusikan bersama				
23.	Pemahaman bahwa komunikasi adalah kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien sangat baik di unit kerja				
24.	Upaya komunikasi efektif dilingkungan unit kerja pelayanan pasien telah dibangun sangat baik.				
25.	Adanya keharusan untuk selalu memverifikasi akurasi setiap komunikasi melalui verbal/lisan dan via telephon menyangkut pelayanan kepada pasien				
26.	Adanya keharusan laporan perawat untuk kondisi pasien kritis dengan menggunakan komunikasi <i>SBAR</i>				
27.	Ketersediaan SPO sangat aplikatif tentang pelaporan hasil kritis pemeriksaan penunjang di unit kerja				

Kuesioner D: Variabel Kinerja Perawat (Diisi oleh kepala ruangan)

Bagaimana penilaian anda terhadap kinerja perawat yang bekerja di ruangan: *Rawat inap, Rawat jalan, Kamar operasi, ICCU, atau Gawat darurat.* (yang sesuai supaya dilingkari)

Nama kepala ruangan:-----

Lama menjabat kepala ruangan:-----

Nama Perawat yang dinilai:-----

Pilihlah jawaban yang dianggap sesuai dengan menandai (X) pada kotak jawaban.

(Ket.: SB= Sangat Baik, B=Baik, KB=Kurang Baik, TB= Tidak Baik)

No.	PERTANYAAN	SB (4)	B (3)	KB (2)	TB (1)
1.	Ketelitian dalam memperhatikan akurasi ketepatan identitas pasien dengan menggunakan minimal dua parameter				
2.	Kehati-hatian dalam upaya meningkatkan keamanan pemberian obat kepada pasien				
3.	Kecermatan dalam memperhatikan rupa dan kemasan obat yang mempunyai kemiripan				
4.	Kecermatan dalam memperhatikan cara pemberian obat kepada pasien				
5.	Ketelitian dalam memperhatikan akurasi dosis pemberian obat.				
6.	Kehati-hatian dalam melaksanakan tindakan intervensi keperawatan secara khusus kepada pasien				
7.	Kehati-hatian dalam melaksanakan tindakan intervensi keperawatan secara umum kepada pasien				
8.	Kemampuan menyelesaikan tugas-tugas asuhan keperawatan secara umum sesuai wewenang dan tanggung jawabnya				
9.	Kemampuan identifikasi risiko pasien sehubungan dengan kemungkinan terjadinya IKP (KTD, KNC, KPC dan Kejadian Sentinel)				
10.	Kemampuan melakukan asesmen risiko pasien terhadap kemungkinan terjadinya IKP (KTD, KNC, KPC dan Kejadian Sentinel)				
11.	Kemampuan melakukan analisis kasus-kasus Insiden Keselamatan Pasien (IKP)				
12.	Kemampuan mengelola hal yang berhubungan dengan risiko pasien selama dalam perawatan				
13.	Kemampuan membuat laporan secara tertulis bila terjadi Insiden Keselamatan pasien				

Universitas Indonesia

No.	PERTANYAAN	SB (4)	B (3)	KB (2)	TB (1)
14.	Kemampuan melengkapi data tertulis keperawatan				
15.	Kemampuan menghitung seluruh bahan yang memasuki area steril dalam proses pembedahan.				
16.	Kemampuan mengumpulkan hasil data pemeriksaan penunjang				
17.	Kemampuan memverifikasi kelengkapan data pre-operasi untuk pasien-pasien yang akan dilakukan tindakan operasi.				
18.	Kemampuan melakukan komunikasi efektif untuk instruksi melalui verbal/lisan dan via telephon				
19.	Kepatuhan menuliskan pada status pasien instruksi yang diterima via verbal/lisan dan via telephon				
20.	Kepatuhan membacakan ulang instruksi yang diterima via verbal/lisan dan via telephon				
21.	Kepatuhan melaporkan kondisi pasien kritis dengan menggunakan komunikasi SBAR.				
22.	Kecermatan melaporkan hasil kritis pemeriksaan penunjang				
23.	Kemampuan melakukan pemeriksaan fisik				
24.	Kemampuan mengkaji riwayat kesehatan pasien				
25.	Kemampuan mengimplementasikan sistim asuhan keperawatan dengan berorientasi keselamatan pasien				
26.	Kemampuan membuat diagnosis keperawatan selalu mempertimbangkan kondisi pasien.				
27.	Kemampuan melakukan asesmen atau identifikasi resiko kemungkinan terjadinya KTD				
28.	Kemampuan menentukan tujuan keperawatan jangka pendek				
29.	Kemampuan menentukan tujuan keperawatan jangka menengah				
30.	Kemampuan menentukan tujuan keperawatan jangka panjang				
31.	Kecekatan melaksanakan konsultasi ke dokter untuk pasien-pasien yang memang memerlukan konsultasi segera				
32.	Kemampuan melakukan tindakan intervensi keperawatan secara kolaborasi				
33.	Kemampuan melakukan pemantauan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara bersama-sama				
34.	Kepatuhan melakukan pengkajian secara bersama-sama apabila terjadinya kasus Insiden Keselamatan Pasien				
35.	Kemampuan menjelaskan maksud dan tujuan dalam tindakan keperawatan				
36.	Kepatuhan mendidik pasien dan keluarganya tentang keselamatan pasien				
37.	Selalu melibatkan pasien dan/keluarganya untuk pencegahan kemungkinan terjadinya Insiden keselamatan Pasien.				
38.	Sangat besar kemauan untuk menumbuhkan rasa percaya diri pasien dan keluarganya				

No.	PERTANYAAN	SB (4)	B (3)	KB (2)	TB (1)
39.	Kesadaran untuk selalu memotivasi pasien dan keluarganya				
40.	Kemampuan menentukan alternatif pemecahan masalah				
41.	Kepatuhan dalam melakukan pemantauan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan				
42.	Kedisiplinan melaksanakan pemantauan penerapan SPO keperawatan di unit kerjanya.				
43.	Kemampuan belajar dari kejadian kasus-kasus IKP				
44.	Keaktifan dalam melakukan diskusi kasus IKP				
45.	Sangat besar kemauan berbagi pengalaman tentang kasus IKP dari berbagai sumber atau sumber lain				
46.	Kemampuan melakukan upaya pencegahan berulangnya kasus IKP yang sama di masa berikutnya.				
47.	Kemampuan implementasi solusi keperawatan untuk meminimalkan terjadinya risiko sehubungan terjadinya IKP.				
48.	Kepatuhan untuk selalu melibatkan pasien dan keluarganya dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan				

-Terima kasih-

--oo0oo--

Universitas Indonesia

Lampiran 2 : Kuesioner Penelitian.**RAHASIA**

Selamat pagi/siang/sore,

Saya mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang sedang mengumpulkan informasi tentang Sistem Keselamatan Pasien rumah sakit. Untuk itu saya sangat mengharapkan partisipasi dan persetujuan anda dalam mengisi kuesioner ini.

Dalam pengisian kuesioner ini sangat dibutuhkan kejujuran anda, karena obyektivitas hasil sangat berharga untuk upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit di tempat anda bekerja.

Peran dan kontribusi anda sangat besar sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan kepada pasien, namun tidak ada pengaruh penilaian terhadap diri pribadi saudara/saudari perawat sebagai karyawan di rumah sakit ini.

-Data Identitas Perawat:

Nama: -----Umur:..... (th.)

Pendidikan terakhir-----Lama bekerja di RS ini:-----(bulan)

Bagian/Unit kerja anda:-----

Apakah dalam 2 tahun terakhir ini anda mendapat pelatihan dg. topik Sistem Keselamatan pasien? Ya/Tidak.

Bila ya, Kapan:-----

Dimana:-----

Persetujuan anda:

Tanda Tangan: (-----)

Universitas Indonesia

Kuesioner A: Pengetahuan Perawat.

Diisi oleh perawat, *Nama*:-----

Bertugas di unit kerja pelayanan: *Rawat inap, Rawat jalan, Kamar operasi, ICCU, Gawat darurat* (yang sesuai supaya dilingkari).

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang sesuai menurut anda.

(Keterangan : B = Benar , S = Salah).

No.	PERTANYAAN	JAWABAN	
		B (2)	S (1)
1.	Sistem keselamatan pasien hanya meliputi asesmen risiko, identifikasi risiko dan tidak termasuk pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko selama pasien di rumah sakit.		
2.	IKP hanya meliputi: KTD, KNC, Kejadian Sentinel dan tidak termasuk KPC.		
3.	KTD adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan penyakit dasarnya atau kondisi pasien.		
4.	Verifikasi kelengkapan data pasien pre-operasi hanya untuk mengisi rekam medis, bukan dimaksudkan untuk mencegah dan mengurangi IKP di kamar operasi		
5.	Nomer kamar atau nomer lokasi pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien di rawat inap.		
6.	Tindakan lebih ketat dalam <i>hand-hygiene</i> hanya ditujukan untuk perawat karena perawat yang lebih sering kontak dengan pasien		
7.	Penggunaan identitas pasien dengan menggunakan minimal dua parameter bukan dimaksudkan untuk menghindari kesalahan disebabkan kesamaan atau kemiripan nama pasien.		
8.	Penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter dimaksudkan hanya untuk kelengkapan data, tidak untuk mencegah dan mengurangi kemungkinan terjadinya KTD.		
9.	Yang termasuk upaya mencegah dan mengurangi kemungkinan risiko pasien jatuh selama perawatan adalah: melakukan asesmen pasien, menandai pasien, memposisikan tempat tidur terendah, meninggikan pagar pengaman, tidak termasuk melakukan pengawasan lebih ketat dan mendekatkan pasien di dekat <i>nurse station</i> .		

Universitas Indonesia

No.	PERTANYAAN	JAWABAN	
		B (2)	S (1)
11.	Asesmen pasien dengan kemungkinan risiko jatuh tidak hanya dilakukan perawat saat pertama pasien masuk perawatan		
12.	Tujuan dari sistem keselamatan pasien bukan untuk mencegah dan mengurangi terjadinya KTD, KNC, KPC dan Sentinel.		
13.	Komunikasi <i>SBAR</i> bukanlah cara menginformasikan data kondisi pasien kritis dengan selengkap-lengkapannya.		
14.	Tujuan penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter bukan untuk mencegah dan mengurangi kemungkinan terjadinya IKP		
15.	Membatasi jumlah pengunjung pasien dan keluarganya bukan dimaksudkan untuk mengurangi risiko infeksi nosokomial		

--0000--

Kuesioner B: Sikap Perawat.

Diisi oleh perawat, *Nama:*-----

Bertugas di unit kerja pelayanan: *Rawat inap, Rawat jalan, Kamar operasi, ICCU, Gawat darurat* (yang sesuai supaya dilingkari)

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang sesuai menurut anda.

(Ket: SS=Sangat Setuju, S=Setuju, TS=Tidak Setuju, STS=Sangat Tidak Setuju)

No.	PERTANYAAN	JAWABAN			
		SS (4)	S (3)	TS (2)	STS (1)
1	Sangat penting memperhatikan dengan ketat setiap upaya pencegahan infeksi nosokomial pasien selama dalam perawatan rumah sakit				
2	Sangat penting melakukan identifikasi risiko atau potensi risiko pasien selama pasien di rawat di rumah sakit				
3.	Sangat besar urgensi melakukan pembelajaran dari kasus-kasus IKP yang pernah terjadi				
4.	Setiap terjadinya Insiden Keselamatan pasien harus dilaporkan, bukan untuk ditutupi atau disembunyikan.				
5.	Implementasi sistem keselamatan pasien tidak memerlukan keterlibatan pasien dan keluarganya				
6.	Dalam implementasi sistim keselamatan pasien hak-hak pasien tidak perlu dijelaskan lagi				

Universitas Indonesia

No.	PERTANYAAN	JAWABAN			
		SS (4)	S (3)	TS (2)	STS (1)
7.	Sangat penting penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter untuk mencegah/menghindari terjadinya IKP				
8.	Memerlukan perhatian cermat dalam menggunakan identitas pasien dengan minimal dua parameter tidak bermanfaat pada saat melakukan tindakan intervensi atau prosedur asuhan keperawatan				
9.	Diperlukan perhatian tinggi keamanan pemberian obat-obat kepada pasien				
10.	Sangat dibenarkan adanya obat-obat dengan konsentrasi pekat boleh ada di ruangan perawatan				
11.	Memerlukan perhatian cermat akurasi pemberian dosis obat kepada pasien				
12.	Memerlukan perhatian akurasi tinggi cara/route pemberian obat kepada pasien				
13.	Memerlukan perhatian khusus rupa dan kemasan obat-obatan yang mempunyai kemiripan				
14.	Memerlukan pengkajian pasien dengan riwayat alergi obat				
15.	Memerlukan perhatian identitas pasien dengan minimal dua parameter untuk pasien yang akan dilakukan operasi				
16.	Bila terjadi insiden keselamatan pasien selama pasien di rumah sakit tidak harus dilaporkan, dianalisis atau dikaji bersama sebab-sebabnya untuk dijadikan bahan pembelajaran bersama.				
17.	Tidak perlu membantu dan mengingatkan dokter/operator untuk melaksanakan prosedur "time out" selama prosedur pembedahan atau operasi.				
18.	Sangat tidak bermanfaat memperhatikan penghitungan semua bahan yang memasuki area steril selama prosedur pembedahan/operasi				
19.	Tidak perlu dilaporkan secara tertulis apabila ada pasien jatuh dalam perawatan, karena berdampak merugikan bagi pelayanan asuhan keperawatan.				
20.	Penting adanya singkatan-singkatan di rumah sakit yang membingungkan staf karena bukan penyebab terjadinya IKP				
21.	Tidak selalu diperlukan upaya verifikasi untuk akurasi/ketepatan komunikasi verbal/lisan dan via telepon				

No.	PERTANYAAN	JAWABAN			
		SS (4)	S (3)	TS (2)	STS (1)
22.	Perawat tidak perlu melakukan asesmen ulang untuk pasien-pasien dengan risiko jatuh selama dalam perawatan				
23.	Pasien-pasien dengan kemungkinan risiko jatuh lebih besar tidak perlu dilakukan tindakan pencegahan, karena tindakan pencegahan apapun yang diambil perawat tidak bermanfaat				

--oo0oo--

Terima kasih.

Kuesioner C: Variabel Kualitas Kehidupan Kerja

Diisi oleh perawat, *Nama*:-----

Bekerja di unit pelayanan: *Rawat inap, Rawat jalan, Kamar operasi, ICCU atau Gawat darurat* (yang sesuai supaya dilingkari).

Pilihlah jawaban yang dianggap sesuai dengan memberi tanda silang (X) pada kotak jawaban.

(Ket.: SS = Sangat Setuju, S = Setuju, TS = Tidak Setuju, STS = Sangat Tidak Setuju)

No.	PERTANYAAN	SS (4)	S (3)	TS (2)	STS (1)
1.	Selalu dilibatkan dalam pembahasan kasus-kasus keperawatan				
2.	Tidak pernah dilibatkan dalam pengambilan keputusan penting yang menyangkut kepentingan bersama di unit kerja				
3.	Sistem asuhan keperawatan yang diterapkan di unit kerja selalu dibahas bersama.				
4.	Ada jaminan rasa aman bekerja di unit kerja pelayanan di rumah sakit ini.				
5.	Ketersediaan jaminan kelangsungan bekerja di unit kerja di rumah sakit ini				
6.	Ketersediaan SPO lengkap untuk cara-cara pencegahan terjadinya Insiden keselamatan Pasien di unit kerja				
7.	Penyelesaian masalah yang terjadi berkaitan dengan pelayanan pasien cukup baik di unit kerja				

Universitas Indonesia

No.	PERTANYAAN	SS (4)	S (3)	TS (2)	STS (1)
8.	SPO di bidang keperawatan lebih mengutamakan orientasi kearah keselamatan pasien				
9.	Keselamatan lingkungan kerja di unit pelayanan pasien tempat saya bekerja terjamin dengan sangat baik.				
10.	Alat perlindungan diri untuk melakukan pekerjaan keperawatan tersedia dengan sangat lengkap di unit kerja				
11.	Kelengkapan SPO penggunaan alat perlindungan diri sangat baik				
12.	Tersedia alat sangat lengkap untuk perlindungan terkena penularan penyakit infeksius di unit kerja				
13.	Setiap terjadinya kasus-kasus IKP selalu diupayakan penyelesaian dengan cara-cara pembelajaran bersama				
14.	Ditentukan prioritas penyelesaian masalah dengan analisis kasus keperawatan				
15.	Upaya penyelesaian masalah Insiden Keselamatan Pasien di unit kerja dilaksanakan dengan sangat memuaskan.				
16.	Upaya penyelesaian masalah Insiden Keselamatan Pasien dilakukan dengan tidak menyalahkan dan menghukum				
17.	Setiap terjadinya kasus Insiden keselamatan pasien selalu didiskusikan bersama				
18.	Pemahaman bahwa komunikasi adalah kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien sangat baik di unit kerja				
19.	Upaya komunikasi efektif dilingkungan unit kerja pelayanan pasien telah dibangun sangat baik.				
20.	Adanya keharusan untuk selalu memverifikasi akurasi setiap komunikasi melalui verbal/lisan dan via telephon menyangkut pelayanan kepada pasien				
21.	Ketersediaan SPO sangat aplikatif tentang pelaporan hasil kritis pemeriksaan penunjang di unit kerja				

--oo0oo--

Terima kasih.

Universitas Indonesia

Kuesioner D: Variabel Kinerja Perawat (Diisi oleh kepala ruangan)

Bagaimana penilaian anda terhadap kinerja perawat yang bekerja di ruangan: *Rawat inap, Rawat jalan, Kamar operasi, ICCU, atau Gawat darurat.* (yang sesuai supaya dilingkari)

Nama kepala ruangan:-----

Lama menjabat kepala ruangan:-----

Nama Perawat yang dinilai:-----

Pilihlah jawaban yang dianggap sesuai dengan menandai (X) pada kotak jawaban.

(Ket: SB = Sangat Baik, B = Baik, KB = Kurang Baik, TB = Tidak Baik)

No.	PERTANYAAN	SB (4)	B (3)	KB (2)	TB (1)
1.	Kemampuan menyelesaikan tugas-tugas asuhan keperawatan secara umum sesuai wewenang dan tanggung jawabnya				
2.	Kemampuan identifikasi risiko pasien sehubungan dengan kemungkinan terjadinya IKP (KTD, KNC, KPC dan Kejadian Sentinel)				
3.	Kemampuan melakukan asesmen risiko pasien terhadap kemungkinan terjadinya IKP (KTD, KNC, KPC dan Kejadian Sentinel)				
4.	Kemampuan melakukan analisis kasus-kasus Insiden Keselamatan Pasien (IKP)				
5.	Kemampuan mengelola hal yang berhubungan dengan risiko pasien selama dalam perawatan				
6.	Kemampuan membuat laporan secara tertulis bila terjadi Insiden Keselamatan pasien				
7.	Kemampuan melengkapi data tertulis keperawatan				
8.	Kemampuan menghitung seluruh bahan yang memasuki area steril dalam proses pembedahan.				
9.	Kemampuan memverifikasi kelengkapan data pre-operasi untuk pasien-pasien yang akan dilakukan tindakan operasi.				
10.	Kemampuan melakukan komunikasi efektif untuk instruksi melalui verbal/lisan dan via telephon				
11.	Kepatuhan membacakan ulang instruksi yang diterima via verbal/lisan dan via telephon				
12.	Kepatuhan melaporkan kondisi pasien kritis dengan menggunakan komunikasi <i>SBAR</i> .				

Universitas Indonesia

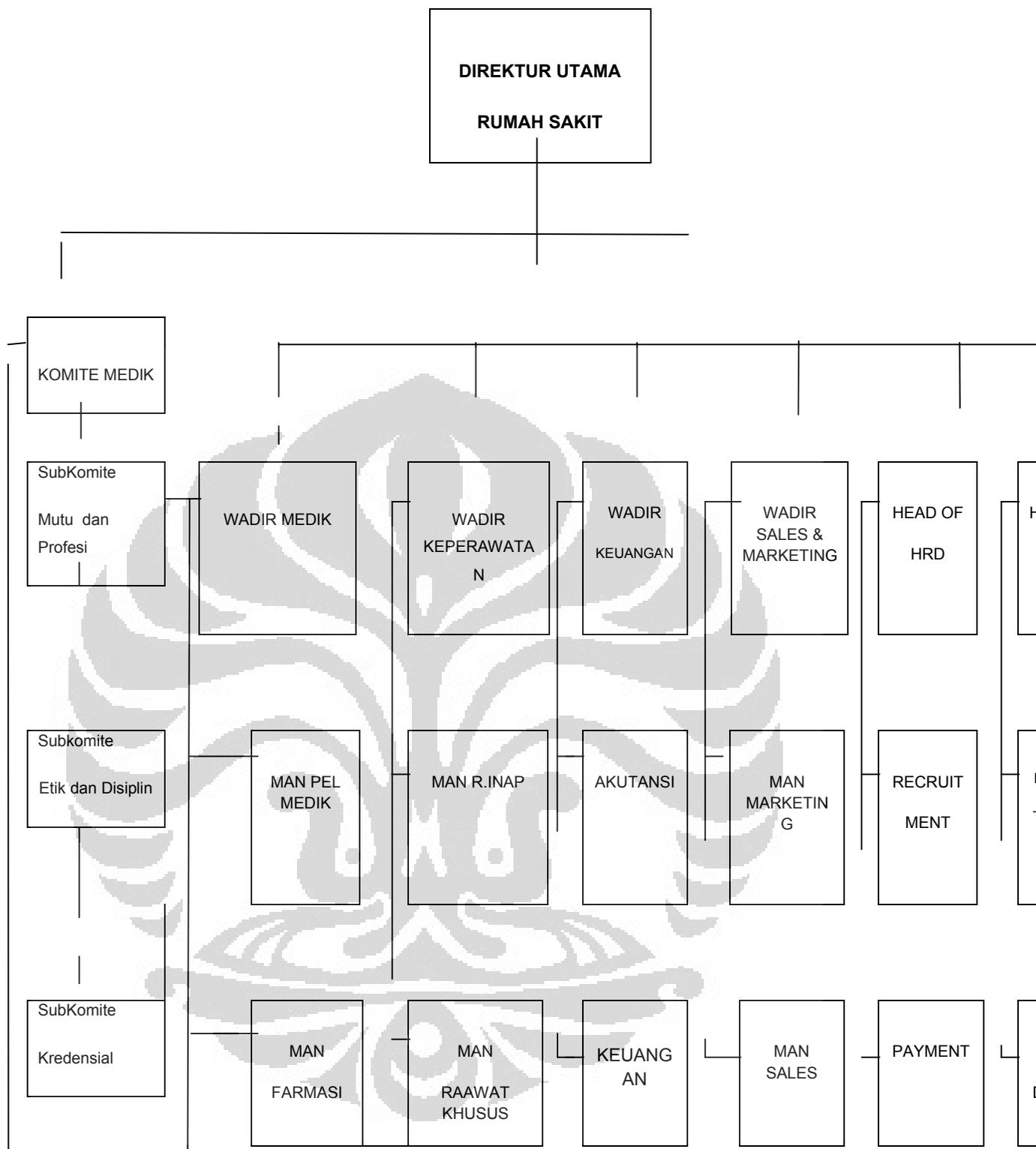
No.	PERTANYAAN	SB (4)	B (3)	KB (2)	TB (1)
13.	Kecermatan melaporkan hasil kritis pemeriksaan penunjang				
14.	Kemampuan melakukan pemeriksaan fisik pasien				
15.	Kemampuan mengimplementasikan sistim asuhan keperawatan dengan berorientasi keselamatan pasien				
16.	Kemampuan membuat diagnosis keperawatan selalu mempertimbangkan kondisi pasien.				
17.	Kemampuan melakukan asesmen atau identifikasi resiko kemungkinan terjadinya KTD				
18.	Kemampuan menentukan tujuan keperawatan jangka menengah				
19.	Kemampuan menentukan tujuan keperawatan jangka panjang				
20.	Kepatuhan melakukan pengkajian secara bersama-sama apabila terjadinya kasus Insiden Keselamatan Pasien				
21.	Kepatuhan mendidik pasien dan keluarganya tentang keselamatan pasien				
22.	Selalu melibatkan pasien dan/keluarganya untuk pencegahan kemungkinan terjadinya Insiden keselamatan Pasien.				
23.	Kedisiplinan melaksanakan pemantauan penerapan SPO keperawatan di unit kerjanya.				
24.	Kemampuan belajar dari kejadian kasus-kasus IKP				
25.	Keaktifan dalam melakukan diskusi kasus IKP				
26.	Sangat besar kemauan berbagi pengalaman tentang kasus IKP dari berbagai sumber atau sumber lain				
27.	Kemampuan implementasi solusi keperawatan untuk meminimalkan terjadinya risiko sehubungan terjadinya IKP.				
28.	Kepatuhan untuk selalu melibatkan pasien dan keluarganya dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan				

--oo0oo--

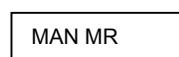
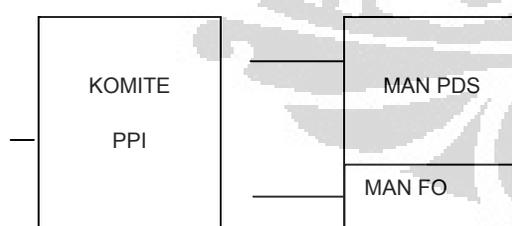
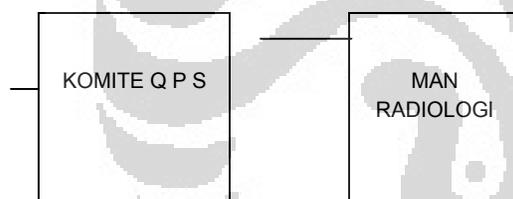
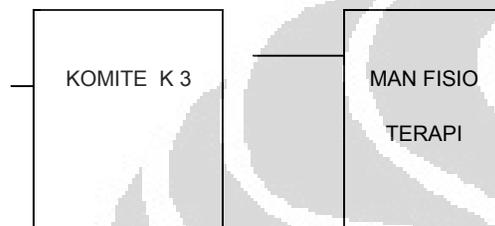
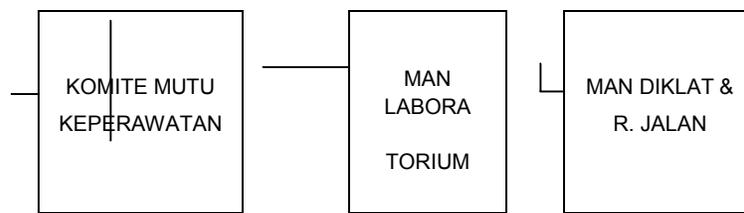
-Terima kasih-

Universitas Indonesia

Lampiran 3 : Struktur Organisasi Rumah Sakit XY.



Universitas Indonesia



Universitas Indonesia



Universitas Indonesia

Tabel 4.1. Definisi Operasional

No.	Definisi Operasional Variabel	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Pengetahuan: hal-hal yang diketahui perawat tentang materi SKP	Mengisi/menjawab kuesioner	Kuesioner, dengan alternative jawaban: Benar=2 Salah=1	Baik: \geq Median Kurang:<Median	Ordinal
2.	Sikap: penilaian menurut persepsi perawat tentang materi SKP	Mengisi/menjawab kuesioner	Kuesioner, dg alternative jawaban: SS = 4, S = 3, TS = 2, STS=1	Baik: \geq Median Kurang:<Median	Ordinal
3.	Kualitas Kehidupan Kerja: penilaian menurut persepsi perawat yang dirasakan dan dialami terhadap suasana kerja rumah sakit, yang meliputi 5 komponen	Mengisi/menjawab kuesioner	Kuesioner, dengan alternative jawaban: SS = 4, S = 3, TS = 2, STS=1	Baik: \geq Median Kurang:<Median	Ordinal
4.	Kinerja: Penilaian hasil kerja atau penampilan hasil karya perawat oleh atasan langsung/kepala ruangan berkaitan dg implementasi SKP, menggunakan 8 parameter	Mengisi/menjawab kuesioner	Kuesioner, dengan alternative jawaban: SB = 4 B = 3 KB = 1 TB = 1	Baik: \geq Median Kurang:<Median	Ordinal

Tabel 2.1. Faktor Kontributor, Komponen dan Subkomponen.*

1. Faktor Kontributor Eksternal/di luar RS

Komponen

- a. Regulator dan Ekonomi
- b. Peraturan dan Kebijakan DepKes
- c. Peraturan Nasional.
- d. Hubungan dengan Organisasi lain

Komponen	SubKomponen
Organisasi &Manajemen	a. Struktur Organisasi b. Pengawasan c. Jenjang Pengambilan Keputusan
Kebijakan, Standar & Tujuan	a. Tujuan dan Misi b. Penyusunan Fungsi Manajemen c. Kontrak Service d. Sumber Keuangan e. Pelayanan Informasi f. Kebijakan Diklat g. Prosedur dan Kebijakan h. Fasilitas dan Perlengkapan i. Manajemen Risiko j. Manajemen K3 k. Quality Improvement
Administrasi	Sistem Administrasi
Budaya Keselamatan	a. Attitude Kerja b. Dukungan manajemen oleh seluruh staf
SDM	a. Ketersediaan b. Tingkat Pendidikan dan Ketrampilan Staf yang berbeda c. Beban Kerja yang optimal
Diklat	Manajemen Training/Pelatihan/Refreshing

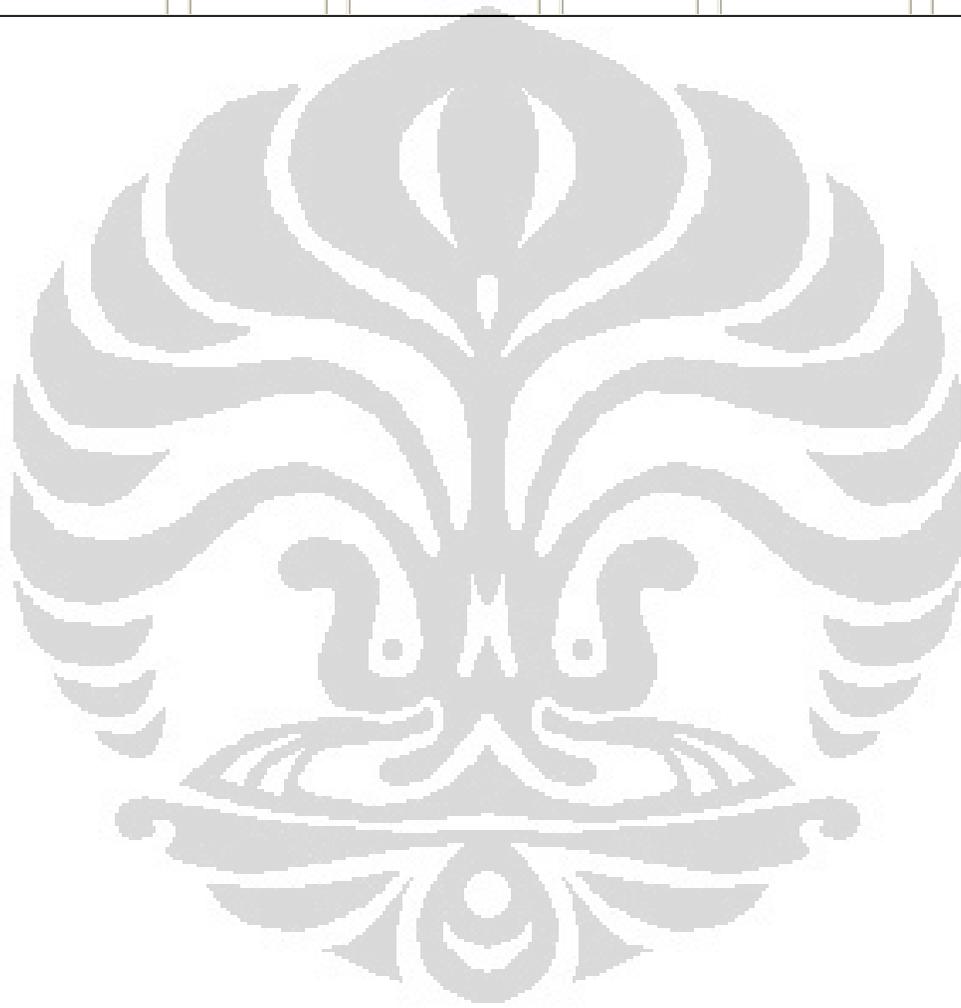
*Sumber: Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (*Patient Safety Incident Report*), KKPRS, Jakarta 2007

**Tabel 5.6. Table Kirjcie and Morgan for Determining Sample Size
from a Given Population**

Population size	Sample size	Population size	Sample size	Population size	Sample size
10	10	220	140	1200	291
15	14	230	144	1300	297
20	19	240	148	1400	302
25	24	250	152	1500	306
30	28	260	155	1600	310
35	32	270	159	1700	313
40	36	280	162	1800	317
45	40	290	165	1900	320
50	44	300	169	2000	322
55	48	320	175	2200	327
60	52	340	181	2400	331
65	56	360	186	2600	335
70	59	380	191	2800	338
75	63	400	196	3000	341
80	66	420	201	3500	346
85	70	440	205	4000	351
90	73	460	210	4500	354
95	76	480	214	5000	357
100	80	500	217	6000	361
110	86	550	226	7000	364
120	92	600	234	8000	367
130	97	650	242	9000	368

Universitas Indonesia

Population size	Sample size	Population size	Sample size	Population size	Sample size
140	103	700	248	10000	370
150	108	750	254	15000	375
160	113	800	260	20000	377
170	118	850	265	30000	379
180	123	900	269	40000	380
190	127	950	274	50000	381
200	132	1000	278	75000	382
210	136	1100	285	1000000	384



Universitas Indonesia

Tabel 6.1. Hasil Uji validitas dan reliabilitas variabel pengetahuan

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A2_TRF	13,8800	6,277	,812	,822	,867
A5	13,7600	7,273	,479	,501	,892
A8_TRF	13,9600	6,207	,762	,829	,871
A11_TRF	13,8400	6,390	,816	,804	,868
A12_TRF	13,9200	6,493	,658	,763	,880
A14_TRF	13,8000	6,583	,790	,783	,871
A15_TRF	14,1600	6,640	,510	,524	,894
A16_TRF	13,8800	6,360	,769	,762	,871
A26_TRF	13,9200	7,160	,355	,379	,904

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,892	,896	9

Universitas Indonesia

Tabel 6.2. Hasil Uji validitas dan reliabilitas variabel sikap.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
B3	75,6400	53,907	,642	.	,901
B4	75,5600	56,007	,364	.	,905
B5	76,1600	55,223	,366	.	,905
B9	75,8000	55,000	,369	.	,905
B11_TRF	76,2400	54,940	,465	.	,904
B12_TRF	76,2400	54,607	,522	.	,903
B15	75,8400	53,140	,529	.	,902
B16_TRF	76,2800	53,960	,389	.	,905
B22	75,6800	55,393	,361	.	,905
B23_TRF	76,2400	52,607	,427	.	,906
B24	75,8000	53,667	,560	.	,902
B25	75,8800	53,610	,465	.	,904
B26	75,6800	52,727	,648	.	,900
B27	75,8000	53,000	,657	.	,900
B28	75,9200	52,410	,609	.	,900
B29_TRF	76,1200	50,443	,714	.	,897
B30_TRF	76,0800	53,493	,348	.	,908
B31_TRF	76,0000	53,000	,540	.	,902
B33_TRF	75,9200	50,910	,707	.	,898
B34_TRF	76,2000	50,667	,600	.	,901
B35_TRF	76,2400	50,940	,587	.	,901
B36_TRF	76,2800	53,710	,576	.	,902
B37_TRF	76,0800	50,743	,671	.	,898

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,906	,910	23

Universitas Indonesia

Tabel 6.3. Hasil Uji Validitas dan reliabilitas variabel Kualitas kehidupan kerja

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C1	63,6800	33,143	,518	.	,923
C2_TRF	63,5600	33,423	,445	.	,925
C5	63,3600	32,657	,487	.	,924
C6	63,4000	32,583	,513	.	,924
C8	63,6400	32,740	,548	.	,923
C10	63,4800	31,760	,720	.	,919
C11	63,6400	33,407	,567	.	,923
C12	63,5200	30,677	,704	.	,920
C13	63,5200	32,677	,567	.	,922
C14	63,6400	33,657	,500	.	,924
C15	63,6000	33,167	,553	.	,923
C16	63,8000	32,750	,525	.	,923
C18	63,5600	31,340	,732	.	,919
C19	63,6400	33,823	,327	.	,927
C20	63,7600	31,940	,619	.	,921
C21	63,6400	31,407	,680	.	,920
C22	63,5600	32,173	,723	.	,920
C23	63,4800	31,760	,720	.	,919
C24	63,6000	32,167	,616	.	,921
C25	63,5200	32,260	,654	.	,921
C27	63,6000	32,833	,634	.	,921

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,925	,926	21

Universitas Indonesia

Tabel 6.4. Hasil Uji Validitas dan reliabilitas variabel Kinerja.

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
D8	76,7600	48,940	,312	.	,962
D9	76,9200	46,077	,669	.	,959
D10a	76,9200	45,160	,832	.	,958
D11	76,8800	45,777	,775	.	,958
D12	76,8800	45,193	,887	.	,957
D13	76,8400	45,473	,914	.	,957
D14	76,8000	46,667	,761	.	,959
D15	76,8400	46,140	,776	.	,958
D17	76,8000	46,417	,819	.	,958
D18	76,7600	47,857	,599	.	,960
D20	76,8000	46,667	,761	.	,959
D21	76,8800	45,693	,791	.	,958
D22	76,7200	49,043	,408	.	,961
D23	76,9200	45,410	,788	.	,958
D25	76,8000	46,417	,819	.	,958
D26	76,8400	47,723	,457	.	,961
D27	76,9200	45,910	,699	.	,959
D29	76,8400	46,140	,776	.	,958
D30	76,8400	46,140	,776	.	,958
D34	76,8000	48,167	,424	.	,961
D36	76,7600	48,857	,334	.	,961
D37	76,7600	48,857	,334	.	,961
D42	76,7600	48,857	,334	.	,961
D43	76,8800	45,027	,919	.	,957
D44	76,9600	45,123	,795	.	,958
D45	76,8400	47,723	,457	.	,961
D47	76,8000	46,417	,819	.	,958
D48	76,8400	47,723	,457	.	,961

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,961	,958	28

Universitas Indonesia

Lampiran hasil analisis data Penelitian.

Tabel 7.1. Distribusi subjek berdasar pendidikan dan pelatihan

		Count	Col %
Pendidikan	SPK	1	1,8%
	D3	51	89,5%
	SPRA/SPRG	5	8,8%
Pelatihan	Ya	57	100,0%
Total		57	100,0%

Tabel 7.2. Distribusi subjek berdasar unit tempat bekerja

		Unit			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Angrek	4	7,0	7,0	7,0
	Flamboyan	1	1,8	1,8	8,8
	Gardenia	4	7,0	7,0	15,8
	ICU	7	12,3	12,3	28,1
	Kamar Bedah	5	8,8	8,8	36,8
	Kamar Bersalin	2	3,5	3,5	40,4
	Mawar	1	1,8	1,8	42,1
	Poliklinik	19	33,3	33,3	75,4
	Teratai	4	7,0	7,0	82,5
	Tulip	7	12,3	12,3	94,7
	UGD	2	3,5	3,5	98,2
	VK	1	1,8	1,8	100,0
	Total		57	100,0	100,0

Universitas Indonesia

Tabel 7.3. Distribusi subjek berdasar lama bekerja dan usia

		Statistics	
		Umur	Lama bekerja (bulan)
N	Valid	55	57
	Missing	2	0
Mean		28,0909	62,6842
Median		25,0000	24,0000
Std. Deviation		7,57499	73,24791
Minimum		20,00	9,00
Maximum		49,00	264,00
Percentiles	25	23,0000	13,5000
	50	25,0000	24,0000
	75	34,0000	114,0000

Tabel 7.4. Distribusi skor tiap pernyataan pengetahuan

	1		2	
	Count	%	Count	%
A5	32	56,1%	25	43,9%
TRF_A7	20	35,1%	37	64,9%
TRF_A8	12	21,1%	45	78,9%
TRF_A14	17	29,8%	40	70,2%
TRF_A10	14	24,6%	43	75,4%
TRF_A13	22	38,6%	35	61,4%
TRF_A4	10	17,5%	47	82,5%
TRF_A6	21	36,8%	36	63,2%
TRF_A15	13	22,8%	44	77,2%
TRF_A9	28	49,1%	29	50,9%
TRF_A1	10	17,5%	47	82,5%
TRF_A2	13	22,8%	44	77,2%
A3	7	12,3%	50	87,7%
A11	5	8,8%	52	91,2%
TRF_A12	25	43,9%	32	56,1%

Universitas Indonesia

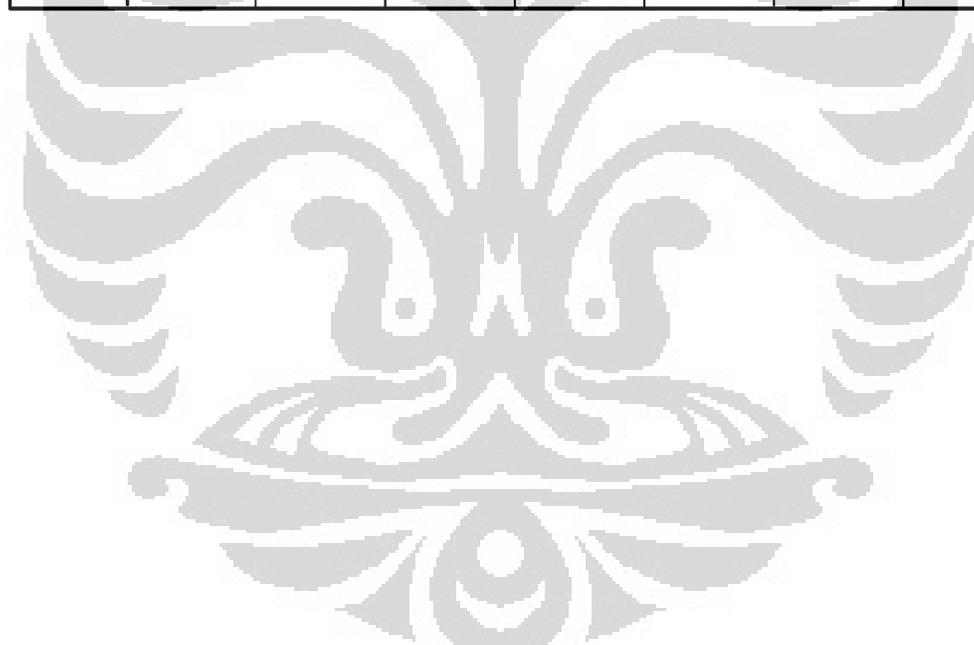
Tabel 7.5. Distribusi skor tiap pernyataan sikap

	1		2		3		4	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
B7	0	,0%	4	7,0%	28	49,1%	25	43,9%
TRF_B8	9	15,8%	9	15,8%	31	54,4%	8	14,0%
B9	0	,0%	2	3,5%	13	22,8%	42	73,7%
TRF_B20	4	7,0%	15	26,3%	27	47,4%	11	19,3%
TRF_B21	1	1,8%	10	17,5%	39	68,4%	7	12,3%
TRF_B10	10	17,5%	14	24,6%	25	43,9%	8	14,0%
B11	0	,0%	1	1,8%	23	40,4%	33	57,9%
B12	0	,0%	0	,0%	21	36,8%	36	63,2%
B13	0	,0%	0	,0%	12	21,1%	45	78,9%
B14	0	,0%	0	,0%	23	40,4%	34	59,6%
B15	1	1,8%	3	5,3%	18	31,6%	35	61,4%
TRF_B17	3	5,3%	6	10,5%	36	63,2%	12	21,1%
TRF_B18	1	1,8%	7	12,3%	37	64,9%	12	21,1%
B1	0	,0%	0	,0%	18	31,6%	39	68,4%
TRF_B19	1	1,8%	4	7,0%	33	57,9%	19	33,3%
TRF_B22	1	1,8%	5	8,8%	40	70,2%	11	19,3%
TRF_B23	0	,0%	7	12,3%	29	50,9%	21	36,8%
B2	0	,0%	0	,0%	21	36,8%	36	63,2%
B3	0	,0%	4	7,0%	43	75,4%	10	17,5%
B4	0	,0%	2	3,5%	25	43,9%	30	52,6%
TRF_B5	0	,0%	9	15,8%	43	75,4%	5	8,8%
TRF_B6	0	,0%	9	15,8%	40	70,2%	8	14,0%
TRF_B16	3	5,3%	10	17,5%	25	43,9%	19	33,3%

Universitas Indonesia

Tabel 7.6. Distribusi skor tiap pernyataan kualitas kerja

	1		2		3		4	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
C1	1	1,8%	1	1,8%	38	66,7%	17	29,8%
TRF_C2	3	5,3%	5	8,8%	41	71,9%	8	14,0%
C3	0	,0%	3	5,3%	38	66,7%	16	28,1%
C13	0	,0%	3	5,3%	35	61,4%	19	33,3%
C17	0	,0%	0	,0%	34	59,6%	23	40,4%
C4	1	1,8%	0	,0%	28	49,1%	28	49,1%
C5	0	,0%	0	,0%	36	63,2%	21	36,8%
C6	0	,0%	0	,0%	31	54,4%	26	45,6%
C9	0	,0%	5	8,8%	39	68,4%	13	22,8%
C10	0	,0%	7	12,3%	35	61,4%	15	26,3%
C11	0	,0%	6	10,5%	39	68,4%	12	21,1%
C12	1	1,8%	13	22,8%	31	54,4%	12	21,1%
C7	0	,0%	1	1,8%	44	77,2%	12	21,1%
C8	0	,0%	1	1,8%	47	82,5%	9	15,8%
C14	0	,0%	3	5,3%	43	75,4%	11	19,3%
C15	1	1,8%	5	8,8%	47	82,5%	4	7,0%
C16	4	7,0%	9	15,8%	39	68,4%	5	8,8%
C18	0	,0%	0	,0%	35	61,4%	22	38,6%
C19	0	,0%	3	5,3%	44	77,2%	10	17,5%
C20	0	,0%	1	1,8%	46	80,7%	10	17,5%
C21	1	1,8%	1	1,8%	46	80,7%	9	15,8%



Universitas Indonesia

Tabel 7.7. Distribusi skor tiap pernyataan kinerja

	2		3		4	
	Count	%	Count	%	Count	%
D8	8	14,0%	47	82,5%	2	3,5%
D13	2	3,5%	53	93,0%	2	3,5%
D1	1	1,8%	40	70,2%	16	28,1%
D2	3	5,3%	45	78,9%	9	15,8%
D3	3	5,3%	53	93,0%	1	1,8%
D4	7	12,3%	46	80,7%	4	7,0%
D5	1	1,8%	51	89,5%	5	8,8%
D23	1	1,8%	43	75,4%	13	22,8%
D6	7	12,3%	49	86,0%	1	1,8%
D7	0	,0%	56	98,2%	1	1,8%
D9	4	7,0%	52	91,2%	1	1,8%
D10	3	5,3%	39	68,4%	15	26,3%
D11	4	7,0%	38	66,7%	15	26,3%
D12	5	8,8%	49	86,0%	3	5,3%
D14	5	8,8%	50	87,7%	2	3,5%
D15	2	3,5%	50	87,7%	5	8,8%
D16	3	5,3%	49	86,0%	5	8,8%
D17	7	12,3%	48	84,2%	2	3,5%
D18	7	12,3%	49	86,0%	1	1,8%
D19	7	12,3%	50	87,7%	0	,0%
D27	4	7,0%	52	91,2%	1	1,8%
D20	4	7,0%	52	91,2%	1	1,8%
D25	5	8,8%	51	89,5%	1	1,8%
D21	2	3,5%	51	89,5%	4	7,0%
D22	1	1,8%	51	89,5%	5	8,8%
D28	1	1,8%	50	87,7%	6	10,5%
D24	1	1,8%	55	96,5%	1	1,8%
D26	6	10,5%	51	89,5%	0	,0%

Universitas Indonesia

Tabel 7.8. Nilai subjek untuk variabel pengetahuan, sikap, kualitas kerja, dan kinerja dalam absolut dan persentase

	Count	Mean	Std Deviation	Median	Minimum	Maximum	Percentile 25	Percentile 75
total_pengetahuan	57	25,63	2,89	26,00	17,00	30,00	24,00	28,00
total_persen_pengetahuan	57	70,88	19,30	73,33	13,33	100,00	60,00	86,67
total_sikap	57	74,56	7,45	73,00	59,00	92,00	70,00	79,00
total_persen_sikap	57	74,73	10,80	72,46	52,17	100,00	68,12	81,16
total_kualitaskerja	57	66,70	6,17	66,00	53,00	83,00	62,00	72,00
total_persen_kualitaskerja	57	72,54	9,80	71,43	50,79	98,41	65,08	80,95
total_kinerja	57	84,32	6,15	84,00	66,00	98,00	83,50	87,00
total_persen_kinerja	57	67,04	7,33	66,67	45,24	83,33	66,07	70,24

Tabel 7.10. Nilai subjek untuk variabel pengetahuan dalam absolut dan persentase

	Count	Mean	Std Deviation	Median	Minimum	Maximum	Percentile 25	Percentile 75
total_pengetahuan	57	25,63	2,89	26,00	17,00	30,00	24,00	28,00
total_persen_pengetahuan	57	70,88	19,30	73,33	13,33	100,00	60,00	86,67
total_IPSG1pengetahuan	57	6,58	1,07	7,00	4,00	8,00	6,00	7,00
total_persen_IPSG1pengetahuan	57	64,47	26,70	75,00	,00	100,00	50,00	75,00
total_IPSG2pengetahuan	57	3,37	,67	3,00	2,00	4,00	3,00	4,00
total_persen_IPSG2pengetahuan	57	68,42	33,58	50,00	,00	100,00	50,00	100,00
total_IPSG4pengetahuan	57	1,82	,38	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00
total_persen_IPSG4pengetahuan	57	82,46	38,37	100,00	,00	100,00	100,00	100,00
total_IPSG5pengetahuan	57	3,40	,62	3,00	2,00	4,00	3,00	4,00
total_persen_IPSG5pengetahuan	57	70,18	31,14	50,00	,00	100,00	50,00	100,00
total_IPSG6pengetahuan	57	1,51	,50	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00
total_persen_IPSG6pengetahuan	57	50,88	50,44	100,00	,00	100,00	,00	100,00
total_panduan_nasional_pengetahuan	57	7,12	,80	7,00	5,00	8,00	7,00	8,00
total_persen_panduan_nasional_pengetahuan	57	78,07	20,08	75,00	25,00	100,00	75,00	100,00

Tabel 7.11. Nilai subjek untuk variabel sikap dalam absolut dan persentase

	Count	Mean	Std Deviation	Median	Minimum	Maximum	Percentile 25	Percentile 75
total_sikap	57	74,56	7,45	73,00	59,00	92,00	70,00	79,00
total_persen_sikap	57	74,73	10,80	72,46	52,17	100,00	68,12	81,16
total_IPSG1sikap	57	9,74	1,53	10,00	5,00	12,00	9,00	11,00
total_persen_IPSG1sikap	57	74,85	17,00	77,78	22,22	100,00	66,67	88,89
total_IPSG2sikap	57	5,70	1,28	6,00	2,00	8,00	5,00	6,00
total_persen_IPSG2sikap	57	61,70	21,35	66,67	,00	100,00	50,00	66,67
total_IPSG3sikap	57	20,82	1,96	21,00	16,00	24,00	19,50	22,00
total_persen_IPSG3sikap	57	82,36	10,87	83,33	55,56	100,00	75,00	88,89
total_IPSG4sikap	57	9,58	1,46	10,00	5,00	12,00	9,00	10,00
total_persen_IPSG4sikap	57	73,10	16,26	77,78	22,22	100,00	66,67	77,78
total_IPSG5sikap	57	3,68	,47	4,00	3,00	4,00	3,00	4,00
total_persen_IPSG5sikap	57	89,47	15,63	100,00	66,67	100,00	66,67	100,00
total_IPSG6sikap	57	9,54	1,67	9,00	4,00	12,00	9,00	11,00
total_persen_IPSG6sikap	57	72,71	18,55	66,67	11,11	100,00	66,67	88,89
total_panduan_nasional	57	19,19	2,00	19,00	14,00	24,00	18,00	20,00
total_persen_panduan_nasional	57	94,62	13,36	93,33	60,00	126,67	86,67	100,00

Tabel 7.12. Nilai subjek untuk variabel kualitas kerja dalam absolut dan persentase

	Count	Mean	Std Deviation	Median	Minimum	Maximum	Percentile 25	Percentile 75
total_kualitaskerja	57	66,70	6,17	66,00	53,00	83,00	62,00	72,00
total_persen_kualitaskerja	57	72,54	9,80	71,43	50,79	98,41	65,08	80,95
total_partisipasi	57	16,11	1,85	15,00	11,00	20,00	15,00	17,00
total_persen_partisipasi	57	74,04	12,32	66,67	40,00	100,00	66,67	80,00
total_rasaaman	57	6,82	,97	7,00	4,00	8,00	6,00	8,00
total_persen_total_rasaaman	57	80,41	16,10	83,33	33,33	100,00	66,67	100,00
total_keselamatan	57	15,79	2,20	16,00	11,00	20,00	15,00	17,00
total_persen_total_keselamatan	57	71,93	14,68	73,33	40,00	100,00	66,67	80,00
total_penyelesaianmasalah	57	15,21	1,47	15,00	11,00	20,00	14,50	16,00
total_persen_penyelesaianmasalah	57	68,07	9,82	66,67	40,00	100,00	63,33	73,33
total_komunikasi	57	12,77	1,30	12,00	10,00	16,00	12,00	13,50
total_persen_komunikasi	57	73,10	10,80	66,67	50,00	100,00	66,67	79,17

Universitas Indonesia

Tabel 7.13. Nilai subjek untuk variabel kinerja dalam absolut dan persentase

	Count	Mean	Std Deviation	Median	Minimum	Maximum	Percentile 25	Percentile 75
total_kinerja	57	84,32	6,15	84,00	66,00	98,00	83,50	87,00
total_persen_kinerja	57	67,04	7,33	66,67	45,24	83,33	66,07	70,24
total_akurasi	57	2,89	,41	3,00	2,00	4,00	3,00	3,00
total_persen_akurasi	57	63,16	13,63	66,67	33,33	100,00	66,67	66,67
total_prestasi	57	18,56	1,70	18,00	14,00	23,00	18,00	20,00
total_persen_prestasi	57	69,79	9,45	66,67	44,44	94,44	66,67	77,78
total_administrasi	57	8,86	,58	9,00	7,00	11,00	9,00	9,00
total_persen_administrasi	57	65,11	6,45	66,67	44,44	88,89	66,67	66,67
total_komunikasikinerja	57	20,67	1,84	21,00	15,00	26,00	21,00	21,00
total_kompetensi	57	20,67	1,84	21,00	15,00	26,00	21,00	21,00
total_persen_kompetensi	57	65,08	8,74	66,67	38,10	90,48	66,67	66,67
total_kerjasama	57	5,88	,50	6,00	4,00	7,00	6,00	6,00
total_persen_kerjasama	57	64,62	8,38	66,67	33,33	83,33	66,67	66,67
total_kemampuan_interpersonal	57	9,19	,74	9,00	7,00	11,00	9,00	9,00
total_persen_kemampuan_interpersonal	57	68,81	8,25	66,67	44,44	88,89	66,67	66,67
total_pembelajaran	57	5,89	,41	6,00	4,00	7,00	6,00	6,00
total_persen_pembelajaran	57	64,91	6,82	66,67	33,33	83,33	66,67	66,67

Universitas Indonesia

Tabel 7.14. Klasifikasi pengetahuan, sikap, kualitas kerja, dan kinerja

	≥ median		<median	
	Count	%	Count	%
Klasifikasi pengetahuan	31	54,4%	26	45,6%
Klasifikasi sikap	37	64,9%	20	35,1%
Klasifikasi kualitas kerja	29	50,9%	28	49,1%
Klasifikasi kinerja	43	75,4%	14	24,6%
Klasifikasi partisipasi	51	89,5%	6	10,5%
Klasifikasi rasa aman	30	52,6%	27	47,4%
Klasifikasi keselamatan	29	50,9%	28	49,1%
Klasifikasi penyelesaian masalah	43	75,4%	14	24,6%
Klasifikasi komunikasi	53	93,0%	4	7,0%

Tabel 7.15. Uji normalitas total pengetahuan, total sikap, total kualitas kerja, komponen kualitas kerja, dan total kinerja.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
total_pengetahuan	,133	57	,014
total_sikap	,092	57	,200*
total_kualitaskerja	,177	57	,000
total_partisipasi	,234	57	,000
total_rasaaman	,277	57	,000
total_keselamatan	,149	57	,003
total_penyelesaianmasalah	,259	57	,000
total_komunikasi	,286	57	,000
total_kinerja	,234	57	,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabel 7.16. Korelasi total pengetahuan, total sikap, total kualitas kerja, komponen kualitas kerja, dan total kinerja.

Correlations			
			total kinerja
Spearman's rho	total_pengetahuan	Correlation Coefficient	,014
		Sig. (2-tailed)	,917
		N	57
	total_sikap	Correlation Coefficient	,018
		Sig. (2-tailed)	,892
		N	57
	total_kualitaskerja	Correlation Coefficient	,102
		Sig. (2-tailed)	,451
		N	57
	total_partisipasi	Correlation Coefficient	,209
	Sig. (2-tailed)	,119	
	N	57	
total_rasaaman	Correlation Coefficient	-,083	
	Sig. (2-tailed)	,542	
	N	57	
total_keselamatan	Correlation Coefficient	,067	
	Sig. (2-tailed)	,618	
	N	57	
total_penyelesaianmasalah	Correlation Coefficient	-,106	
	Sig. (2-tailed)	,431	
	N	57	
total_komunikasi	Correlation Coefficient	,034	
	Sig. (2-tailed)	,804	
	N	57	

Tabel 7.17. Hubungan klasifikasi pengetahuan, total sikap, total kualitas kerja, komponen kualitas kerja, dan total kinerja.

		Klasifikasi kinerja			
		>= median		<median	
		Count	Row %	Count	Row %
Klasifikasi pengetahuan	>= median	24	77,4%	7	22,6%
	<median	19	73,1%	7	26,9%
Klasifikasi sikap	>= median	30	81,1%	7	18,9%
	<median	13	65,0%	7	35,0%
Klasifikasi kualitas kerja	>= median	23	79,3%	6	20,7%
	<median	20	71,4%	8	28,6%
Klasifikasi partisipasi	>= median	41	80,4%	10	19,6%
	<median	2	33,3%	4	66,7%
Klasifikasi rasa aman	>= median	22	73,3%	8	26,7%
	<median	21	77,8%	6	22,2%
Klasifikasi keselamatan	>= median	23	79,3%	6	20,7%
	<median	20	71,4%	8	28,6%
Klasifikasi penyelesaian masalah	>= median	31	72,1%	12	27,9%
	<median	12	85,7%	2	14,3%
Klasifikasi komunikasi	>= median	39	73,6%	14	26,4%
	<median	4	100,0%		
Total		43	75,4%	14	24,6%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Klasifikasi pengetahuan * Klasifikasi kinerja	57	100,0%	0	,0%	57	100,0%
Klasifikasi sikap * Klasifikasi kinerja	57	100,0%	0	,0%	57	100,0%
Klasifikasi kualitas kerja * Klasifikasi kinerja	57	100,0%	0	,0%	57	100,0%
Klasifikasi partisipasi * Klasifikasi kinerja	57	100,0%	0	,0%	57	100,0%
Klasifikasi rasa aman * Klasifikasi kinerja	57	100,0%	0	,0%	57	100,0%
Klasifikasi keselamatan * Klasifikasi kinerja	57	100,0%	0	,0%	57	100,0%
Klasifikasi penyelesaian masalah * Klasifikasi kinerja	57	100,0%	0	,0%	57	100,0%
Klasifikasi komunikasi * Klasifikasi kinerja	57	100,0%	0	,0%	57	100,0%

Tabel 7.18. Klasifikasi pengetahuan * Klasifikasi kinerja

Universitas Indonesia

Crosstab

			Klasifikasi kinerja		Total
			>= median	<median	
Klasifikasi pengetahuan	>= median	Count	24	7	31
		% within Klasifikasi pengetahuan	77,4%	22,6%	100,0%
	<median	Count	19	7	26
		% within Klasifikasi pengetahuan	73,1%	26,9%	100,0%
Total		Count	43	14	57
		% within Klasifikasi pengetahuan	75,4%	24,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,144 ^b	1	,704		
Continuity Correction ^a	,005	1	,944		
Likelihood Ratio	,144	1	,705		
Fisher's Exact Test				,764	,470
Linear-by-Linear Association	,141	1	,707		
N of Valid Cases	57				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,39.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Klasifikasi pengetahuan (>= median / <median)	1,263	,377	4,228
For cohort Klasifikasi kinerja = >= median	1,059	,784	1,431
For cohort Klasifikasi kinerja = <median	,839	,338	2,081
N of Valid Cases	57		

Universitas Indonesia

Tabel 7.19. Klasifikasi sikap * Klasifikasi kinerja

Crosstab

			Klasifikasi kinerja		Total
			>= median	<median	
Klasifikasi sikap	>= median	Count	30	7	37
		% within Klasifikasi sikap	81,1%	18,9%	100,0%
	<median	Count	13	7	20
		% within Klasifikasi sikap	65,0%	35,0%	100,0%
Total	Count	43	14	57	
	% within Klasifikasi sikap	75,4%	24,6%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,812 ^b	1	,178		
Continuity Correction ^a	1,048	1	,306		
Likelihood Ratio	1,760	1	,185		
Fisher's Exact Test				,209	,153
Linear-by-Linear Association	1,780	1	,182		
N of Valid Cases	57				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,91.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Klasifikasi sikap (>= median / <median)	2,308	,672	7,921
For cohort Klasifikasi kinerja = >= median	1,247	,873	1,783
For cohort Klasifikasi kinerja = <median	,541	,221	1,323
N of Valid Cases	57		

Tabel 7. 20. Klasifikasi kualitas kehidupan kerja * Klasifikasi kinerja

Crosstab

		Klasifikasi kinerja		Total
		>= median	<median	
Klasifikasi kualitas kerja	>= median	Count 23 79,3%	6 20,7%	29 100,0%
	<median	Count 20 71,4%	8 28,6%	28 100,0%
Total		Count 43 75,4%	14 24,6%	57 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,478 ^b	1	,490	,550	,351
Continuity Correction ^a	,147	1	,701		
Likelihood Ratio	,479	1	,489		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,469	1	,493		
N of Valid Cases	57				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,88.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Klasifikasi kualitas kerja (>= median / <median)	1,533	,454	5,175
For cohort Klasifikasi kinerja = >= median	1,110	,823	1,497
For cohort Klasifikasi kinerja = <median	,724	,288	1,821
N of Valid Cases	57		

Tabel 7.20a. Klasifikasi partisipasi * Klasifikasi kinerja

Universitas Indonesia

Crosstab

		Klasifikasi kinerja		Total	
		>= median	<median		
Klasifikasi partisipasi	>= median	Count % within Klasifikasi partisipasi	41 80,4%	10 19,6%	51 100,0%
	<median	Count % within Klasifikasi partisipasi	2 33,3%	4 66,7%	6 100,0%
Total		Count % within Klasifikasi partisipasi	43 75,4%	14 24,6%	57 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,416 ^b	1	,011		
Continuity Correction ^a	4,128	1	,042		
Likelihood Ratio	5,431	1	,020		
Fisher's Exact Test				,027	,027
Linear-by-Linear Association	6,304	1	,012		
N of Valid Cases	57				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,47.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Klasifikasi partisipasi (>= median / <median)	8,200	1,312	51,258
For cohort Klasifikasi kinerja = >= median	2,412	,772	7,539
For cohort Klasifikasi kinerja = <median	,294	,133	,650
N of Valid Cases	57		

Universitas Indonesia

Tabel 7.20b. Klasifikasi rasa aman * Klasifikasi kinerja

Crosstab

			Klasifikasi kinerja		Total
			>= median	<median	
Klasifikasi rasa aman	>= median	Count % within Klasifikasi rasa aman	22 73,3%	8 26,7%	30 100,0%
	<median	Count % within Klasifikasi rasa aman	21 77,8%	6 22,2%	27 100,0%
Total		Count % within Klasifikasi rasa aman	43 75,4%	14 24,6%	57 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,151 ^b	1	,697		
Continuity Correction ^a	,007	1	,935		
Likelihood Ratio	,152	1	,697		
Fisher's Exact Test				,765	,469
Linear-by-Linear Association	,149	1	,700		
N of Valid Cases	57				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,63.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Klasifikasi rasa aman (>= median / <median)	,786	,233	2,650
For cohort Klasifikasi kinerja = >= median	,943	,702	1,267
For cohort Klasifikasi kinerja = <median	1,200	,477	3,017
N of Valid Cases	57		

Universitas Indonesia

Tabel 7. 20c. Klasifikasi keselamatan * Klasifikasi kinerja

Crosstab

			Klasifikasi kinerja		Total
			>= median	<median	
Klasifikasi keselamatan	>= median	Count	23	6	29
		% within Klasifikasi keselamatan	79,3%	20,7%	100,0%
	<median	Count	20	8	28
		% within Klasifikasi keselamatan	71,4%	28,6%	100,0%
Total		Count	43	14	57
		% within Klasifikasi keselamatan	75,4%	24,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,478 ^b	1	,490		
Continuity Correction ^a	,147	1	,701		
Likelihood Ratio	,479	1	,489		
Fisher's Exact Test				,550	,351
Linear-by-Linear Association	,469	1	,493		
N of Valid Cases	57				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,88.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Klasifikasi keselamatan (>= median / <median)	1,533	,454	5,175
For cohort Klasifikasi kinerja = >= median	1,110	,823	1,497
For cohort Klasifikasi kinerja = <median	,724	,288	1,821
N of Valid Cases	57		

Universitas Indonesia

Tabel 7. 20d. Klasifikasi penyelesaian masalah * Klasifikasi kinerja

Crosstab

			Klasifikasi kinerja		Total
			>= median	<median	
Klasifikasi penyelesaian masalah	>= median	Count % within Klasifikasi penyelesaian masalah	31 72,1%	12 27,9%	43 100,0%
	<median	Count % within Klasifikasi penyelesaian masalah	12 85,7%	2 14,3%	14 100,0%
Total		Count % within Klasifikasi penyelesaian masalah	43 75,4%	14 24,6%	57 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,058 ^b	1	,304		
Continuity Correction ^a	,450	1	,502		
Likelihood Ratio	1,150	1	,284		
Fisher's Exact Test				,478	,258
Linear-by-Linear Association	1,039	1	,308		
N of Valid Cases	57				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,44.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Klasifikasi penyelesaian masalah (>= median / <median)	,431	,084	2,216
For cohort Klasifikasi kinerja = >= median	,841	,634	1,117
For cohort Klasifikasi kinerja = <median	1,953	,496	7,688
N of Valid Cases	57		

Universitas Indonesia

Tabel 7.20e. Klasifikasi komunikasi * Klasifikasi kinerja

Crosstab

			Klasifikasi kinerja		Total
			>= median	<median	
Klasifikasi komunikasi	>= median	Count	39	14	53
		% within Klasifikasi komunikasi	73,6%	26,4%	100,0%
	<median	Count	4	0	4
		% within Klasifikasi komunikasi	100,0%	,0%	100,0%
Total		Count	43	14	57
		% within Klasifikasi komunikasi	75,4%	24,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,401 ^b	1	,237		
Continuity Correction ^a	,338	1	,561		
Likelihood Ratio	2,352	1	,125		
Fisher's Exact Test				,563	,312
Linear-by-Linear Association	1,376	1	,241		
N of Valid Cases	57				

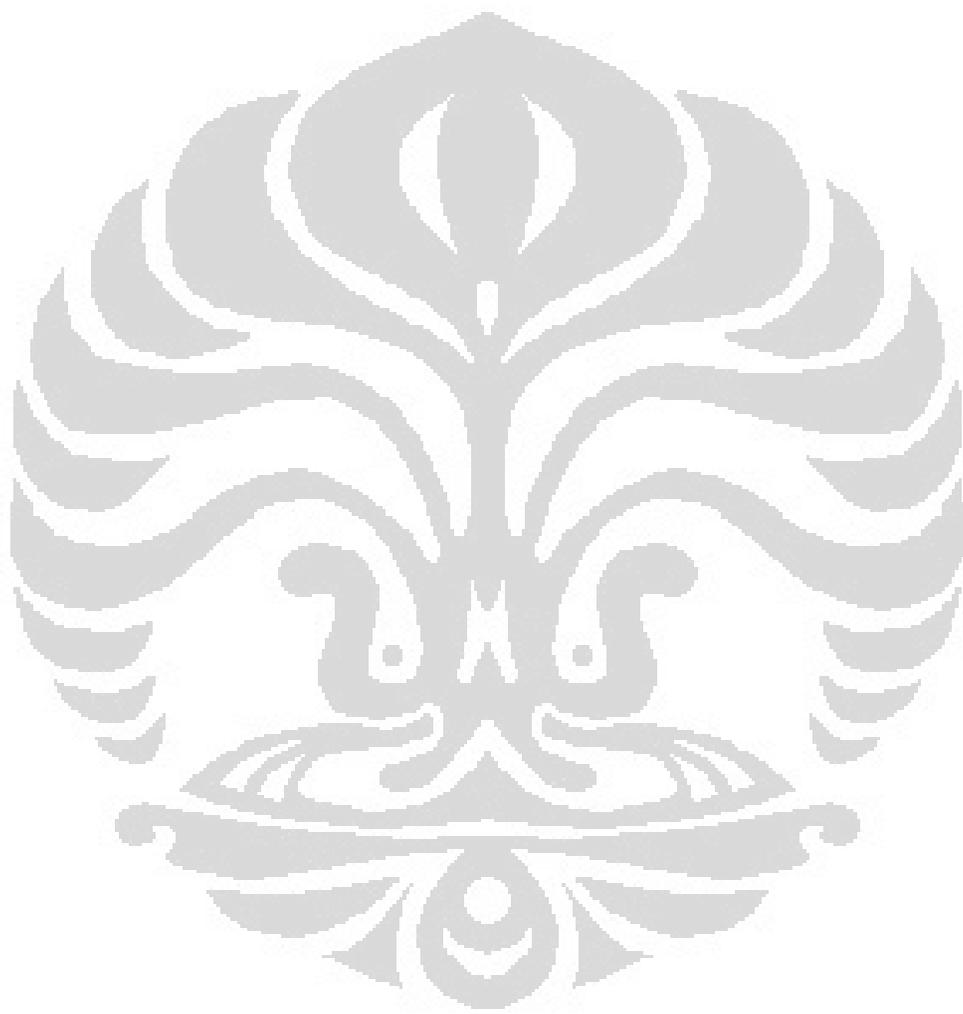
a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,98.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Klasifikasi kinerja = >= median	,736	,626	,865
N of Valid Cases	57		

Universitas Indonesia



Universitas Indonesia