



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENJAMINAN MUTU KESELAMATAN PASIEN
OLEH KEPALA RUANG TERHADAP TINDAKAN
KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT
PELAKSANA DI RUMAH SAKIT
BHAKTI YUDHA DEPOK**

TESIS

**ISWATI
NPM 1006800882**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENJAMINAN MUTU KESELAMATAN PASIEN
OLEH KEPALA RUANG TERHADAP TINDAKAN
KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT
PELAKSANA DI RUMAH SAKIT
BHAKTI YUDHA DEPOK**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan
dan Manajemen Keperawatan**

**ISWATI
NPM 1006800882**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN
KEPERAWATAN
DEPOK JULI 2012**

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Iswati
NPM : 1006800882
Program Studi : Magister ilmu keperawatan
Judul Tesis : Pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Bhakti Yudha Depok.

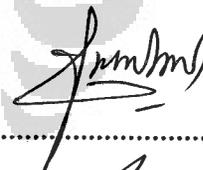
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

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



Pembimbing : Rr. Tutik Sri Hariyati, S. Kp., MARS.



Penguji : dr. H. Takdir M., DTMH, MSc, M. Kes.



Penguji : Tutiany, Skp. M. Kes.



Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 12 Juli 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Iswati

NPM : 1006800882

Tanda Tangan : 

Tanggal : 3 Juli 2012

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

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Iswati
NPM : 1006800882
Program Studi : Magister
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

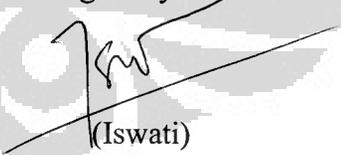
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Nonexclusive Royalti Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Bhakti Yudha Depok.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih-media/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Depok
Pada tanggal 3 Juli 2012
Yang menyatakan


(Iswati)

Iswati

Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Bhakti Yudha Depok.

xii + 124 hal + 4 gambar + 15 tabel + 9 lampiran

Abstrak

Kepala ruang bertanggung jawab untuk menghentikan tindakan yang tidak aman. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh penjaminan mutu oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Bhakti Yudha Depok. Metode penelitian menggunakan *quasi experiment design: Non equivalent control group*, sampel yang digunakan 120 perawat, 60 pada kelompok intervensi dan 60 kelompok kontrol. Hasil menunjukkan terdapat pengaruh penjaminan mutu terhadap tindakan identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat, pengurangan risiko infeksi dan pengurangan risiko jatuh ($p= 0.01$, $\alpha= 0.05$), tidak terdapat pengaruh pada ketepatan lokasi, prosedur, pasien operasi ($p= 0.99$, $\alpha= 0.05$). Berdasarkan hasil penelitian disarankan agar kepala ruang sebagai *front line manager* di rumah sakit untuk meningkatkan peran dan fungsinya dalam menjamin mutu keselamatan pasien.

Kata Kunci: Kepala ruang, penjaminan mutu, tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana

Daftar Pustaka: 68 (1997-2011)

The influence of quality assurance on patient safety by head nurse to the patient safety implementing of clinical nurses at Bhakti Yudha Depok hospital.

xii + 124 pages + 4 pictures + 15 tables + 9 appendixes

Abstract

Head nurse has the accountability to challenge any act that appears unsafe. The research was aimed to explore the influence of patient safety quality assurance by head nurse to the implementing of clinical nurses on patient safety at Bhakti Yudha Depok Hospital. The method used in this study was *quasi experiment design: Non equivalent control group with 120 clinical nurse as the sample divided into the intervention and control group, 60 participants respectively. The results revealed that there was a significant influence to the the clinical nurse who got patient safety quality assurance by head nurse which were: Patient identification, efective communication, the correct drug administration, preventing the risk of patient falls, and hand hygiene ($p= 0.01$, $\alpha= 0.05$), while there was no significant influence in marking the correct side of the body ($p= 0.99$, $\alpha= 0.05$). Based on the results it is recommended that the head nurse as the front line of managers in the hospital to improve they role and function in quality assurance of patient safety.*

Keywords: Head of nurse, patient safety, quality assurance, the clinical nurses on patient safety

Bibliography: 68 (1997-2011)

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT. Atas berkah karunia-Nya. Peneliti dapat menyelesaikan penyusunan laporan penelitian berjudul “Pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Bhakti Yudha Depok”.

Peneliti sangat berterima kasih kepada Ibu Hanny Handiyani SKp, M.Kep dan Ibu Rr. Tutik Sri Hariyati, S. Kp., MARS., sebagai pembimbing I dan pembimbing II tesis yang banyak memberi saran, petunjuk, koreksi dan semangat dalam pembuatan tesis. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah penyusunan tesis ini. Ucapan terima kasih ini terutama disampaikan kepada:

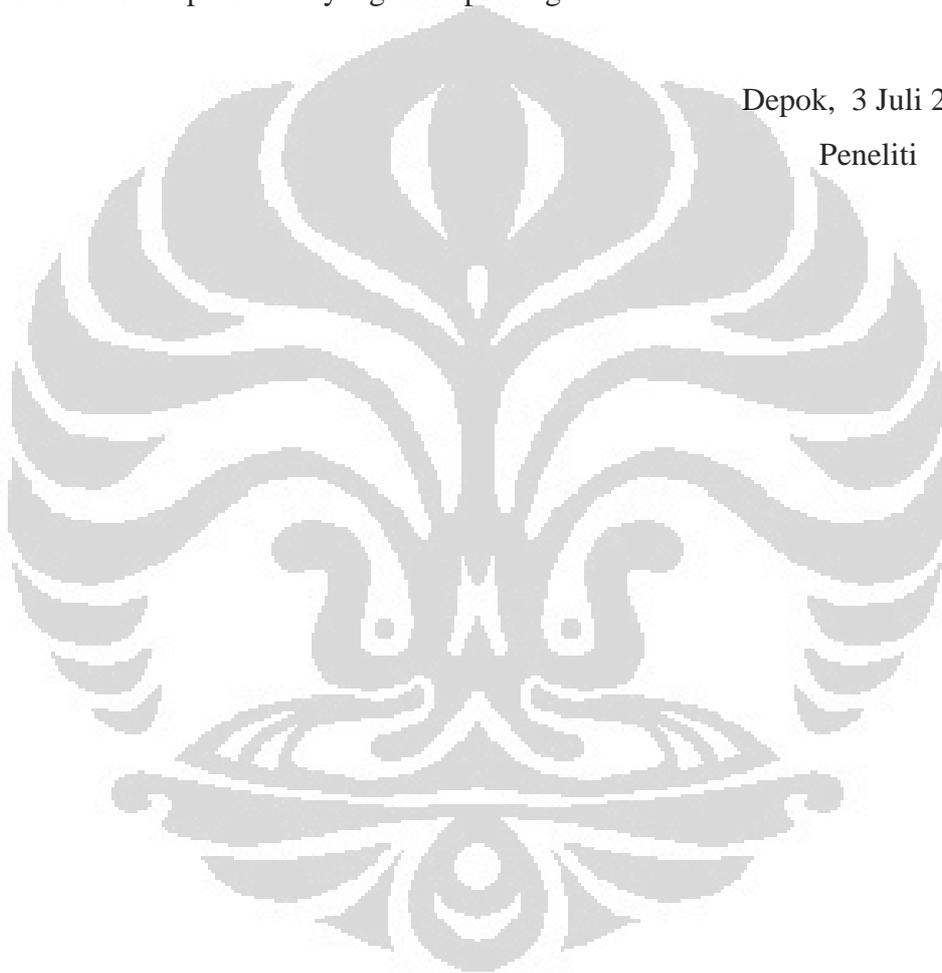
1. Ibu Dewi Irawaty, M.A., Ph.D. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, M.N. selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. dr. H. Takdir M., DTMH, MSc, M. Kes. selaku pembimbing lahan yang banyak memberi masukan selama penelitian.
4. Direktur RS Bhakti Yudha Depok yang telah memberi ijin untuk melakukan penelitian.
5. Direktur RS Tugu Ibu Depok yang telah memberi ijin untuk melakukan penelitian.
6. Komite Keperawatan dan Diklat, Asisten Manajer Keperawatan, Kepala Ruang Cattleya A dan B di RS Bhakti Yudha Depok yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian.
7. Kepala bidang keperawatan dan kepala ruang di RS Tugu Ibu Depok yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian.
8. Seluruh dosen dan staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
9. Keluarga (bapak dan ibu) atas doa yang tak pernah putus selalu diberikan.
10. Suamiku tercinta yang setia, sabar dan selalu membantu baik moriil maupun materiil.

11. Teman seperjuangan dalam suka dan duka (Poerwanto, Jusnita, Catharina, Zaenuddin, Ana, Devi, Tika, Rusdi) yang selalu saling menyemangati untuk tidak pernah menyerah.

Peneliti mengharapkan saran dan masukan pembaca demi kesempurnaan laporan penelitian ini. Laporan penelitian ini semoga bermanfaat penulis dan orang lain yang membaca serta pihak lain yang berkepentingan.

Depok, 3 Juli 2012

Peneliti



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Perumusan Masalah Penelitian.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Keselamatan Pasien.....	9
2.2 Karakteristik Perawat.....	26
2.3 Konsep Penjaminan Mutu.....	29
2.4 Kepemimpinan Berwawasan Mutu.....	49
2.5 Kerangka Teori.....	54
3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konseptual.....	57
3.2 Hipotesis.....	58
3.3 Definisi Operasional.....	59
4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	61
4.2 Populasi dan Sampel.....	62
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	63
4.4 Etika Penelitian.....	64
4.5 Alat Pengumpulan Data.....	66
4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	67
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	69
4.8 Pengolahan dan Analisis Data.....	70

5	HASIL PENELITIAN	
5.1	Karakteristik Perawat Berdasarkan Umur dan lama Kerja	74
5.2	Karakteristik Perawat Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pelatihan...	75
5.3	Gambaran Penjaminan Mutu dan Tindakan Keselamatan Pasien.....	76
5.4	Perbedaan Penjaminan Mutu dan Tindakan Keselamatan Pasien.....	79
5.5	Perbedaan Subvariabel Tindakan Keselamatan Pasien.....	80
5.6	Pengaruh Penjaminan Mutu terhadap Tindakan Keselamatan Pasien.	81
5.7	Hubungan Karakteristik Perawat dengan Tindakan Keselamatan Pasien.....	81
6	PEMBAHASAN	
6.1	Intepretasi Hasil Penelitian	83
6.2	Keterbatasan Penelitian.....	119
6.3	Implikasi Bagi Keperawatan.....	120
7	SIMPULAN DAN SARAN	
7.1	Simpulan	123
7.2	Saran	124
	DAFTAR PUSTAKA	
	LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Mutu hasil interaksi pasien-profesi kesehatan-manajemen ...	34
Gambar 2.2 Skema kerangka teori pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok	55
Gambar 3.1 Skema kerangka konsep penelitian di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok pada 20April-30 Mei 2012	57
Gambar 4.1 Rancangan penelitian (<i>quasi experiment design</i>): <i>Non equivalent control group</i> di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok pada 20 April-30 Mei 2012	61



DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 3.1	Definisi operasional penelitian di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	59
Tabel 4.1	Waktu penelitian di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	64
Tabel 4.2	Penyajian data karakteristik responden di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	71
Tabel 4.3	Uji statistik variabel penelitian di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	72
Tabel 5.1	Karakteristik perawat berdasarkan umur di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	74
Tabel 5.2	Karakteristik perawat berdasarkan lama bekerja di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	75
Tabel 5.3	Karakteristik perawat berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, pelatihan di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	75
Tabel 5.4	Penjaminan mutu keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	76
Tabel 5.5	Tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	77
Tabel 5.6	Subvariabel tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	78
Tabel 5.7	Perbedaan penjaminan mutu dan tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	79
Tabel 5.8	Perbedaan subvariabel tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	80
Tabel 5.9	Pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	81
Tabel 5.10	Hubungan karakteristik umur dan lama bekerja dengan tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	81
Tabel 5.11	Hubungan karakteristik tingkat pendidikan, jenis kelamin, pelatihan dengan tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012	82

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 3. Penjelasan Penelitian
- Lampiran 4. Pernyataan Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 5. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 6. Kisi-Kisi Penilaian Kuesioner
- Lampiran 7. Jadwal Penelitian
- Lampiran 8. SAP Desiminasi Penjaminan Mutu Keselamatan Pasien
- Lampiran 9. Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini membahas latar belakang dilaksanakannya penelitian, rumusan masalah, tujuan, dan manfaat penelitian. Pembahasan ini melatarbelakangi dilaksanakannya penelitian.

1.1 Latar Belakang

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam melaksanakan tindakan keselamatan terhadap pasien yang dirawatnya. Perawat merupakan jenis tenaga kesehatan terbanyak di rumah sakit. Jumlahnya antara 50-60%, memiliki jam kerja 24 jam melalui penugasan *shift* serta merupakan tenaga kesehatan yang paling dekat dengan pasien melalui hubungan profesional perawat-pasien/ *nurse-client relationship* (Depkes RI, 2011). Keselamatan pasien bagi perawat tidak hanya merupakan pedoman yang harus dilakukan, namun merupakan komitmen yang tertuang dalam kode etik perawat dalam memberikan pelayanan yang aman, sesuai kompetensi dan berdasarkan kode etik pasien (*Canadian Nurse Association*, 2004).

Masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera. Laporan *the National Academy of Science's Institute of Medicine* (IOM) tahun 2000 yang menyatakan angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per tahun, berkisar 44.000 – 98.000 per tahun; *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRG, 2008) melaporkan 40% pasien tidak mendapatkan perawatan seperti yang direkomendasikan, rata-rata *patient safety* menurun sebanyak 1% setiap tahun dalam 6 tahun terakhir; (IOM, 2009) juga melaporkan 45 juta orang Amerika tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang semestinya yang berakibat pada kesakitan dan kematian (Jacob & Cherry, 2011).

Ancaman terbesar terjadinya masalah keselamatan pasien berhubungan dengan tindakan perawat yang dilakukan di unit rawat inap, hal ini sehubungan dengan terjadinya komplikasi, *injury* dan kejadian yang tidak diharapkan dalam perawatan rutin setiap hari (Blegen, 2006). *Agency for Healthcare Research and*

Quality (AHRG, 2008) melaporkan 2,5 juta pasien berisiko mengalami luka tekan setiap tahun di Amerika. Morse, (2002) melaporkan 2,2-7 kejadian pasien jatuh/1000 tempat tidur perhari di ruang perawatan akut pertahun, 29-48% mengalami luka, 7,5% luka serius. *National Nosokomial Infections Surveillance System* (NNISS) melaporkan kejadian infeksi nosokomial, ditemukan 5 infeksi setiap 1.000 pasien di ruang perawatan akut dan terdapat lebih dari 2 juta kasus pertahun, hal ini menimbulkan dua kali risiko kesakitan dan kematian (Nazham, 2009). Rata-rata di unit perawatan 3,7 *medication errors* terjadi dalam 6 bulan (Clancy, 2011).

Laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia berdasarkan provinsi pada 2007 ditemukan provinsi DKI Jakarta menempati urutan tertinggi yaitu 37,9% di antara delapan provinsi lainnya (Jawa Tengah 19,5%, DI Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Aceh 10,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, serta Sulawesi Selatan 0,7%). Bidang spesialisasi unit kerja ditemukan paling banyak pada unit penyakit dalam, bedah, dan anak yaitu sebesar 56,7% dibanding unit kerja lain, sedang untuk pelaporan jenis kejadian, KNC lebih banyak dilaporkan sebesar 47,6% dibandingkan KTD sebesar 46,2% (KKP-RS, 2008).

Kerugian yang dapat timbul akibat insiden keselamatan pasien diantaranya semakin besar biaya yang harus ditanggung oleh rumah sakit, pasien semakin lama dirawat dan terjadi resistensi obat (Craven & Hirnle, 2000). Hal lain yang dapat timbul pada pasien yaitu cedera, membahayakan jiwa, perpanjangan hari rawat dan kematian (Lumenta, 2008). Insiden keselamatan pasien juga dapat membawa rumah sakit ke arena *blamming*, menimbulkan konflik antara petugas kesehatan dan pasien, menimbulkan sengketa medis, tuntutan dan proses hukum, tuduhan malpraktik, *blow-up* ke media massa yang akhirnya menimbulkan opini negatif terhadap pelayanan rumah sakit tetapi pada akhirnya tidak ada pihak yang menang, bahkan menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit (Depkes RI, 2006).

Besarnya dampak yang dapat timbul akibat insiden keselamatan pasien membuat perawat harus melaksanakan tindakan terkait keselamatan pasien. Salah satu pedoman yang dapat dilaksanakan oleh perawat berdasarkan PERMENKES No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit yang diantaranya berisi tentang enam sasaran keselamatan pasien yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, (kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi), pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh. Lebih lanjut ditegaskan pada bab IV pasal 8 ayat 1 yang menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien.

Upaya pemenuhan sasaran keselamatan pasien tidak dapat dilepaskan dari peran pemimpin. Peran pemimpin dalam meningkatkan keselamatan pasien tertuang dalam standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia dan telah disusun dengan mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations* Illinois USA tahun 2002 diantaranya menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien (Depkes RI, 2011). Pemimpin harus dapat memandu atau mempengaruhi orang lain agar bekerja keras mencapai tujuan (Jacob & Cherry, 2011).

Fungsi utama pemimpin dalam penjaminan mutu adalah membina kelangsungan tim dan pengembangannya agar mampu meningkatkan kemampuan dan kemauan untuk bertanggungjawab dalam mengarahkan perilaku. Kepemimpinan dalam tim penjaminan mutu bukanlah kepemimpinan yang berfokus hanya pada satu orang, akan tetapi kepemimpinan yang kolektif dan partisipatif yang memberikan peluang dan memberikan kesempatan yang sama kepada setiap anggota tim untuk mampu menerapkan fungsi kepemimpinan dalam timnya (Bustami, 2011).

Peran pemimpin merupakan hal yang penting dalam keselamatan pasien. Leape dalam Buerhaus (2004) menyatakan bahwa salah satu hambatan yang paling penting dalam pelaksanaan keselamatan pasien adalah komitmen pemimpin. Anugrahini (2010) telah melakukan penelitian tentang peran kepemimpinan kepala ruang, dinyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara kepemimpinan dan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta. Perawat yang mempunyai persepsi baik terhadap kepemimpinan kepala ruang lebih patuh daripada perawat yang mempunyai persepsi kepemimpinan yang kurang. Hal ini menunjukkan bahwa kepala ruang memiliki peran yang sangat penting dalam keselamatan pasien khususnya dalam menjamin pasien mendapat tindakan yang aman selama di rawat.

Rumah sakit Bhakti Yudha merupakan salah satu rumah sakit di wilayah Depok yang telah berupaya melakukan pemenuhan sasaran keselamatan pasien. Hal ini dapat diketahui dengan telah dibentuknya tim keselamatan pasien berdasarkan SK direktur No. S. Kep. 293/RSBY/X/2010 tentang pembentukan tim keselamatan pasien. Anggota tim terdiri dari gabungan berbagai petugas kesehatan yang ada di rumah sakit, di setiap unit telah ditunjuk satu orang sebagai "*champion*" yang berfungsi sebagai penggerak program keselamatan pasien.

Tugas tim keselamatan pasien di antaranya mengembangkan program keselamatan pasien, menyusun kebijakan dan prosedur, menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (*monitoring*) dan penilaian (*evaluasi*) tentang terapan (*implementasi*) program keselamatan pasien. Tugas lainnya yaitu melakukan pelatihan internal keselamatan pasien, melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran, memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit serta membuat laporan kegiatan kepada kepala rumah sakit.

Wawancara yang dilakukan peneliti dengan penanggungjawab harian tim keselamatan pasien pada 8 Maret 2012 didapatkan data bahwa sejak dibentuknya tim keselamatan pasien pada Oktober 2010- Pebruari 2012 telah dilakukan tiga

kali sosialisasi keselamatan pasien, cakupan pelatihan keselamatan pasien mencapai 80% dari jumlah tenaga medis dan non medis, serta terjadinya peningkatan pelaporan terkait insiden keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha Depok (meningkat 80%) dari pelaporan sebelum dibentuknya tim keselamatan pasien. Insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap selama tahun 2011-Februari 2012 masih terjadi yaitu kejadian nyaris cidera (KNC) berupa kesalahan pemberian obat dan jatuh pada anak yang tidak menimbulkan cidera, terkait dengan jumlah insiden peneliti tidak mendapatkan izin untuk menampilkan data tersebut. Evaluasi keselamatan pasien selama ini baru dilakukan jika terjadi suatu insiden dan belum dilakukan evaluasi secara berkala terhadap tindakan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat.

Wawancara pada 9 Maret 2012 dengan asisten manajer medis dan keperawatan didapatkan data bahwa di RS Bhakti Yudha Depok telah memberlakukan pemberian identitas berupa gelang tangan kepada pasien, membuat simbol warna yang akan digantung di sisi tempat tidur pada pasien yang perlu kewaspadaan tinggi saat pemberian cairan dan obat, SOP terkait keselamatan pasien bagi perawat juga sudah disiapkan di tiap ruang rawat inap. Namun belum dilakukan evaluasi secara periodik pelaksanaan tindakan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat pelaksana, evaluasi tindakan keselamatan pasien selama ini baru dilakukan jika terjadi suatu insiden. Di ruang rawat inap ketidaktepatan tindakan keselamatan pasien/ kejadian nyaris cidera masih didapatkan misalnya kesalahan pemberian dosis obat dan jatuh pada anak.

Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka kepala ruang harus mampu melakukan tindakan untuk menjamin mutu keselamatan pasien dengan cara membentuk kelompok, menyusun standar dan mensosialisasikannya, memilih teknik pengukuran untuk mengukur keselamatan pasien dan menjadikan hasilnya sebagai tolak ukur dalam melakukan tindakan korektif dan edukatif jika standar yang ditetapkan belum dapat dicapai. Berkaitan hal tersebut maka perlu ada kejelasan perihal langkah penjaminan mutu keselamatan pasien bagi kepala ruang. Hasil pengukuran mutu keselamatan pasien yang akan dilaksanakan oleh kepala

ruang diharapkan dapat dijadikan sebagai tolak ukur untuk melakukan tindakan edukasi dan korektif jika kriteria yang ditetapkan tidak tercapai. Berdasarkan hal itu maka peneliti tertarik untuk mengidentifikasi pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap pelaksanaan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Bhakti Yudha Depok.

1.2 Perumusan Masalah Penelitian

Perawat idealnya melaksanakan enam tindakan keselamatan pasien meliputi ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, (kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi), pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh. Namun dalam kenyataannya masih didapatkan adanya insiden (kejadian nyaris cidera) di ruang rawat inap yaitu kesalahan dalam pemberian dosis obat dan jatuh pada anak.

Rumah sakit Bhakti Yudha Depok telah berupaya menerapkan enam sasaran keselamatan pasien dengan membentuk tim keselamatan pasien, melakukan sosialisasi terkait keselamatan pasien, memberlakukan gelang identitas kepada pasien, membuat kesepakatan simbol/ kode warna pada pasien yang perlu kewaspadaan tinggi terhadap pemberian cairan dan obat-obatan, melengkapi SOP bagi perawat, walaupun demikian kepala ruang belum pernah melakukan pengukuran mutu keselamatan pasien. Tinjauan pustaka menyebutkan bahwa pelaksanaan kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat oleh perawat pelaksana dapat menjadi faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan keselamatan pasien, berdasarkan hal tersebut dirasa perlu untuk mengetahui pengaruh penjaminan mutu terhadap tindakan keselamatan pasien apalagi penelitian terkait penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang belum pernah dilakukan.

Berdasarkan pernyataan tersebut maka pertanyaan masalah dalam penelitian ini “Apakah ada pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini untuk mengidentifikasi:

1. Karakteristik perawat pelaksana (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama kerja, dan pelatihan yang pernah didapatkan) pada kelompok intervensi di RS Bhakti Yudha dan kelompok kontrol di RS Tugu Ibu Depok.
2. Hubungan karakteristik perawat pelaksana (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama kerja, dan pelatihan yang pernah didapatkan) terhadap tindakan keselamatan pasien di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok.
3. Gambaran penjaminan mutu dan tindakan keselamatan keselamatan pasien pada kelompok intervensi di RS Bhakti Yudha Depok dan kelompok kontrol di Rumah Sakit Tugu Ibu Depok.
4. Perbedaan penjaminan mutu keselamatan pasien dan tindakan keselamatan pasien sebelum dan sesudah mendapat intervensi di RS Bhakti Yudha Depok dan Tugu Ibu Depok.
5. Pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien sebelum dan sesudah mendapat intervensi di RS Bhakti Yudha Depok dan Tugu Ibu Depok.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif Bagi RS Bhakti Yudha dan Tugu Ibu Depok

Manfaat aplikatif bagi aplikatif bagi RS Bhakti Yudha dan Tugu Ibu Depok ditujukan kepada:

1.4.1.1 Direktur

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam kebijakan program pengembangan keselamatan pasien berdasarkan pada PERMENKES No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit di RS Bhakti Yudha dan Tugu Ibu Depok.

1.4.1.2 Bidang Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan pelatihan keselamatan pasien berdasarkan panduan terbaru, pembinaan bagi kepala ruang dan perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien serta mengevaluasi fungsi pengendalian kepala ruang.

1.4.1.3 Kepala Ruang

Penelitian ini sebagai acuan dasar tentang keterlibatan kepala ruang dan komitmen secara pribadi sebagai pimpinan ruang perawatan dalam menjamin mutu keselamatan pasien yang dapat dijadikan sebagai tolak ukur untuk mengambil tindakan edukatif dan korektif jika kriteria yang ditetapkan tidak tercapai, serta mengevaluasi kinerja perawat pelaksana terkait keselamatan pasien.

1.4.1.4 Perawat Pelaksana

Penelitian ini sebagai evaluasi pelaksanaan tindakan keselamatan pasien dan juga secara tidak langsung bagi keselamatan perawat sendiri, serta memberi masukan terkait tindakan keselamatan pasien berdasarkan pada panduan yang terbaru.

1.4.2 Manfaat Akademik/ Teoritis/ Keilmuan

Penelitian ini bermanfaat dalam meningkatkan keilmuan sebagai sumber pustaka tentang pengaruh penjaminan mutu kepala ruang dalam keberhasilan program keselamatan pasien di rumah sakit.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Bab ini menjelaskan tentang konsep yang dipakai dalam variabel penelitian diantaranya konsep keselamatan pasien, karakteristik perawat dan penjaminan mutu serta kerangka teori. Pembahasan tersebut diperlukan sebagai dasar teori penelitian yang dilaksanakan.

2.1. Konsep Keselamatan Pasien

Konsep keselamatan pasien yang diuraikan dalam bab ini terdiri dari pengertian keselamatan pasien, tujuan keselamatan pasien, macam insiden keselamatan pasien, indikator sensitif mutu keselamatan pasien, sembilan solusi *live saving* keselamatan pasien rumah sakit serta sasaran keselamatan pasien.

2.1.1 Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan usaha mencegah, menghindarkan, membebaskan pasien dari cedera yang tidak seharusnya atau potensial terjadi selama menjalani pelayanan kesehatan sehingga pasien menjadi lebih aman (Thomlow, 2006; KK-PRS, 2008; Depkes RI, 2011). Sistem keselamatan pasien terdiri dari pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan, analisis insiden, pencegahan penyakit infeksi, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjut serta implementasi solusi untuk meminimalkan terjadinya risiko (Depkes RI, 2008; 2011). Sistem keselamatan pasien diharapkan dapat mencegah, menghindarkan, membebaskan pasien dari cedera yang tidak seharusnya atau potensial terjadi selama menjalani pelayanan kesehatan sehingga pasien menjadi lebih aman.

2.1.2 Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien menurut Depkes RI, (2008) untuk menciptakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunkan kejadian tidak diharapkan

(KTD), terlaksananya program- program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

The Joint Commission (2010) national patient safety goals diantaranya: 1) Meningkatkan keakuratan identifikasi pasien dengan menggunakan dua identitas pasien untuk mengidentifikasi serta mengeliminasi kesalahan transfusi. 2) Meningkatkan komunikasi di antara pemberi pelayanan kesehatan dengan menggunakan prosedur komunikasi, secara teratur melaporkan informasi yang bersifat kritis, memperbaiki pola serah terima pasien. 3) Meningkatkan keselamatan penggunaan pengobatan dengan cara pemberian label pada obat, mengurangi bahaya dari penggunaan antikoagulan. 4) Mengurangi risiko yang berhubungan dengan infeksi dengan mencuci tangan yang benar, mencegah resistensi penggunaan obat infeksi, menjaga *central line* penyebaran infeksi melalui darah. 5) Menggunakan pengobatan selama perawatan secara akurat dan lengkap, mengkomunikasikan pengobatan kepada petugas selanjutnya, membuat daftar pengobatan pasien, mengupayakan pasien mendapatkan pengobatan seminimal mungkin. 6) Mengurangi risiko bahaya akibat jatuh. 7) Mencegah terjadinya luka tekan. 8) Organisasi mengidentifikasi risiko keselamatan di seluruh populasi pasien. 9) Protokol umum untuk mencegah kesalahan tempat, salah prosedur dan orang pada saat tindakan operasi.

2.1.3 Macam Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien merupakan kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Depkes RI, 2011). Macam insiden dalam keselamatan pasien menurut Depkes RI, (2006) & KK-PRS, (2008) terdiri dari tiga istilah yaitu kejadian tidak diharapkan (KTD)/ *adverse event*, kejadian nyaris cedera (KNC)/ *near miss*, kejadian sentinel. Macam insiden menurut (Depkes RI, 2011) terdiri dari lima istilah yaitu kejadian tidak diharapkan (KTD)/ *adverse event*, kejadian nyaris cedera (KNC)/ *near miss*, kejadian tidak cedera (KTC), kondisi potensial cedera (KPC) serta kejadian sentinel.

Kejadian tidak diharapkan (KTD)/ *adverse event* merupakan kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien karena dilakukannya suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya, dan bukan karena penyakit dasar atau karena kondisi pasien. Cedera dapat disebabkan karena tindakan medis atau kesalahan medis yang tidak dapat dicegah (Depkes RI, 2006 & KKP-RS, 2008). Contoh KTD misalnya transfusi yang salah mengakibatkan pasien meninggal karena reaksi hemolisis.

Kejadian nyaris cedera (KNC/ *near miss*) suatu kejadian yang tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melakukan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya (*omission*) (Depkes RI, 2006 & KKP-RS, 2008). Contohnya unit transfusi darah sudah siap terpasang pada pasien yang salah, namun kesalahan dapat diketahui sebelum transfusi darah.

Kejadian tidak cedera (KTC) merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak cedera (Depkes RI, 2011). **Kejadian potensial cedera (KPC)** kondisi yang sangat berpotensi menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden (Depkes RI, 2011). **Kejadian sentinel** merupakan suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera serius, kehilangan fungsi secara permanen yang tidak berhubungan dengan perjalanan alamiah penyakit atau kondisi yang mendasari. Termasuk kejadian sentinel diantaranya kematian yang tidak diharapkan, operasi pada sisi yang salah, prosedur yang salah, pasien yang salah (Depkes RI, 2006 & KKP-RS, 2008; Depkes RI, 2011).

2.1.4 Indikator Sensitif Pelayanan Keperawatan

American Nurses Association (ANA) pada tahun 1998 menetapkan 10 indikator pelayanan keperawatan yang sensitif terhadap *staffing* antara lain 1) Pasien jatuh dan pasien jatuh dengan injuri; 2) Ulkus dekubitus (komunitas, rumah sakit, unit); 3) Campuran tenaga kesehatan yang terdiri dari *Registered nurses* (RNs), *licensed practical nurses* (LPNs), *licensed vocational nurses* (LVNs), dan *unlicensed assistive personnel* yang merawat pasien di ruang akut; 4) Jam perawatan tiap pasien perhari; 5) Kepuasan perawat, pendidikan dan sertifikasi perawat 6) Siklus

Universitas Indonesia

pengkajian nyeri pada anak dan *intravenous infiltration rate*; 7) *Psychiatric patient assault rate*; 8) Prevalensi *restraints*; 9) *Turnover* perawat; 10) Nosokomial infeksi (pneumonia berhubungan dengan ventilator, *central line* berhubungan dengan penyebaran infeksi lewat darah, kateter berhubungan dengan infeksi saluran kemih).

Indikator sensitif pelayanan keperawatan menurut *The National Quality Forum* (NQF), 2008 dalam (Cherry & Jacob, 2011) diantaranya kematian selama operasi pada pasien rawat inap dengan komplikasi serius yang gagal diselamatkan, kejadian luka tekan, pasien jatuh, jatuh dengan *injury*, *restraint prevalence (vest & limb)*, infeksi yang berhubungan dengan kateter urin di ICU, infeksi yang berhubungan dengan *central line catheter* di ICU & NICU, pneumonia berhubungan dengan ventilator- di ICU & NICU, *smoking cessation counseling for heart failure*, *smoking cessation counseling for pneumonia*, *skill mix*, *jam kerja perawat tiap pasien perhari*, *practice environment scale-nursing work index* (PES-NWI), *voluntary turnover*.

2.1.5 Sembilan Solusi *Live Saving* Keselamatan Pasien Rumah Sakit

WHO *Collaborating Centre for Patient Safety* pada tanggal 2 Mei 2007 resmi menerbitkan *nine life saving patient safety solutions* (sembilan solusi *life-saving* keselamatan pasien rumah sakit). Panduan ini mulai disusun sejak tahun 2005 oleh pakar keselamatan pasien dan lebih 100 negara, dengan mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KK-PRS) mendorong rumah sakit di Indonesia untuk menerapkan sembilan solusi *life-saving* keselamatan pasien rumah sakit langsung atau bertahap, sesuai dengan kemampuan dan kondisi rumah sakit masing- masing. Adapun sembilan solusi tersebut diantaranya: Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip, memastikan identifikasi pasien, berkomunikasi secara efektif, memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar, mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*), memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan, menghindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*),

menggunakan alat injeksi sekali pakai, meningkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial.

2.1.6 Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan menurut PERMENKES No.1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, (kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi), pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh.

2.1.6.1 Ketepatan Identifikasi Pasien

Kegagalan mengidentifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek/ tahapan diagnosis dan pengobatan ketika pemberian obat dan darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis serta penyerahan bayi kepada bukan keluarganya. Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/ tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/ kamar/ lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain (Depkes RI, 2011).

Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan. Kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Hasil penelitian Maryam, (2005) menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara identifikasi pasien ($p= 0.001$, $\alpha= 0.05$) dengan kepuasan pasien.

Kebijakan dan/ atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak boleh digunakan untuk identifikasi. Proses identifikasi pasien dapat dilakukan perawat dengan bertanya kepada pasien sebelum melakukan tindakan misalnya "nama ibu siapa?".

Universitas Indonesia

menggunakan gelang tangan harus tetap dikonfirmasi secara verbal, seandainya pasien tidak dapat menyebut nama maka perawat dapat menanyakan pada penunggu atau keluarga. Pasien yang tidak mampu menyebut nama, tidak memakai gelang dan tidak ada keluarga atau penunggu maka identitas dipastikan dengan melihat rekam medik oleh dua orang petugas (Unit pelayanan jaminan mutu, RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, 2011).

Elemen penilaian sasaran menurut Depkes RI, (2011) pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien misalnya nama pasien, tanggal lahir (tidak menggunakan nomor dan lokasi kamar); Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah; Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/ prosedur; Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2.1.6.2 Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Komunikasi mempunyai arti penting bagi keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan. Rumah sakit merencanakan proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi yang bersifat internal dan eksternal dimana transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat (Depkes RI, 2008).

Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan klinis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan (Depkes RI, 2011). Manojlovich, (2007) menyatakan komunikasi dokter dan perawat mempunyai peran penting dalam menentukan derajat kesehatan pasien, dan kualitas pelayanan yang diberikan. Semakin baik komunikasi diantara perawat dan dokter semakin baik hasil perawatan yang mereka berikan.

Universitas Indonesia

Maksud sasaran ini jika komunikasi dilakukan secara efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, dan jelas akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Hasil penelitian Maryam, (2005) menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi saat operan ($p= 0,024$, $\alpha= 0.05$) dengan kepuasan pasien.

Jenis komunikasi yang dapat dilakukan untuk menunjang pelaksanaan keselamatan pasien menurut Sammer, Lykens, Singh, Mains, & Lackan, (2010) diantaranya: *Structured techniques (read-back, SBAR)*. Perintah/ instruksi yang diberikan lewat telepon jika sudah diterima harus ditulis kemudian dibaca kembali untuk konfirmasi dan verifikasi langsung kepada pemberi perintah/ instruksi. Kebijakan dan/ atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

Teknik SBAR (*Situation-Background-Assessment-Rekommmendation*) teknik ini berlaku untuk semua petugas sebelum pelaporan/ serah terima. Persiapan yang dilakukan sebelum melaporkan kondisi pasien harus memeriksa pasien dengan benar, melihat nama dokter penanggungjawab pasien yang sesuai untuk ditelepon, mengetahui diagnosis medik pasien, membaca catatan dokter dan catatan perawat yang terbaru, memegang rekam medik pasien dan siap melaporkan menggunakan teknik SBAR. Mulai dari situasi, lanjutkan dengan *background/* latar belakang, *assessment/* penilaian serta rekomendasi (Unit pelayanan jaminan mutu, RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, 2011).

Rumah sakit harus mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar pemberi layanan. Penelitian Nilasari (2010) menunjukkan ada peningkatan bermakna pada komunikasi perawat saat operan sesudah mendapatkan pelatihan tentang keselamatan pasien ($p= 0.00$, $\alpha= 0.05$).

Elemen penilaian sasaran menurut Depkes RI, (2011) terdiri dari empat hal diantaranya: Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah; Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah; Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan; Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

2.1.6.3 Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

Kesalahan obat dapat menyebabkan bahaya untuk pasien, karena perawat mempunyai peran penting dalam menyiapkan dan memberikan obat maka perawat perlu waspada dalam mencegah kesalahan obat (Potter & Perry, 2009). Nama obat, rupa dan ucapan mirip (NORUM), yang membingungkan staf pelaksana merupakan salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (*medication error*).

Watchdog Institute for safe medication practices (ISMP) pada tahun 1995 melakukan survei lebih dari 160 rumah sakit perawatan akut untuk menganalisis obat yang menyebabkan kerusakan yang serius dan kematian selama periode satu tahun (Cohen, 2007). Pada studi tersebut, akhirnya ditetapkan enam obat yang secara signifikan berisiko terjadinya kesalahan, diantaranya: Insulin, heparin, opioid, injeksi kalium klorida atau konsentrat kalium fosfat. *blocking agen neuromuskuler*, obat kemoterapi.

Penelitian Clancy, (2011) menunjukkan bahwa di unit perawatan rata-rata terjadi 3.7 insiden kesalahan obat setiap enam bulan. Weant, Humpries, Hite & Armitstead, (2010) menyatakan ribuan orang Amerika meninggal setiap tahun akibat kesalahan obat selama dirawat di rumah sakit, diperkirakan 29 *milyard dollar* Amerika dihabiskan tiap tahun akibat kesalahan obat.

Hasil penelitian Maryam (2005) menggambarkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara perhatian pada rupa dan nama obat ($p= 0.633$, $\alpha= 0.05$), pengendalian cairan elektrolit pekat ($p= 0.803$, $\alpha= 0.05$) dengan kepuasan pasien. Namun terdapat hubungan yang bermakna antara injeksi ($p= 0.030$, $\alpha= 0.05$), dan akurasi ketepatan pemberian obat ($p= 0.000$, $\alpha= 0.05$) dengan kepuasan pasien.

Rumah sakit harus mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*). Elemen penilaian pada peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai: Kebijakan dan/ atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat yang rupa dan ucapan mirip. Implementasi kebijakan dan prosedur obat yang rupa dan ucapan mirip tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan (Depkes RI, 2011).

Standarisasi proses untuk mencegah kesalahan pengobatan menurut Cohen, (2007) diantaranya: Membatasi ketersediaan *high-alert drugs* dan rute administrasi, *practise drug differentiation, use forcing functions*, memberi informasi ke pasien, standarisasi, menerapkan pengingat serta menggunakan teknologi.

Membatasi ketersediaan *high-alert drugs* dan rute administrasi. Meniadakan 6 obat (Insulin, heparin, opioid, injeksi kalium klorida atau konsentrat kalium fosfat, *blocking agen neuromuskuler*, obat kemoterapi) atau membatasi jumlah, variasi, dan konsentrasi pada unit perawatan pasien akan mengurangi terjadinya kesalahan. Sebagai contoh, rumah sakit yang menghapus/ meniadakan *stock* kalium klorida dari unit perawatan pasien akan menghilangkan kesalahan karena tidak sengaja memberi konsentrat kalium klorida secara langsung pada pasien.

Obat-obatan yang memerlukan kewaspadaan tinggi menurut (Unit pelayanan jaminan mutu, RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, 2011): Elektrolit pekat (KCl

Universitas Indonesia

7,46%, Meylon 8,4%, MgSo₄ 20%, NaCl 3%); Golongan opioid (fentanil, kodein Hcl, morfin HCL, morfin sulfat, petidin HCL, sufentanil); Antikoagulan (heparin natrium, enoksaparin natrium); Trombolitik (streptokinase); Antiaritmia (lidokain iv, amiodaron); Insulin/ obat hipoglikemia oral; Obat agonis adrenergik (epinefrin, norepinefrin); Anestetik umum (propofol, ketamin); Kemoterapi; Obat kontras; Pelemas otot (suksinilkolin, rokuronium, vekuronium); Larutan kardioplegia.

Practise drug differentiation, beberapa obat yang memiliki nama hampir sama sebaiknya dipisahkan/ diletakkan berjauhan misalnya heparin dan hespan. Injeksi kalium klorida atau konsentrat kalium fosfat jangan diletakkan berdekatan dengan cairan pelarut/ *aqua bideest* apalagi jika bentuk kemasan sama.

Menggunakan forcing functions, sebuah sistem yang menghilangkan atau mengurangi kemungkinan kesalahan. Contoh penggunaan *forcing functions* misalnya menggunakan peralatan medis yang dirancang khusus (*tubing connections or ports*).

Memberi informasi dan menyertakan pasien dalam terapi. Memberi informasi yang jelas tentang suatu program pengobatan yang didapatkan pasien dapat mengurangi terjadinya kesalahan dalam pengobatan. Pendekatan lebih aman adalah dengan menulis "alergi" pada gelang pasien untuk mengingatkan penyedia layanan kesehatan agar mendapatkan informasi lengkap alergi dari pasien karena terkadang penggunaan gelang warna kurang efektif.

Standarisasi misalnya standarisasi prosedur memastikan bahwa proses selesai dengan cara yang sama setiap kali dilakukan, mengurangi kesempatan untuk kesalahan. Standarisasi berguna untuk membantu perawat baru agar melaksanakan sesuatu yang baru dengan aman.

Menerapkan pengingat, buat label yang ditempel di sekitar obat yang mempunyai risiko tinggi. Label tersebut misalnya: Peringatan obat memiliki konsentrasi tinggi harus diencerkan, *for oral use only*.

Menggunakan teknologi untuk meningkatkan keselamatan bila digunakan sebagaimana direkomendasikan misalnya: *Resep terkomputerisasi entry order system* yang mengidentifikasi obat tertentu sebagai waspada tinggi saat memesan. *Bar coding* yang dapat membantu memastikan bahwa "enam benar". *Smart pump* yang memerlukan konfirmasi dosis obat yang jelas sebelum dimulai.

Pemberian obat juga harus dilakukan dengan tepat, menurut (Potter & Perry, 2009) terdapat 6 benar yang harus diperhatikan yaitu: Benar obat, dosis, waktu, pasien, cara pemberian, dokumentasi. Sedangkan menurut Kozier, Er's, Berman, & Snyder (2012) menyatakan terdapat sepuluh benar, jadi enam benar ditambah empat benar yaitu benar edukasi, alasan penolakan, pengkajian serta evaluasi.

Benar obat dilakukan dengan mengecek program terapi pengobatan dari dokter, menanyakan ada tidaknya alergi obat, menanyakan keluhan pasien sebelum dan setelah memberikan obat, mengecek label obat, mengetahui reaksi obat, mengetahui efek samping obat, hanya memberikan obat yang disiapkan sendiri. **Benar dosis** dilakukan dengan cara mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek hasil hitungan dosis dengan dengan perawat lain, mencampur/ mengoplos obat. **Benar waktu** dengan cara mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek tanggal kadaluarsa obat, memberikan obat dalam rentang 30 menit. **Benar pasien** dengan cara mengecek program terapi pengobatan dari dokter, memanggil nama pasien yang akan diberikan obat, mengecek identitas pasien pada papan/ *kardeks* di tempat tidur pasien. **Benar cara pemberian** dengan mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek cara pemberian pada label/ kemasan obat. **Benar dokumentasi** dengan mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mencatat nama pasien, nama obat, dosis, cara, dan waktu pemberian obat. **Benar edukasi** pasien dengan menjelaskan pengobatan yang didapat pasien. **Benar alasan penolakan** artinya pasien dewasa mempunyai hak untuk menolak pengobatan yang diterima, dalam hal ini perawat mempunyai peran untuk menjelaskan semua konsekuensi akibat penolakan tersebut. **Benar Pengkajian** artinya beberapa obat memerlukan pengkajian khusus misalnya terkait denyut nadi, tekanan darah sebelum diberikan. **Benar**

Universitas Indonesia

evaluasi artinya perawat harus mengevaluasi segala efek samping yang mungkin timbul akibat pengobatan yang di dapat pasien.

2.1.6.4 Kepastian Tepat Lokasi Prosedur dan Tepat Pasien Operasi

Penyimpangan pada verifikasi (tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi) akan dapat mengakibatkan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah. Penyebabnya karena miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Selain itu pengkajian pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi (Depkes RI, 2011).

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar; Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dipampang; Melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/ atau *implant* yang dibutuhkan.

Protokol umum tindakan terkait kepastian tepat lokasi- prosedur dan tepat pasien operasi menurut (Unit pelayanan jaminan mutu, RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, 2011) diantaranya menandai lokasi operasi (*marking*), menggunakan tanda yang telah disepakati, menggunakan tanda yang tidak ambigu, daerah yang tidak dioperasi, tidak boleh ditandai kecuali sangat diperlukan, menggunakan penanda yang tidak mudah terhapus.

Menandai lokasi operasi (*marking*) terutama pada organ yang memiliki dua sisi (kanan dan kiri); *Multiple structures* (jari tangan, jari kaki); *Multiple level* (operasi tulang belakang: cervical, thorakal, lumbal); Multiple lesi yang pengerjaannya bertahap. **Anjuran penandaan lokasi operasi** menggunakan tanda yang telah

Universitas Indonesia

disepakati, dokter yang akan melakukan operasi yang melakukan pemberian tanda pada atau dekat daerah insisi. **Menggunakan tanda yang tidak ambigu** (contoh; tanda “x” merupakan tanda yang ambigu). **Daerah yang tidak dioperasi, tidak ditandai kecuali sangat diperlukan. Menggunakan penanda yang tidak mudah terhapus** misalnya gentain violet. Sebelum dilaksanakan operasi menerapkan pengisian *checklist* keselamatan operasi untuk memastikan: Tepat pasien; Tepat prosedur; Tepat daerah/ lokasi operasi.

Rumah sakit harus mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien. Elemen penilaian sasaran menurut Depkes RI, (2011) diantaranya rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan. Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat praoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/ *time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/ tindakan pembedahan.

Kebijakan dan prosedur perlu dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi. Penelitian Nilasari, (2010) menunjukkan bahwa terdapat peningkatan yang bermakna ketrampilan perawat dalam penandaan sisi tubuh yang benar sebelum dan sesudah pelatihan keselamatan pasien ($p= 0.00$, $\alpha= 0.05$).

2.1.6.5 Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi

Universitas Indonesia

pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia yang sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis (Depkes RI, 2011).

Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat, bahkan mengingat pentingnya mencuci tangan maka mencuci tangan memakai sabun sedunia atau *global handwashing day*, diplokanirkan pada 15 Oktober 2008 serentak di 70 negara dan 5 benua.

Pedoman *hand hygiene* dilakukan dengan enam langkah yang dijadikan standar oleh WHO, (2007) yaitu: Pada saat sebelum dan sesudah menyentuh pasien, sebelum dan sesudah tindakan/ aseptik, setelah terpapar cairan tubuh pasien, sebelum dan setelah melakukan tindakan *invasif*, setelah menyentuh area sekitar pasien/ lingkungan, memakai alat pelindung diri (APD) yaitu alat yang digunakan untuk melindungi petugas dari resiko pajanan darah, cairan tubuh ekskreta, dan selaput lendir pasien seperti sarung tangan, masker, tutup kepala, kacamata pelindung, apron/ jas dan sepatu pelindung.

Rekomendasi WHO, (2007) adalah mendorong implementasi penggunaan cairan *alcohol-based hand-rubs* tersedia pada titik-titik pelayanan, tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar, mengingatkan penggunaan tangan bersih di tempat kerja; dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan/ observasi dan teknik-teknik yang lain.

Elemen penilaian sasaran pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan menurut Depkes RI, (2011) rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum misalnya *WHO Patient Safety*. Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif. Kebijakan dan/ atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

2.1.6.6 Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/ masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit (Depkes RI, 2011).

Beberapa hal yang dapat dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya jatuh (*Joint Commission International, 2007*) yaitu: Perawat melihat efek samping obat yang memungkinkan terjadinya jatuh, perawat dapat tetap menjaga daerah yang dapat menyebabkan jatuh, menggunakan kaca mata, sehingga pasien dapat berjalan sendiri misalnya pada malam hari. Perawat tanggap terhadap perubahan perilaku pasien, meletakkan sepatu dan tali sepatu pada tempatnya, mengecek seluruh daerah yang dapat menyebabkan jatuh (misalnya sepatu atau tali sepatu yang tidak pada tempatnya). Perawat mengecek penyebab sering terjadinya jatuh (misalnya ruangan didesain tidak terlalu banyak perabotan, daerah yang gelap, dan sedikit hidrasi/ perawat menganjurkan untuk minum 6-8 gelas per hari).

Menurut Potter & Perry (2009) beberapa intervensi yang dapat dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya jatuh pada pasien yaitu: Mengorientasikan pasien pada saat masuk rumah sakit dan menjelaskan sistem komunikasi yang ada, bersikap hati-hati saat mengkaji pasien dengan keterbatasan gerak, melakukan supervisi ketat pada awal pasien dirawat terutama malam hari, menganjurkan menggunakan bel bila membutuhkan bantuan, memberikan alas kaki yang tidak licin, memberikan pencahayaan yang adekuat, memasang pengaman tempat tidur terutama pada pasien dengan penurunan kesadaran dan gangguan mobilitas, dan menjaga lantai kamar mandi agar tidak licin.

Joseph's Hospital dan Medical Center sejak tahun 2001 sudah mengidentifikasi risiko terjadinya jatuh (misalnya pada pasien akut).

Universitas Indonesia

mengidentifikasi kondisi medis, obat-obatan, status mental, lingkungan, kemampuan beraktivitas, dan pola tidur pasien, mengkaji kemungkinan terjadinya risiko jatuh dengan cara meletakkan stiker berupa simbol senyuman (*green smiling-face sticker*) yang ditempelkan di pintu pasien sebagai tanda/ sinyal untuk kemungkinan terjadinya jatuh sehingga perawat dapat memonitor pasien dengan lebih dekat (Potter & Perry, 2009).

Penggunaan *restrains* merupakan salah satu alat untuk immobilisasi pasien. Alat *restrains* dapat manual ataupun mekanik, alat ini berguna untuk memberikan batasan pada klien untuk bergerak secara bebas. Untuk menghindari jatuh dapat dimodifikasi dengan memodifikasi lingkungan yang dapat mengurangi cedera seperti memberi keamanan pada tempat tidur, toilet, dan bel. Jeruji (*side rails*) pada sisi tempat tidur juga dapat mencegah terjadi cedera pada pasien. *Side rails* dapat meningkatkan imobilisasi dan stabilitas di tempat tidur pada saat pasien akan bergerak dari tempat tidur ke kursi (Potter & Perry, 2009).

Epidemiologi insiden pasien jatuh di rumah sakit di Amerika, Hitcho & Associates (2004) menunjukkan bahwa 19.1% terjadi pada saat ambulasi, 10.9% ketika turun dari tempat tidur, 9.3% ketika bangun dari kursi dan berdiri, 4.4% ketika berada menggunakan pispot; Krauss & Colleagues (2007) menunjukkan bahwa 79.5% jatuh terjadi kamar pasien, 11% di kamar mandi pasien, dan 9.5% di lorong rumah sakit, ruang latihan, ruang perawatan serta dekat ruang jaga perawat (Reiling, 2006).

The Joint Commission (2005) mengkategorikan faktor-faktor risiko jatuh pada pasien baik secara instrinsik maupun ekstrinsik. **Faktor risiko instrinsik** terintegrasi dalam sistem pasien dan juga dikaitkan dengan perubahan-perubahan akibat penuaan, mencakup peristiwa jatuh sebelumnya, penurunan penglihatan, keseimbangan yang labil, defisit sistem muskuloskeletal, defisit status mental, penyakit akut, dan penyakit kronis. **Faktor-faktor ekstrinsik** adalah kondisi eksternal pasien dan terkait dengan lingkungan fisik, mencakup medikasi, kurangnya alat bantu di kamar mandi, desain furnitur, kondisi lantai, kurangnya

Universitas Indonesia

pencahayaan, alas kaki yang tidak tepat, penggunaan alat yang tidak tepat, dan alat bantu yang tidak memadai.

Faktor-faktor risiko ekstrinsik pasien jatuh adalah fokus dari studi ini. *Joint Commission* (2005) menyebutkan kejadian jatuh antara 1995-2004 dan menemukan penyebab yang paling utama insiden jatuh yang berakibat fatal dihubungkan dengan komunikasi staf yang tidak adekuat, pelatihan dan orientasi yang tidak lengkap, pengkajian awal dan pengkajian ulang pasien yang tidak lengkap, masalah lingkungan, perencanaan asuhan yang tidak lengkap, kepastian tindakan/ perawatan yang lambat, dan tidak adekuatnya budaya keselamatan pada organisasi. *Joint Commission* (2005) kemudian menghubungkan strategi intervensi terkait dengan 5 dimensi yaitu: Komunikasi staf yang tidak adekuat, pelatihan dan orientasi yang tidak lengkap, pengkajian awal dan pengkajian ulang pasien yang tidak lengkap, lingkungan perawatan yang tidak aman, dan kepastian tindakan/ perawatan yang lambat.

Elemen Penilaian Sasaran menurut Depkes RI, (2011) rumah sakit menerapkan proses pengkajian awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan pengkajian ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil pengkajian dianggap berisiko jatuh. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan. Kebijakan dan/ atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

2.1.7 Faktor yang Berpengaruh terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien

Faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan keselamatan pasien menurut KKP-RS, (2008) disebut faktor *kontributor*, faktor ini melatarbelakangi terjadinya insiden. Faktor *kontributor* terdiri dari dua yaitu *ekternal*/ di luar rumah sakit diantaranya *regulator* dan ekonomi, peraturan dan kebijakan departemen kesehatan, peraturan nasional, dan hubungan dengan organisasi lain. Faktor

Universitas Indonesia

internal/ di dalam rumah sakit diantaranya organisasi dan manajemen, lingkungan kerja, tim, petugas, tugas serta pasien.

Faktor lain dikemukakan oleh Yahya, (2006) yang membagi faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan keselamatan pasien menjadi lima yaitu faktor komunikasi, arus informasi yang tidak jelas, masalah pada sumberdaya manusia, hal yang berhubungan dengan pasien, transfer pengetahuan di rumah sakit, pola/ alur kerja, kegagalan teknis serta kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat.

Faktor yang dikemukakan oleh dua pendapat tersebut walaupun rumusnya berbeda namun secara umum intinya sama bahwa ada dua faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien yaitu faktor dari dalam dan luar rumah sakit.

2.2 Karakteristik Perawat

Karakteristik perawat dapat berhubungan dengan pelaksanaan tindakan keselamatan pasien, diantaranya: Usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, pelatihan.

2.2.1 Usia

Umur mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah umur semakin berkembang daya tangkap dan pola pikirnya, seperti yang disampaikan oleh Siagian (2009) umur memiliki kaitan dengan tingkat kedewasaan psikologis dalam arti individu semakin bijaksana dalam mengambil keputusan, serta memiliki kemampuan analisis yang baik terhadap fenomena atau permasalahan yang dihadapi. Sutrisno (2009) menyatakan bahwa ada keyakinan kinerja akan menurun dengan bertambahnya umur.

Penelitian Anugrahini (2010) membuktikan terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan menerapkan pedoman keselamatan pasien ($p=0.002$, $\alpha=0.05$). Perawat yang patuh menerapkan pedoman keselamatan pasien mempunyai usia rata-rata 40,38 tahun, sedangkan perawat yang kurang patuh

Universitas Indonesia

mempunyai usia rata-rata 34,42 tahun. Pendapat berlawanan disampaikan oleh Hikmah (2008) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antar usia staf yang 80% merupakan perawat dengan persepsi keselamatan pasien di RSUP Fatmawati ($p > 0.05$, $\alpha = 0.05$).

2.2.2 Jenis Kelamin

Robbins (2003) menyatakan tidak ada perbedaan dalam meningkatkan pengetahuan antara laki-laki dan perempuan namun dalam analisis laki-laki cenderung lebih baik daripada perempuan. Penelitian yang dilakukan Ardani (2003) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan ($p = 0.925$, $\alpha = 0.05$). Hal ini sesuai juga dengan penelitian Hikmah (2008) menyatakan tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan persepsi keselamatan pasien di RSUP Fatmawati ($p > 0.05$, $\alpha = 0.05$).

2.2.3 Tingkat Pendidikan

Penelitian yang dilakukan Ardani (2003) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan ($p = 0.913$, $\alpha = 0.05$). Hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian Anugrahini (2010) menunjukkan ada hubungan tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat melaksanakan pedoman keselamatan pasien. Perawat dengan latar belakang pendidikan S1 dan D3 lebih patuh dalam melaksanakan tindakan keselamatan pasien dibanding perawat dengan latar belakang SPK. Aiken et al. (2003) meneliti hubungan pendidikan *registered nurse* dengan keselamatan pasien dimana angka kematian dan kegagalan pada pasien yang menjalani operasi lebih rendah di rumah sakit yang memiliki perawat dengan pendidikan S1 atau lebih tinggi (Ching et al., 2009).

2.2.4 Masa Kerja

Hasil penelitian Anugrahini (2010) menunjukkan ada hubungan antara masa kerja dengan kepatuhan perawat. Perawat yang patuh menerapkan pedoman keselamatan pasien mempunyai masa kerja rata-rata 17,36 tahun, dan yang

Universitas Indonesia

kurang patuh mempunyai masa kerja rata-rata 11,71 tahun ($p > 0.05$, $\alpha = 0.05$). Penelitian Marpaung (2005) menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna masa kerja perawat pelaksana dengan budaya kerja ($p > 0.05$, $\alpha = 0.05$), masa kerja perawat berhubungan dengan kepemimpinan efektif pada komunikasi dan pengambilan tindakan.

2.2.5 Pelatihan

Pelatihan merupakan salah satu usaha untuk mengembangkan SDM yang diharapkan dapat membantu rumah sakit mempersiapkan kualitas tenaga kerja yang sesuai dengan kebutuhan strategi yang sedang dijalankan. Dengan mengembangkan kecakapan karyawan dimaksudkan setiap usaha dari pimpinan untuk menambah keahlian kerja tiap karyawan sehingga didalam melaksanakan tugas-tugasnya dapat lebih efisien dan produktif (Sutrisno, 2009).

Sutrisno (2009) menyatakan latihan diperlukan untuk melengkapi karyawan dengan keterampilan dan cara-cara yang tepat untuk menggunakan peralatan kerja, latihan diperlukan bukan hanya sebagai pelengkap namun sekaligus memberikan dasar-dasar pengetahuan karena dengan pelatihan karyawan belajar mengerjakan sesuatu dengan benar dan tepat serta dapat memperkecil atau meninggalkan kesalahan yang pernah dilakukan.

Penelitian Nilasari (2010) menunjukkan bahwa terdapat peningkatan bermakna sebelum dan sesudah pelatihan pada ketrampilan perawat klinik dalam penerapan keselamatan pasien diantaranya peningkatan sebelum dan sesudah penerapan pelatihan memastikan identifikasi pasien ($p = 0.00$, $\alpha = 0.05$), komunikasi saat operan ($p = 0.00$, $\alpha = 0.05$), pemberian obat secara benar ($p = 0.00$), tindakan pada sisi tubuh yang benar ($p = 0.00$, $\alpha = 0.05$), pencegahan salah kateter ($p = 0.00$), pencegahan resiko pasien jatuh ($p = 0.00$, $\alpha = 0.05$), dan meningkatkan kebersihan tangan ($p = 0.00$, $\alpha = 0.05$). Tidak terdapat peningkatan bermakna sebelum dan sesudah pelatihan pada keterampilan perawat klinik pada pengendalian cairan infus ($p = 0.317$, $\alpha = 0.05$) serta penggunaan alat injeksi sekali pakai ($p = 0.257$, $\alpha = 0.05$).

2.3 Konsep Penjaminan Mutu

Konsep penjaminan mutu yang akan diuraikan terdiri dari pengertian mutu, dimensi mutu, perkembangan konsep mutu, pengertian penjaminan mutu, alasan pentingnya penjaminan mutu, pihak yang terlibat dalam penjaminan mutu, faktor pendorong penerapan penjaminan mutu serta langkah penjaminan mutu.

2.3.1 Pengertian Mutu

Berbagai batasan tentang mutu dikemukakan oleh para ahli. Pohan, (2007) mendefinisikan mutu sebagai keseluruhan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan konsumen, baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat. Bustami, (2011) menyatakan secara sederhana bahwa mutu atau kualitas adalah ukuran, derajat, atau taraf tentang baik buruknya suatu produk atau jasa. Tomey, (2006), menegaskan bahwa mutu merupakan sesuatu yang harus dikerjakan dengan baik oleh penyedia jasa atau pelayanan.

Barang atau jasa dikatakan bermutu apabila barang atau jasa tersebut mempunyai derajat kesempurnaan yang sesuai dengan standar yang ada. Ukuran yang terpenting dalam mutu bukan harga atau biaya, akan tetapi kesamaan terhadap standar yang telah ditetapkan oleh konsumen. Dalam istilah lain dapat dikatakan bahwa mutu adalah perpaduan sifat-sifat dan karakteristik produk atau jasa yang dapat memenuhi kebutuhan pemakai atau pelanggan. Jadi mutu merupakan suatu produk yang diberikan kepada pelanggan untuk memberikan kepuasan akan kebutuhan dalam pelayanan jasa yang diberikan kepada pelanggan, dengan menjamin kualitas pelayanan yang berkesinambungan, efektif dan efisien serta tanggap terhadap adanya indikator yang menyebabkan ketidakpuasan.

2.3.2 Dimensi Mutu

Mutu merupakan konsep yang komprehensif dan multidimensional. Brown, *et al.* dalam Pohan, (2007) menjelaskan bahwa kegiatan menjaga mutu dapat menyangkut sepuluh dimensi, antara lain: Kompetensi teknis, keterjangkauan atau

akses, efektifitas, efisiensi, kesinambungan, keamanan, kenyamanan, informasi, ketepatan waktu, hubungan antar manusia.

Dimensi lain tentang mutu dikemukakan oleh Parasuraman, Zeithaml & Berry, (1985) melalui penelitiannya mengidentifikasi sepuluh dimensi pokok mutu yaitu daya tanggap, kehandalan, kompetensi, kesopanan, akses, komunikasi, kredibilitas, kemampuan memahami pelanggan, keamanan, dan bukti fisik. Pada penelitian berikutnya yang dilakukan oleh Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) menggabungkan beberapa dimensi mutu menjadi satu, yaitu kompetensi, kesopanan, keamanan, dan kredibilitas yang disatukan menjadi jaminan (*assurance*); Dimensi komunikasi, akses, dan kemampuan memahami pelanggan digolongkan menjadi empati. Sehingga jadilah lima dimensi utama mutu yaitu realibilitas, daya tanggap, jaminan, empati, bukti fisik, atau bukti langsung. Kelima dimensi ini dikenal dengan *service quality (SERVQUAL)*. Penjelasan kelima dimensi diuraikan sebagai berikut:

Reliabilitas/ Reliability adalah kemampuan memberikan pelayanan dengan segera, tepat (akurat) dan memuaskan. Dengan kata lain reliabilitas berarti sejauh mana jasa mampu memberikan apa yang telah dijanjikan kepada pelanggannya dengan memuaskan.

Daya tanggap/ Responsiveness yaitu keinginan para karyawan/ staf membantu semua pelanggan serta berkeinginan dan melaksanakan pemberian pelayanan dengan tanggap. Dimensi ini menekankan pada sikap dari penyedia jasa agar penuh perhatian, cepat, dan tepat dalam menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan, dan masalah dari pelanggan.

Jaminan/ Assurance berarti karyawan memiliki kompetensi, kesopanan dan dapat dipercaya, bebas dari bahaya, serta risiko dari keragu-raguan. Dimensi ini merefleksikan kompetensi perusahaan. **Empati/ Empathy** berarti karyawan/ staf mampu menempatkan dirinya pada pelanggan, dapat berupa kemudahan dalam menjalin hubungan dan komunikasi termasuk perhatiannya terhadap para

Universitas Indonesia

pelanggan. **Bukti fisik/ bukti langsung/ tangible** merupakan ketersediaan sarana dan prasarana termasuk alat yang siap pakai serta penampilan karyawan/ staf yang menyenangkan.

Berbagai dimensi atau cara pandang para ahli meskipun rumusnya tidak sama, namun pengertian pokoknya tidaklah berbeda, karena sesungguhnya penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu dan memuaskan pelanggan tidak semudah yang diperkirakan. Semakin banyak cara pandang/ sisi yang diperhatikan dalam memberi pelayanan semakin bermutu pelayanan yang diberikan.

2.3.3 Perkembangan Konsep Mutu

Konsep mutu telah dimulai sejak abad ke-19, pada awalnya konsep mutu dimulai dari cara sederhana kemudian terus berkembang. Menurut (Assaf, 2009; Bustami, 2011) secara garis besar perkembangan konsep mutu dimulai dari konsep inspeksi, kendali mutu, penjaminan mutu, peningkatan mutu berkelanjutan serta manajemen mutu terpadu. Penjelasan perkembangan konsep mutu diuraikan sebagai berikut:

Konsep inspeksi disebut juga “*quality by inspection*” selanjutnya berkembang menjadi “*bad apple theory*”. Konsep ini menyatakan penyebab dari masalah mutu adalah manusia/ karyawan. Penekanan utama teori ini adalah bagaimana karyawan peduli peningkatan mutu. Taktik yang ada dalam teori ini yaitu atasan dianggap sebagai orang yang ditakuti, karyawan bekerja jika ada yang mengawasi, mengubah data pengukuran jika perlu, karyawan harus diawasi terus menerus, jika tidak berhasil maka mengganti karyawan tersebut dengan yang lainnya.

Konsep kendali mutu/ *quality control* hampir sama dengan konsep inspeksi, upaya utamanya adalah mencegah konsumen/ pasien/ masyarakat memperoleh pelayanan yang tidak memenuhi standar yang sudah ditetapkan. **Konsep penjaminan mutu/ *quality assurance*** lebih tertuju kepada terjaminnya mutu

Universitas Indonesia

pelayanan secara berkesinambungan berdasarkan standar yang telah ditetapkan. Konsep ini menekankan pentingnya proses pelayanan harus betul sesuai standar yang ada. Upaya utamanya adalah mencegah terjadinya pelayanan kesehatan yang tidak memenuhi standar secara terus menerus dan berkesinambungan. Hal ini dapat dilakukan dengan menerapkan sistem mutu dalam pengelolaan organisasi secara baik. Sistem mutu berupaya menghasilkan produk atau jasa yang sesuai atau melebihi standar serta berfokus pada kepuasan pelanggan, baik pelanggan internal (staf) atau pelanggan eksternal.

Konsep peningkatan mutu berkelanjutan/ *continuous quality improvement*

pada dasarnya tidak berbeda jauh dengan konsep penjaminan mutu, penekanannya pada pendekatan analitik dan secara berkesinambungan melaksanakan peningkatan mutu untuk mengatasi kelemahan-kelemahan yang ada dalam pelayanan. Konsep ini menekankan penggunaan piranti statistik dalam organisasi yang digunakan dalam menganalisis hasil produksi dan meningkatkan proses layanan.

Konsep manajemen mutu terpadu/ *total quality management/ TQM*, konsep ini memadukan upaya pengembangan mutu, pemeliharaan mutu, dan peningkatan mutu dari berbagai kelompok dalam organisasi untuk menghasilkan produk yang paling ekonomis, serta terpenuhinya kepuasan konsumen. Konsep ini melibatkan seluruh jajaran organisasi dan anggota organisasi, serta lebih menekankan keterlibatan unsur manajer mulai atas sampai bawah.

2.3.4 Pengertian Penjaminan Mutu

Penjaminan mutu menurut (Pohan, 2007) adalah upaya yang sistematis dan berkesinambungan dalam memantau dan mengukur mutu serta melakukan peningkatan mutu yang diperlukan agar mutu pelayanan kesehatan senantiasa sesuai dengan standar layanan kesehatan yang disepakati. Batasan yang dikemukakan para ahli mempunyai kandungan pengertian yang sama meskipun rumusannya berbeda, intinya menekankan pada proses yang berulang dalam

menyelesaikan masalah berdasarkan kemampuan dengan dua langkah utama yaitu **pengukuran mutu** dan **peningkatan mutu**.

Langkah pengukuran mutu diawali dengan pembentukan kelompok jaminan mutu, penyusunan dan sosialisasi standar layanan kesehatan, pemilihan teknik pengukuran, pengukuran mutu layanan kesehatan dengan cara membandingkan standar layanan kesehatan dengan kenyataan yang tercapai (Pohan, 2007).

2.3.5 Alasan Pentingnya Jaminan Mutu

Lima alasan dapat dikemukakan terkait mengapa jaminan mutu menjadi hal yang penting untuk dilaksanakan (Pohan, 2007). **Pertama**, penerapan penjaminan mutu akan menjamin bahwa organisasi layanan kesehatan akan selalu menghasilkan layanan yang bermutu, artinya layanan kesehatan yang sesuai dengan harapan dan kebutuhan pasien serta mampu dibayar oleh pasien. **Alasan kedua** pentingnya penerapan penjaminan mutu akan menjadikan organisasi layanan akan semakin efisien karena semua orang yang bekerja dalam organisasi akan bekerja lebih baik dalam sistem yang terus menerus di perbaiki.

Alasan ketiga bahwa penerapan penjaminan mutu membuat organisasi layanan menjadi terhormat, terkenal, dan selalu dicari siapapun yang membutuhkan layanan kesehatan yang bermutu serta menjadi tempat kerja idaman bagi profesi layanan kesehatan yang kompeten dan berperilaku terhormat. **Keempat**, penerapan penjaminan mutu terutama akan memperhatikan keluaran/ *outcomes* sehingga setiap pelaksanaan tugas harus dilakukan dengan benar agar layanan kesehatan benar-benar bermanfaat bagi pasien. **Alasan terakhir**, penerapan pendekatan jaminan mutu akan menumbuhkan kepuasan kerja, komitmen dan peningkatan moral profesi layanan kesehatan serta akhirnya menimbulkan kepuasan pasien.

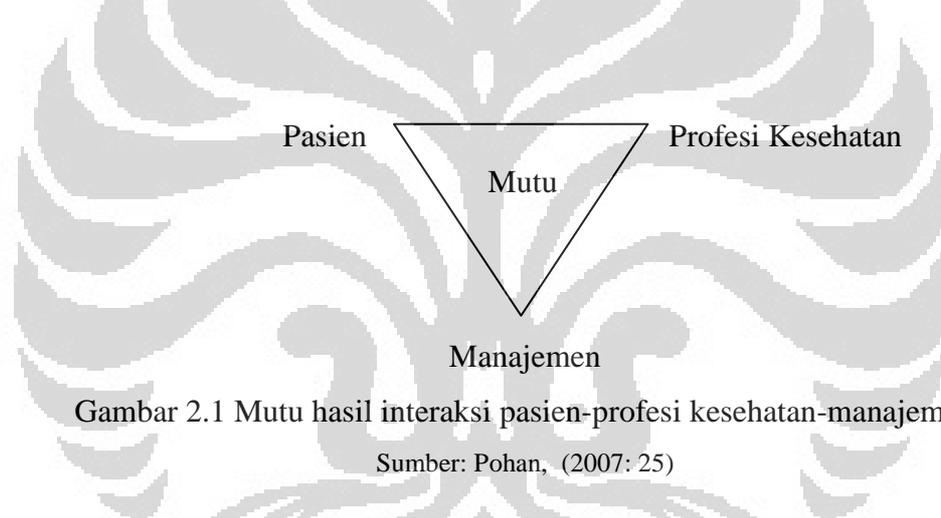
2.3.6 Pihak yang Terlibat dalam Penjaminan Mutu

Idealnya setiap orang dalam organisasi harus terlibat dan berpartisipasi dalam penjaminan mutu, karena setiap orang akan menerima keuntungan dari hal itu

Universitas Indonesia

(Assaf, 2009; Bustami, 2011; Marquis & Houston, 2012; Pohan, 2007; Swanburg, 1999). Penjaminan mutu memberi umpan balik kepada karyawan tentang mutu asuhan mereka saat ini dan bagaimana asuhan yang mereka berikan dapat diperbaiki.

Staf harus dilibatkan sepanjang proses penjaminan mutu, walaupun tidak praktis mengharapkan keterlibatan staf secara penuh, staf harus dilibatkan dalam menentukan kriteria atau standar, menilai kembali standar, mengumpulkan data atau melaporkannya. Konsumen harus secara aktif terlibat dalam penentuan mutu layanan organisasi. Namun harus diingat, bahwa mutu layanan tidak selalu sama dengan kepuasan konsumen.



Gambar 2.1 Mutu hasil interaksi pasien-profesi kesehatan-manajemen

Sumber: Pohan, (2007: 25)

Gambar 2.1 terlihat interaksi berbagai faktor yang mempengaruhi tingkat mutu layanan kesehatan yang diperoleh pasien yang dapat digambarkan sebagai segitiga sama sisi. Mutu layanan kesehatan digambarkan berada dalam segitiga, pasien/masyarakat dan profesi layanan kesehatan pada sisi segitiga, sedangkan manajemen digambarkan pada alas segitiga. Segitiga ini menggambarkan suatu kerangka interaktif yang menunjukkan bahwa mutu layanan kesehatan sebagai kepentingan dari berbagai pihak terkait, pasien, profesi layanan kesehatan, penentu kebijaksanaan dan pengambil keputusan, organisasi layanan kesehatan dan masyarakat pada umumnya.

2.3.7 Faktor Pendorong Penerapan Penjaminan Mutu

Faktor yang mendorong penjaminan mutu diterapkan antara lain faktor profesi, faktor ekonomi, dan faktor sosial/ politik (Pohan, 2007). Faktor – faktor tersebut diuraikan sebagai berikut:

Faktor profesi terdiri dari etika profesi, berkembangnya otonomi dan tanggung gugat profesi, hubungan antar profesi serta tanggung jawab moral.

Setiap profesi mempunyai etika profesi yang mengatur batas-batas yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh profesi, apabila melakukan hal yang bertentangan dengan etika profesi maka akan mendapat teguran ataupun sanksi. Jika pelanggaran merugikan orang lain maka dapat dituntut secara perdana ataupun perdata. Jaminan mutu menetapkan etika profesi sebagai sebagai suatu kerangka kerja yang lebih luas. Organisasi profesi bertanggungjawab terhadap standar pelatihan dan kualifikasi untuk melakukan praktik.

Pembangunan otonomi dan tanggung gugat profesi beberapa tahun terakhir membuat profesi kesehatan semakin bertanggungjawab dalam kegiatan yang mereka lakukan, hal ini menunjukkan komitmen yang taat azas dan tanggung gugat terhadap layanan kesehatan, seperti halnya dengan tujuan utama penjaminan mutu pelayanan.

Hubungan antar profesi dalam layanan kesehatan yang bermutu sangat diperlukan, hal ini berarti komunikasi antar profesi harus efisien dan efektif. Komunikasi semacam ini menjadi bagian integral dari jaminan mutu layanan.

Setiap orang yang bekerja dalam layanan kesehatan memiliki **tanggungjawab moral** guna menyelenggarakan layanan yang bermutu kepada setiap pasien tanpa pilih kasih. Kegiatan jaminan mutu mendorong debat terbuka tentang sifat dan luasnya layanan kesehatan yang diberikan. Oleh karena itu suatu pertimbangan moral hanya akan dilakukan setelah pengkajian secara cermat terhadap semua pilihan yang ada.

Faktor ekonomi merupakan faktor pendorong diterapkannya penjaminan mutu. Perubahan demografi khususnya penambahan jumlah penduduk membuat semakin banyak orang yang harus dipelihara kesehatannya. Di Indonesia sebagian besar layanan kesehatan berasal dari pemerintah, sementara kemampuan pemerintah terbatas, dilain pihak asuransi kesehatan juga belum berkembang, sehingga masyarakat harus mengupayakan sendiri pembiayaan layanan kesehatan. Oleh sebab itu terdapat suatu kebutuhan untuk membuat layanan kesehatan menjadi efektif dan efisien atau yang secara ekonomis dapat dipertanggungjawabkan.

Faktor sosial/ politik terdiri dari kesadaran masyarakat, peraturan perundang-undangan, akreditasi, tekanan internasional. Kesadaran masyarakat saat ini semakin meningkat. Masyarakat umumnya mendapat informasi yang lebih baik tentang layanan kesehatan dan hak mereka terhadap layanan kesehatan. Keadaan ini semakin nyata dalam era demokrasi dan otonomi. Jika mereka merasa mendapat layanan yang tidak memenuhi persyaratan yang diberikan mereka akan mengeluh atau menulis di media massa. Jaminan mutu pelayanan menjamin bahwa pendapat pasien akan dipertimbangkan dan setiap tindakan atau pengobatan yang akan dilakukan harus terlebih dahulu dikonsultasikan kepada pasien, konsultasi yang demikian ini dianggap hak moral pasien. Harapan masyarakat yang mengalami perubahan juga menjadi alasan lain mengapa jaminan mutu harus ditetapkan. Jumlah lembaga konsumen semakin banyak dan akan menginformasikan hak individu atau kelompok.

Peraturan perundang-undangan menjadi faktor pendorong diterapkannya penjaminan mutu. Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 jelas menyebutkan tentang standar layanan kesehatan. Banyak standar layanan kesehatan minimal yang telah ditetapkan dan menjadi bagian penjaminan mutu pelayanan kesehatan. Standar pelayanan minimal rumah sakit juga telah ditetapkan dan menjadi bagian pengukuran mutu pelayanan kesehatan, diantaranya (tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian, tidak adanya kejadian operasi salah sisi, tidak adanya kejadian operasi

Universitas Indonesia

salah orang, tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi, tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi, tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium, tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat) dimana standar telah ditetapkan 100 % (Peraturan No: 129/Menkes/SK/II/2008).

Akreditasi merupakan hal yang penting. Indonesia telah melakukan akreditasi terhadap mutu layanan rumah sakit terutama layanan keperawatan. Akreditasi akan mendorong pelaksanaan jaminan mutu layanan kesehatan. Akreditasi mutu layanan rumah sakit terutama layanan keperawatan khususnya terkait keselamatan pasien tertuang dalam standar akreditasi baru rumah sakit Indonesia tahun 2012 terdapat enam sasaran keselamatan pasien dengan 24 elemen penilaian menjadi salah satu hal yang dinilai. Akreditasi akan mendorong pelaksanaan penjaminan mutu keselamatan pasien.

Tekanan Internasional memaksa diterapkannya penjaminan mutu. Forum politik internasional juga mempunyai pengaruh terhadap layanan kesehatan, sebagai salah satu anggota WHO, Indonesia telah bertekad untuk melaksanakan jaminan mutu layanan kesehatan.

2.3.8 Langkah Penjaminan Mutu

Langkah-langkah yang digunakan dalam pendekatan penjaminan mutu, diantaranya menurut *The joint commission on accreditation of health care organization* yang terdiri dari 10 langkah yaitu merencanakan penjaminan mutu, set standar, mengkomunikasikan standar, memantau mutu, identifikasi masalah dan menentukan alternatif pemecahan masalah, menetapkan masalah, membentuk tim, mengkaji dan menentukan akar penyebab masalah, menentukan kegiatan untuk pemecahan masalah, melaksanakan dan menilai upaya peningkatan mutu (Bustami, 2011). Sedangkan penjaminan mutu pelayanan kesehatan menurut (Cable, 1998) terdiri dari lima langkah yaitu pemantauan, pengkajian, tindakan, evaluasi dan umpan balik.

Menurut (Pohan, 2007) untuk menyederhanakan dan memudahkan pemahamannya langkah-langkah dasar pelaksanaan penjaminan mutu layanan kesehatan dibagi menjadi dua langkah utama, yaitu **pengukuran mutu** dan **peningkatan mutu**. Langkah-langkah ini dimodifikasi dari *quality assurance cycle*/ siklus jaminan mutu.

2.3.8.1 Langkah Pengukuran Mutu

Pengukuran mutu asuhan keperawatan merupakan hal yang kompleks, dan pengumpulan data kuantitatif serta kualitatif mengharuskan penggunaan proses yang spesifik dan sistemik. Proses ini jika dilihat secara sederhana dapat dibagi menjadi **empat langkah dasar** yaitu: **pembentukan kelompok jaminan mutu, penyusunan dan sosialisai standar layanan kesehatan, pemilihan teknik pengukuran, pengukuran mutu layanan kesehatan dengan cara membandingkan standar layanan kesehatan dengan kenyataan yang tercapai**. Dibawah ini merupakan langkah langkah pengukuran mutu:

1. Pembentukan Kelompok Jaminan Mutu

Kelompok jaminan mutu merupakan sekelompok orang yang secara berkala melakukan rapat untuk membahas kegiatan jaminan mutu. Keuntungan kelompok dapat menyatukan pandangan atau pendapat yang berbeda, sedangkan kerugiannya berhubungan dengan kesulitan yang dapat terjadi dalam membuat orang bekerjasama secara efektif.

1) Besarnya Kelompok

Besar kelompok tergantung pada luas dan lingkup masalah mutu layanan yang akan ditangani. Pengalaman menunjukkan bahwa suatu kelompok dengan tujuh anggota dianggap sudah cukup memadai. Jika membahas masalah mutu yang lingkupnya kecil barangkali 3-4 orang anggota sudah cukup. Secara umum dapat dikatakan bahwa kelompok jaminan mutu layanan kesehatan yang terdiri dari 4 - 10 orang sudah dianggap sebagai suatu jumlah yang memadai.

2) Keanggotaan Kelompok

Penyusunan suatu kelompok jaminan mutu layanan kesehatan tidak berbeda dengan penyusunan kelompok kerja lainnya. Dalam mengisi keanggotaan kelompok jaminan mutu yang harus dipertimbangkan adalah memiliki informasi tentang masalah, mudah bekerjasama, pengetahuan dan keterampilan. Sebagai tambahan pertimbangan adalah mempunyai akses sumberdaya, wakil masyarakat, atau oleh kedudukan mereka.

3) Keefektifan Kelompok

Setiap orang yang bekerja dalam lingkungan layanan kesehatan pasti pernah bekerja dalam kelompok dan pengalaman menunjukkan kelompok jaminan mutu layanan kesehatan yang telah berhasil dapat diketahui atau disimpulkan bahwa ciri kelompok yang berhasil antara lain: Bertemu secara teratur, pertemuan dapat resmi atau tidak resmi, pertemuan tidak terlalu formal dan serius didalamnya dapat dilontarkan lelucon agar santai, memiliki sikap dan nilai yang sama, menyetujui tujuan kelompok, membuat kesepakatan pembagian pekerjaan, peran dan tugas secara implisit, memiliki kemampuan diskusi yang memadai, mempunyai seseorang yang memimpin diskusi.

4) Pertemuan atau Rapat Kelompok

Melaksanakan pertemuan atau rapat kelompok jaminan mutu perlu memperhatikan hal-hal berikut: Setiap rapat sebaiknya tidak sampai 90 menit, suatu agenda rapat harus dipersiapkan terlebih dahulu, frekuensi rapat disetujui bersama, setiap anggota harus diundang, ditentukan waktu dan tempat serta pengumuman penting lainnya, tempat rapat sebaiknya tidak terlalu jauh dengan tempat kerja, pencatatan harus akurat dan lengkap antara lain harus memuat daftar peserta yang hadir, keputusan yang telah dibuat, kegiatan yang akan dilakukan (apa, siapa, bagaimana, kapan).

2. Penyusunan Standar

Standar merupakan tingkat pencapaian ideal yang diinginkan, standar memiliki karakteristik yang berbeda, ditentukan sebelumnya, disusun oleh orang yang

Universitas Indonesia

berwenang, dan dikomunikasikan serta diterima oleh orang yang dipengaruhi oleh standar itu (Bustami, 2011; Marquis & Houston, 2012; Pohan, 2007). Jika suatu standar yang sudah ditetapkan tercapai dengan baik, maka standar harus ditingkatkan dan begitu seterusnya sehingga tercapai kondisi ideal. Penyusunan standar terkait keselamatan pasien dapat mengacu kepada Peraturan No: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang standar minimal pelayanan rumah sakit.

Pernyataan suatu standar yang ideal harus memenuhi unsur A (*audience*) yaitu subyek yang harus melakukan sesuatu atau pihak yang harus melaksanakan dan mencapai isi standar, B (*behaviour*) yaitu apa yang harus dilakukan/ diukur/ dicapai/ dibuktikan, C (*competence*) yaitu kompetensi/ kemampuan/ spesifikasi/ target/ atau kriteria yang harus dicapai, D (*degree*) yang berarti tingkat/ frekuensi atau waktu yang dibutuhkan (Bustami, 2011). Contoh: Semua perawat di ruang Cattleya (A) akhir tahun 2012 (D) melakukan identifikasi menggunakan dua identitas pasien (B) 100% dari jumlah pasien (C).

Standar dibedakan atas struktur, proses dan keluaran (Assaf, 2009; Bustami, 2011; Marquis & Houston, 2012; Pohan, 2007). Adapun penjelasannya sebagai berikut:

1) Standar Struktur/ Input

Standar struktur atau masukan menentukan tingkat sumber daya yang diperlukan agar standar layanan kesehatan dapat dicapai. Contohnya personel, pasien, peralatan, bahan, gedung, pencatatan, dan keuangan, singkatnya semua sumber daya yang digunakan untuk dapat melakukan layanan kesehatan.

2) Standar Proses

Standar proses menentukan kegiatan apa yang harus dilakukan agar standar layanan kesehatan dapat dicapai. Proses akan menjelaskan apa yang dikerjakan, untuk siapa, siapa yang mengerjakan, kapan dan bagaimana standar layanan kesehatan dapat dicapai.

3) Standar Keluaran

Standar keluaran atau *outcome* atau hasil layanan kesehatan ialah ketentuan ideal yang menunjuk pada hasil langsung pelayanan. Misalnya, target pencapaian imunisasi BCG untuk bayi di Puskesmas Selangit pada tahun 2012 sebesar 90% dari jumlah populasi yang ada. Salah satu cara untuk menentukan kriteria ialah dengan menggunakan prinsip AMOUR yaitu: *Achievable, measurable, observable, understandable, reasonable* (Pohan, 2007).

Achievable mengandung maksud bahwa suatu kriteria harus dapat dicapai. Kenyataannya kita harus selalu dapat bekerja di antara keinginan dan kemampuan dalam mencapai tujuan. Suatu standar layanan yang realistis mempunyai suatu keuntungan yaitu apabila tercapai akan membuat kelompok jaminan mutu layanan kesehatan semakin bersemangat untuk melanjutkan upaya peningkatan mutu layanan kesehatan. Sebaliknya kegagalan pencapaian standar akan membuat kelompok menjadi tidak/ kurang bersemangat untuk meneruskan kegiatan peningkatan mutu layanan kesehatan.

Measurable berarti bahwa kriteria harus dapat diukur. Suatu standar layanan kesehatan mungkin dinyatakan tanpa ukuran, tetapi indikator harus menyebutkan suatu ukuran. Bagaimana cara melakukan pemeriksaannya bahwa suatu kriteria telah tercapai? Bagaimana mengevaluasi tingkat kinerja yang diamati? Bagaimana mengetahuinya bahwa suatu kriteria telah tercapai?

Observable artinya suatu kriteria harus dapat diamati, suatu kejadian yang diamati harus mampu dideteksi oleh panca indera. Jika suatu kriteria tidak dapat diamati, kita tidak dapat menentukan apakah kriteria tersebut tercapai atau tidak. Kriteria yang menggunakan istilah yang samar atau tidak jelas seperti “petugas harus memberi empati” akan menyulitkan penggunaannya. Mungkin akan lebih jelas jika petugas harus menoleh kepada pasien atau setiap hari pasien harus diberi kesempatan untuk berbicara dengan petugas.

Understandable, artinya setiap kriteria harus dimengerti oleh siapa yang akan menggunakannya, terminologi yang tidak jelas harus dihindarkan. Misalnya jumlah petugas kesehatan yang “memadai” atau menu yang “sesuai”. Suatu indikator kinerja harus jelas, spesifik. Indikator yang menggunakan kata baik, buruk akan menyulitkan penggunaannya.

Reasonable, suatu kriteria harus layak atau masuk akal. Penting diperhatikan bahwa profesi layanan kesehatan yang tidak terlibat dalam penyusunan standar layanan kesehatan pasti memiliki “standar pribadi”, tentunya bukan standar layanan kesehatan yang resmi. Oleh sebab itu kelompok perlu melakukan konsultasi dengan para teman sejawat ataupun manajemen yang tidak terlibat dalam penyusunan standar layanan kesehatan dan kriteria untuk meminta tanggapan.

Setelah standar layanan kesehatan dan kriteria ditetapkan, langkah berikutnya ialah **melakukan sosialisasi standar** agar dapat diterima oleh orang yang dipengaruhi oleh standar itu dan termotivasi untuk memenuhi standar dan yang terakhir adalah mengukur tingkat mutu layanan kesehatan dengan cara memilih teknik pengukuran yang digunakan untuk mengetahui sampai dimana suatu standar layanan kesehatan dapat dicapai.

3. Memilih Teknik Pengukuran Mutu

Setelah penyusunan standar dan kriteria selesai, selanjutnya adalah bagaimana cara pemantauannya. Mutu layanan kesehatan dapat diukur dengan tiga cara yaitu: *Prospektif, retrospektif, konkuren* (Bustami, 2011; Marquis & Houston, 2012; Pohan, 2007).

1) Pengukuran Mutu *Prospektif*

Pengukuran mutu *prospektif* adalah pengukuran terhadap mutu layanan kesehatan yang dilakukan **sebelum layanan kesehatan diselenggarakan**. Oleh sebab itu pengukurannya akan ditujukan terhadap struktur atau masukan layanan kesehatan dengan asumsi bahwa layanan kesehatan harus memiliki sumberdaya tertentu agar

Universitas Indonesia

dapat menghasilkan suatu layanan kesehatan yang bermutu, seperti: Pendidikan profesi kesehatan, perizinan, standarisasi, sertifikasi, akreditasi.

(1) Pendidikan Profesi Kesehatan

Pendidikan profesi kesehatan ditujukan agar menghasilkan profesi layanan kesehatan yang mempunyai pengetahuan, ketrampilan dan perilaku yang dapat mendukung layanan kesehatan yang bermutu.

(2) Perizinan

Perizinan merupakan salah satu mekanisme dasar untuk menjamin mutu layanan kesehatan. Profesi kesehatan harus memiliki izin kerja sesuai profesinya. Rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain akan mendapat izin operasional setelah memenuhi persyaratan tertentu dan izin harus diperbaharui dalam kurun waktu tertentu. Mekanisme perizinan belum menjamin sepenuhnya kompetensi profesi layanan kesehatan yang ada atau mutu layanan kesehatan fasilitas layanan kesehatan tersebut.

(3) Standarisasi

Dengan menerapkan standarisasi misalnya standarisasi peralatan, tenaga, gedung, organisasi dan lainnya, setiap fasilitas layanan kesehatan yang memiliki standar yang sama mutunya. Standarisasi dapat membangun klasifikasi layanan kesehatan misalnya rumah sakit umum kelas A, B, C.

(4) Sertifikasi

Sertifikasi adalah langkah selanjutnya dari perizinan. Di Indonesia perizinan dilakukan oleh Departemen kesehatan dan/ atau organisasi profesi.

(5) Akreditasi

Akreditasi adalah pengakuan bahwa institusi layanan kesehatan seperti rumah sakit telah memenuhi beberapa standar layanan kesehatan tertentu. Indonesia telah melakukan akreditasi rumah sakit umum melalui Departemen Kesehatan. Pengukuran mutu *prospektif* berfokus pada penilaian sumber daya, bukan pada

Universitas Indonesia

kinerja penyelenggaraan kesehatan, inilah salah satu kekurangan pengukuran mutu dengan cara *prospektif*.

2) Pengukuran Mutu *Retrospektif*

Pengukuran mutu *retrospektif* adalah pengukuran terhadap mutu layanan kesehatan yang dilakukan **setelah layanan kesehatan diselenggarakan**. Pengukuran ini biasanya gabungan dari beberapa kegiatan berikut: Penilaian rekam medik, wawancara, pembuatan kuesioner, penyelenggaraan pertemuan.

(1) Menilai Rekam Medik atau Audit

Pemeriksaan dan penilaian catatan medik atau catatan lain merupakan kegiatan yang disebut audit. Beberapa keuntungan dari audit: pencatatan telah tersedia, audit akan mendorong untuk melakukan pencatatan yang baik dan akurat. Kekurangan audit pencatatan yang tidak lengkap dan tidak akurat akan menimbulkan pengukuran yang tidak akurat, jika waktu terlalu banyak digunakan untuk pencatatan maka waktu untuk pasien akan berkurang.

(2) Wawancara

Wawancara dilakukan dengan pasien dan/ atau keluarga/ teman/ petugas kesehatan. Bergantung pada kriteria yang akan dipakai. Wawancara dapat terstruktur atau tidak terstruktur. Wawancara terstruktur terdiri dari pertanyaan yang sudah memiliki jawaban sedangkan tidak terstruktur maka pewawancara akan mempunyai peran yang besar karena pewawancara harus mengerti dengan jelas apa yang ingin diketahui.

Keuntungan wawancara antara lain pertanyaan akan lebih jelas dan dimengerti sehingga jawabannya pun jelas. Wawancara dapat memastikan bahwa pasien yang akan memberikan informasi. Pasien akan merasa terlibat dalam layanan kesehatan. Pasien mempunyai kesempatan untuk melontarkan persoalan yang terlupakan dalam menyusun wawancara. Dalam wawancara yang tidak terstruktur pewawancara dapat melakukan penelitian yang mendalam terhadap sikap dan pendapat pasien dan dapat menanggapi apa yang tersirat (bukan yang dikatakan

Universitas Indonesia

oleh pasien). Kekurangan wawancara antara lain: Pasien merasa sulit memberikan tanggapan negatif, wawancara membutuhkan waktu sehingga menyebabkan biaya menjadi mahal, pewawancara secara tidak sadar dapat dipengaruhi jawaban pasien.

(3) Pembuatan Kuesioner

Kuesioner yang disusun akan dibagikan kepada pasien/ keluarga/ teman/ petugas kesehatan. Kuesioner tidak selalu sesuai dengan keadaan atau kelompok pasien. Disamping itu banyak pertanyaan yang bias dan salah arah. Untuk mengatasi persoalan tersebut kuesioner harus diujicobakan sebelum digunakan secara luas.

(4) Penyelenggaraan Pertemuan

Pertemuan diadakan diantara pasien dan petugas kesehatan terkait. Pertemuan dan diskusi yang dilakukan antarprofesi dapat pula dihadiri oleh pasien, keluarga dan lainnya karena diskusi akan menghasilkan suatu informasi yang bermanfaat terhadap pencapaian kriteria. Pertemuan yang membahas mutu layanan kesehatan berbeda dengan pertemuan untuk pembahasan kasus atau konferensi kasus.

3) Pengukuran Mutu *Konkuren*

Pengukuran mutu *konkuren* adalah pengukuran terhadap mutu layanan kesehatan yang dilakukan **selama layanan diberikan atau diselenggarakan**. Pengukuran ini dilakukan melalui pengukuran langsung dan kadang kadang perlu dilengkapi dengan peninjauan pada rekan medik, wawancara dengan pasien/ keluarga/ petugas kesehatan. Pengamatan langsung dapat menghindarkan berbagai kesulitan yang berhubungan dengan rekonstruksi kejadian hasil pemeriksaan pencatatan *retrospektif* dan dari jawaban wawancara atau kuesioner. Pengamatan langsung mungkin merupakan satu satunya cara untuk melihat rincian penyelenggaraan kesehatan.

2.3.8.2 Langkah Peningkatan Mutu

Hasil pengukuran mutu tidak memenuhi standar layanan yang disepakati, maka dilakukan peningkatan mutu agar mutu layanan sesuai dengan standar yang telah

Universitas Indonesia

ditetapkan. Dengan demikian untuk meningkatkan mutu diperlukan langkah-langkah sebagai berikut: Penentuan sebab terjadinya kesenjangan antara kenyataan dengan standar, menyusun rencana tindakan untuk mengatasi kesenjangan yang ada, pemilihan rencana kegiatan yang terbaik.

1. Penentuan Penyebab Kesenjangan

Apabila pengukuran mutu telah dilakukan maka langkah selanjutnya adalah persiapan untuk peningkatan mutu, yang merupakan bagian penting dalam penjaminan mutu. Harus disadari sangat sulit membuat standar yang benar-benar sempurna, oleh sebab itu hasil pengukuran harus dipertimbangkan dengan hati-hati sebelum membuat keputusan. Apabila timbul keraguan terkait hasil pengukuran sebaiknya dilakukan pengukuran ulang. Dalam melakukan pengukuran layanan keehatan kelompok jaminan mutu layanan akan menghadapi dua kemungkinan. Kemungkinan pertama hasil pengukuran memenuhi atau melebihi standar yang ditetapkan; Kedua, hasil pengukuran kurang atau tidak memenuhi standar layanan yang ditetapkan.

Hasil pengukuran yang memenuhi atau melebihi standar harus diberi penghargaan atau pujian karena dapat meningkatkan motivasi petugas untuk lebih baik lagi. Selanjutnya kelompok jaminan mutu mengumpulkan informasi pendukung untuk upaya peningkatan mutu berkesinambungan misalnya: Apakah pelaksanaan layanan yang memenuhi standar terjadi terus menerus? Jika demikian maka standar harus diubah. Apakah pengukuran tingkat kepatuhan lebih tinggi dari sebelumnya? Jika demikian timbul pertanyaan apakah perubahan tersebut sebagai akibat perubahan prosedur atau sumber daya yang telah dijalankan. Mungkin hal tersebut mempunyai hubungan dengan aspek lain dari layanan, dapat menimbulkan keuntungan atau kerugian.

Hasil pengukuran yang kurang atau tidak memenuhi standar, menunjukkan bahwa telah terjadi kesenjangan antara standar dengan kenyataan. Kesenjangan yang terjadi harus dijadikan pendorong untuk melaksanakan koreksi, sayangnya upaya untuk melakukan perubahan ini sering dianggap sebagai hukuman, padahal hasil

Universitas Indonesia

pengukuran harus dijadikan umpan balik yang membangun dan bermaksud baik. Oleh karena itu penyampaiannya harus dilakukan dengan cara tertentu misalnya disampaikan secara khusus, mulai dari hal-hal positif, secara rahasia.

Penyampaian secara khusus dilakukan dengan menanyakan bagian yang membingungkan atau tidak dimengerti dari standar tersebut. Kemudian semua orang yang terlibat membuat kesepakatan sehingga mereka mempunyai pengertian yang sama. Penyampaian hasil pengukuran dimulai dengan mengemukakan butir-butir yang positif dulu bukan suatu kritik atau menyalahkan. Namun apabila ditemukan perorangan atau kelompok yang mempengaruhi tingkat kepatuhan terhadap standar yang rendah maka, informasi dibatasi kepada mereka yang terkait saja. Tidak ada hasil yang dapat dicapai jika hanya mencari “kambing hitam”.

Setelah menyampaikan hasil pengukuran, langkah selanjutnya adalah menentukan kemungkinan penyebab kesenjangan. Untuk dapat mengetahui apa yang menjadi penyebab kesenjangan maka pertanyaan berikut perlu dijawab:

- 1) Apakah layanan kesehatan yang diselenggarakan secara konsisten berada dibawah standar pelayanan kesehatan dari penilaian sebelumnya, mengapa?
- 2) Apakah tingkat kepatuhan terhadap standar layanan kesehatan lebih rendah daripada penilaian sebelumnya? mengapa?

Salah satu teknik yang dapat dilakukan untuk menimbulkan gagasan adalah curah pendapat/ *brainstorming*. Curah pendapat agar efektif beranggotakan 5-12 orang. Salah satu anggota ditunjuk menjadi pemimpin. Pemimpin sidang harus dapat membantu mewujudkan kesepakatan terhadap usulan yang paling layak. Pada akhir langkah ini kelompok jaminan mutu akan mempunyai suatu daftar kemungkinan pernyataan penyebab kesenjangan. Selanjutnya kelompok harus dapat memilih salah satu penyebab yang paling mungkin. Berdasarkan penyebab yang dipilih kemudian mulai menyusun rencana kegiatan.

2. Penyusunan Rencana Kegiatan

Penyebab masalah terpilih menjadi tahap awal penyusunan rencana tindakan untuk meningkatkan mutu. Tujuan rencana tindakan adalah memenuhi standar layanan kesehatan. Sidang curah pendapat berikutnya perlu dilakukan untuk menentukan rencana kegiatan yang paling mungkin dilakukan untuk memecahkan masalah. Kemudian dari semua rencana tindakan dipilih sesuai syarat diantaranya: Realistis, rencana kegiatan yang dipilih harus mampu dilaksanakan dengan sumber daya yang ada dan dalam waktu yang layak, disetujui perorangan atau kelompok yang terpengaruh perubahan, serta disetujui manajemen operasional layanan.

Beberapa pertanyaan harus dijawab sebelum memilih suatu rencana kegiatan diantaranya:

- 1) Apakah rencana kegiatan realistis terhadap sumber daya yang ada?
- 2) Apakah masalah dapat dipecahkan dalam waktu yang tidak terlalu lama?
- 3) Apakah rencana kegiatan dapat diterima oleh profesi layanan kesehatan?
- 4) Apakah mendapat persetujuan dari manajemen operasional?
- 5) Apakah sejalan dengan kebijakan dan petunjuk organisasi layanan kesehatan yang ada?
- 6) Apakah rencana kegiatan tepat dan sesuai sehingga dapat dilaksanakan oleh petugas kesehatan yang ada dengan penuh semangat?
- 7) Siapa yang terkena dan apa pengaruh atau akibat dari pelaksanaan rencana kegiatan tersebut?
- 8) Apakah hasil rencana kegiatan dapat diukur? Apakah kriteria yang pernah digunakan masih dapat dipakai?
- 9) Apakah biaya pelaksanaannya mahal dibanding dengan hasil yang seharusnya dicapai?

Suatu rencana kegiatan baru akan terpilih jika disetujui oleh:

- 1) Setiap orang yang terpengaruh langsung oleh perubahan.
- 2) Manajemen organisasi layanan kesehatan.
- 3) Kelompok jaminan mutu layanan kesehatan.

Universitas Indonesia

Suatu rencana kegiatan terpilih harus memuat:

- 1) Jadwal kerja yang jelas.
- 2) Waktu yang diperlukan untuk menentukan setiap langkah.
- 3) Pihak penanggungjawab setiap langkah kegiatan.
- 4) Tanggal pelaporan kemajuan pelaksanaan.
- 5) Tanggal penyelesaian.
- 6) Tanggal penilaian kembali standar layanan kesehatan.
- 7) Tanggal mengulas balik standar layanan kesehatan.

Langkah berikutnya adalah pelaksanaan rencana kegiatan.

3. Pelaksanaan Rencana Kegiatan

Kelompok jaminan mutu harus mempersiapkan mereka yang terlibat dalam perubahan agar mereka mau berubah karena perubahan adalah upaya yang sulit. Harus ditekankan bahwa tujuan perubahan adalah meningkatkan mutu layanan yang akan diberikan kepada pasien dan bukan agar terjadi perubahan saja. Komunikasi merupakan kunci penting untuk terjadi perubahan. Penyebarluasan rencana kegiatan belum cukup menjamin rencana kegiatan tersebut akan terlaksana.

Dalam tahap pelaksanaan harus ada orang yang diberi tanggungjawab untuk memastikan terjadinya kemajuan pelaksanaan, orang tersebut sebagai koordinator kegiatan. Koordinator dapat salah satu yang sudah senior atau orang yang masih muda dalam organisasi, bergantung pada perubahan apa yang akan dilakukan. Untuk menentukan suatu keberhasilan suatu rencana kegiatan secara resmi, penilaian kembali standar layanan kesehatan merupakan suatu keharusan dengan melakukan pengukuran ulang standar layanan dan ulas balik layanan kesehatan.

2.4 Kepemimpinan Berwawasan Mutu

2.4.1 Pengertian Kepemimpinan Berwawasan Mutu

Kepemimpinan adalah kemampuan seseorang untuk mempengaruhi dan menggerakkan orang lain agar mereka mau berbuat dan berperilaku sebagaimana yang diharapkan untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Pusdiklat Kesehatan

Universitas Indonesia

Depkes RI, 1999 dalam Bustami 2011). Kepemimpinan merupakan kemampuan untuk memandu atau mempengaruhi orang lain agar bekerja keras mencapai tujuan (Cherry & Jacob, 2011).

Kepemimpinan berwawasan mutu adalah kemampuan untuk membangkitkan dan menggerakkan semangat orang lain agar mereka memiliki komitmen dan tanggung jawab menyeluruh terhadap setiap upaya mencapai tujuan organisasi yang berorientasi pada peningkatan mutu secara terus menerus. Berdasarkan batasan diatas dapat dikemukakan bahwa kepemimpinan adalah “bagaimana mendapatkan sesuatu yang sudah ditetapkan dalam organisasi dengan memanfaatkan orang lain”. Terkait dengan penjaminan mutu pelayanan kesehatan, maka kepemimpinan berwawasan mutu adalah kemampuan seorang pemimpin menggunakan pendekatan dalam menumbuhkan berbagai perubahan dan menetapkan arah perubahan tersebut dengan menggunakan orang lain.

Kepemimpinan berwawasan mutu menganut filosofi bahwa perbaikan metode dan proses kerja secara terus menerus akan memperbaiki mutu pelayanan, daya saing, dan produktivitas. Hal ini terkait erat dengan fungsi kepemimpinan dalam tim.

2.4.2 Fungsi Utama Pemimpin Dalam Penjaminan Mutu

Fungsi utama dari setiap pemimpin dalam penjaminan mutu adalah membina kelangsungan tim serta mengembangkannya. Fungsi lainnya adalah: Fasilitator dan motivator dalam tim, koordinator tim, mengarahkan tim pada tujuan, mengatasi konflik dan masalah yang timbul, memimpin pertemuan-pertemuan tim, menyuarakan tim terhadap pemegang program (Bustami, 2011).

2.4.3 Perilaku Kepemimpinan Berwawasan Mutu

Perilaku kepemimpinan dalam penjaminan mutu dapat saja berbeda beda tergantung pada orang yang memimpin. Secara umum menurut Bustami, (2011), ada dua kecenderungan perilaku pemimpin. Yaitu perilaku yang cenderung mementingkan hasil dan perilaku yang cenderung mementingkan staf. Adanya

Universitas Indonesia

kecenderungan tersebut pada kenyataannya tidak terlepas dari fungsi dan gaya kepemimpinan yaitu berorientasi pada tujuan yang menggambarkan seberapa jauh seorang pemimpin menguraikan kewajiban dan tanggungjawab dari seseorang atau sekelompok pengikut dan berorientasi pada pemeliharaan kelompok. Kepemimpinan mutu terkait erat dengan kepemimpinan situasional yang notabene harus memperhatikan tingkat kematangan anggota tim (tingkat kemampuan dan kemauan seseorang untuk bertanggungjawab dalam mengarahkan perilakunya sendiri).

Tingkat kemampuan dan kemauan seseorang menurut model kepemimpinan (Pusdiklat kesehatan Depkes RI, 1999 dalam Bustami, 2009) dapat dikategorikan dalam empat tingkat. Setiap tingkat perkembangan dan kematangan memperlihatkan kombinasi kemampuan dan kemauan yang berbeda. Untuk bawahan yang rendah kematangannya, tidak mampu dan tidak mau memiliki tanggungjawab untuk melakukan sesuatu (M1), maka yang cocok untuk mereka adalah instruksi. Seseorang pemimpin yang memiliki wawasan mutu dalam hal ini hendaknya memberikan pengarahan yang jelas dan spesifik.

Bawahan yang tingkat kematangannya sedang, tidak mampu (kurang memiliki ketrampilan) tetapi mempunyai keyakinan dan keinginan kuat untuk tanggungjawab (M2), maka dalam hal ini tugas pemimpin adalah memberikan pengarahan untuk meningkatkan kompetensinya dan dukungan untuk memperkuat kemauannya (konsultasi).

Bawahan yang mempunyai kematangan dari sedang ke tinggi, bawahan memiliki kemampuan tetapi tidak mempunyai keinginan untuk melaksanakan suatu tugas karena kurang yakin atau kehilangan motivasi tertentu (M3), maka dalam hal ini pimpinan harus membangkitkan motivasi dan mengajak bawahan untuk ikut serta (partisipasi).

Bawahan yang memiliki tingkat kematangan yang tinggi, kemampuan baik dan mau memikul tanggungjawab secara penuh (M4), maka mereka dapat dilepas

Universitas Indonesia

untuk menyelesaikan tugas sendiri dan memutuskan tentang apa, bagaimana, kapan, dan dimana melakukan tindakan. Terhadap mereka tidak perlu banyak dilakukan komunikasi dua arah, cukup dengan memberikan pendelegasian tugas secara baik-baik.

Berdasarkan tingkat kematangan bawahan tersebut, dapat dikemukakan bahwa gaya kepemimpinan dalam penjaminan mutu harus disesuaikan. Jadi tidak ada kepemimpinan tertentu yang dapat diperlakukan untuk semua kematangan bawahan. Dalam penjaminan mutu kepemimpinan tidaklah berfokus pada satu orang saja, tetapi kepemimpinan yang dimaksud adalah kepemimpinan kolektif atau partisipatif yang memberikan peluang atau kesempatan yang sama kepada setiap anggota tim untuk mampu menerapkan fungsi kepemimpinan dalam timnya.

2.4.4 Peran Kepemimpinan dan Fungsi Manajemen terkait dengan Kendali Mutu

Menurut Marquis & Houston, (2012) peran kepemimpinan dan fungsi manajemen terkait dengan kendali mutu diantaranya:

2.4.4.1 Peran Kepemimpinan

1. Mendorong bawahan untuk secara aktif terlibat dalam proses kendali mutu.
2. Mengkomunikasikan dengan jelas kepada bawahan mengenai standar yang diharapkan.
3. Mendorong penetapan standar tinggi untuk memaksimalkan kualitas, bukan menetapkan standar keamanan minimal.
4. Mengimplementasikan kendali mutu secara proaktif, bukan secara reaktif.
5. Menggunakan kendali sebagai metode untuk menentukan mengapa tujuan tidak terpenuhi.
6. Aktif secara politik dalam mengkomunikasikan temuan kendali mutu dan implikasinya kepada tenaga kesehatan lain dan konsumen.
7. Bertindak sebagai model peran bagi bawahan dalam menerima tanggung jawab dan tanggung gugat untuk tindakan keperawatan.

8. Membedakan antara standar klinis dan standar penggunaan sumber, memastikan bahwa pasien mendapatkan tingkat mutu asuhan yang secara minimal dapat diterima.
9. Mendukung secara aktif berpartisipasi dalam upaya penelitian untuk mengidentifikasi dan mengukur kriteria hasil pasien yang “*sensitive-perawat*”.

2.4.4.2 Fungsi Manajemen

1. Bersama personel lain dalam organisasi, membuat standar asuhan yang dapat diukur dan mudah dipahami serta menentukan metode yang paling tepat untuk mengukur jika standar itu telah terpenuhi.
2. Memilih dan menggunakan proses, kriteria hasil, audit struktur dengan tepat sebagai alat kendali mutu.
3. Mendapatkan akses ke sumber informasi yang tepat dalam mengumpulkan data untuk kendali mutu.
4. Menentukan ketidaksesuaian antara asuhan yang diberikan dengan standar diunit dan mencari informasi lebih lanjut mengapa standar tersebut tidak terpenuhi.
5. Menggunakan temuan kendali mutu sebagai ukuran kinerja dan penghargaan pekerja, membimbing, memberikan konseling, atau mendisiplinkan pegawai dengan tepat.
6. Mengikuti peraturan pemerintah, mengakreditasikan diri, dan melisensi peraturan yang mempengaruhi kendali mutu.

2.4.5 Ciri Kepemimpinan Berwawasan Mutu

Keberhasilan seorang pemimpin dalam melaksanakan penjaminan mutu ditentukan pula oleh ciri-ciri kepemimpinan yang dianut oleh seorang pemimpin. Menurut Pusdiklat Kesehatan Depkes RI, (1999) dalam Bustami (2011) mengemukakan bahwa ciri-ciri kepemimpinan berwawasan mutu adalah sebagai berikut: **Sebagai contoh** artinya seorang pemimpin dapat dijadikan contoh atau model bagi stafnya, dalam perilaku kerja seorang pemimpin selalu mencerminkan prinsip mutu. **Memiliki kompetensi menyelesaikan masalah (*problem solving*)** artinya seorang pemimpin menguasai berbagai perangkat pemecahan masalah

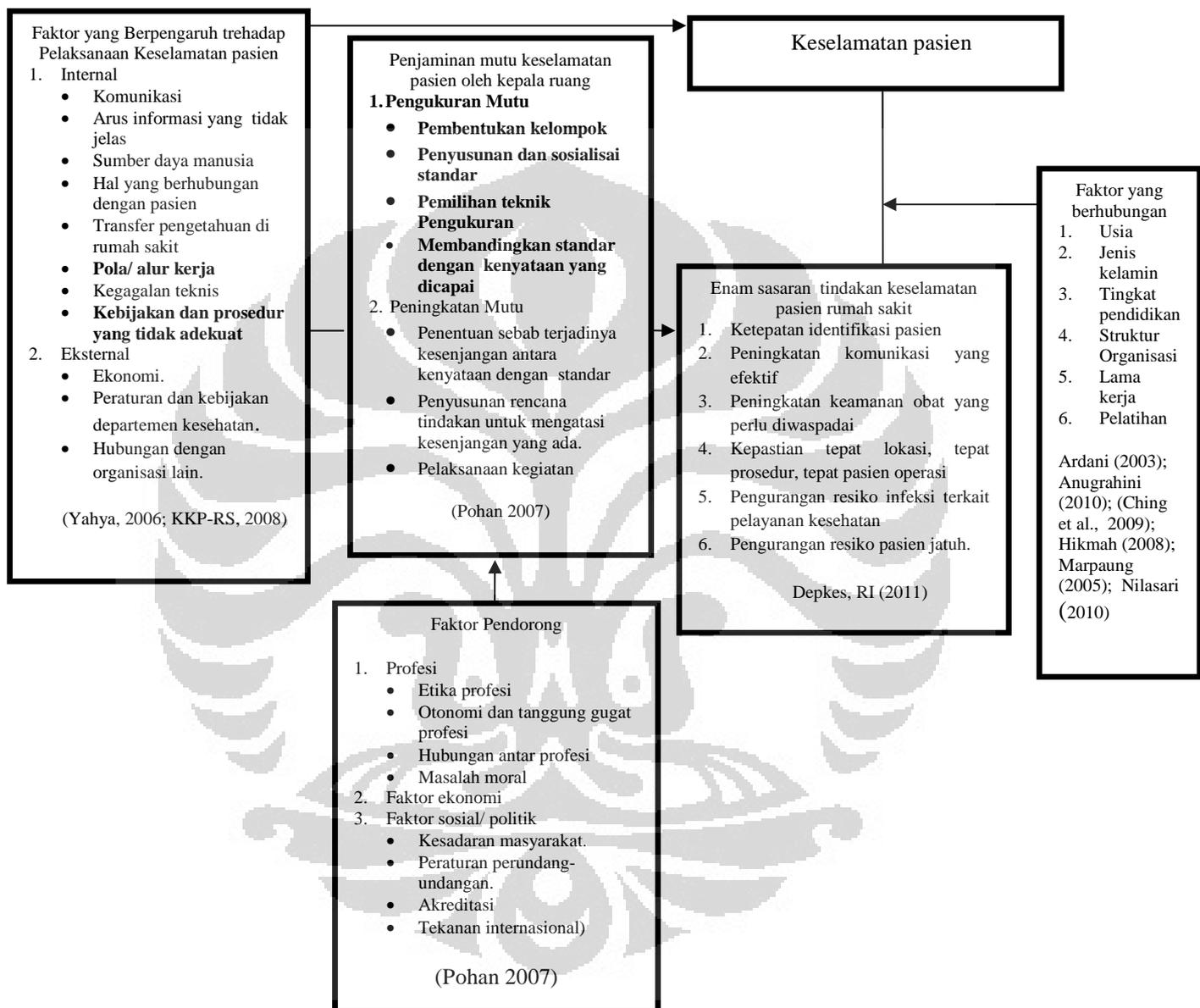
Universitas Indonesia

dalam penjaminan mutu dan dapat menerapkannya dengan baik. **Memiliki tujuan**, maksudnya seorang pemimpin harus mempunyai tujuan yang jelas dan tujuan tersebut ditetapkan secara bersama-sama dengan para anggota yang dipimpinya. **Menjaga perasaan** artinya seorang pemimpin selalu dapat menjaga perasaan anggota yang dipimpinya, ini dimaksudkan agar bawahan merasa senang dan mau melaksanakan tugas-tugas yang dilimpahkan kepadanya. **Toleran**, seorang pemimpin harus toleran terhadap kegagalan, artinya seorang pemimpin harus memahami bahwa upaya-upaya yang dilakukan untuk memperbaiki mutu belum tentu menghasilkan sesuatu yang diinginkan. **Profesional**, seorang pemimpin harus profesional dan memahami tanggung jawab utamanya yaitu menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi pelanggannya.

Kepemimpinan mutu menganut azas kepemimpinan *transformatif*, menurut Depkes RI, (2001) dijelaskan beberapa karakteristik kepemimpinan *transformatif*. **Ciri-ciri seorang pemimpin** yaitu: Berperan sebagai pembaharu, berani dan transparan, mempercayai dan memberdayakan anggota yang dipimpinya, konsisten memegang nilai/ norma yang ada dan selalu mengkomunikasikan nilai tersebut, mengembangkan organisasi yang selalu belajar (*learning organization*), mempunyai visi yang didukung semua anggota yang dipimpinya, mempromosikan mutu pelayanan, tangguh (*strong driver*) dan selalu proaktif untuk meningkatkan mutu pelayanan.

2.5 Kerangka Teori

Kerangka teori pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien di rumah sakit dapat dilihat pada gambar 3.1



Gambar 2.1

Skema kerangka teori pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok (Adaptasi dari Ardani (2003); Anugrahini (2010); Ching et al., (2009); Depkes RI, (2011)); Hikmah (2008); KKP-RS, (2008); Marpaung (2005); Nilasari (2010); (Pohan, 2007); Yahya, (2006).

Berdasarkan gambar 2.1 dapat dijelaskan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap keselamatan pasien menurut (Yahya, 2006; KKP-RS, 2008) dibedakan menjadi dua yaitu internal dan eksternal. Faktor internal di antaranya komunikasi, arus informasi yang tidak jelas, sumber daya manusia, hal yang berhubungan dengan pasien, transfer pengetahuan di rumah sakit, pola/ alur kerja, kegagalan teknis, kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat. Faktor eksternal di antaranya ekonomi, peraturan dan kebijakan departemen kesehatan, hubungan dengan organisasi lain. Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengatasi penyebab insiden keselamatan pasien dengan cara melakukan penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang yang diadopsi dari (Pohan 2007) yang terdiri dari pengukuran mutu (pembentukan kelompok, penyusunan standar, pemilihan teknik pengukuran) dan peningkatan mutu (penentuan sebab terjadinya kesenjangan antara kenyataan dengan standar, penyusunan rencana tindakan untuk mengatasi kesenjangan yang ada, pelaksanaan kegiatan). Menurut Pohan (2007) terdapat beberapa faktor pendorong dilaksanakannya penjaminan mutu di antaranya faktor profesi, ekonomi, faktor sosial/ politik.

Penerapan penjaminan mutu keselamatan pasien diharapkan dapat meningkatkan pelaksanaan tindakan enam sasaran keselamatan pasien rumah sakit menurut Depkes, RI (2011) yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh. Namun berdasarkan beberapa hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Ardani (2003); Anugrahini (2010); Ching et al., (2009); Hikmah (2008); Marpaung (2005); Nilasari (2010) terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di rumah sakit di antaranya usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama kerja serta pelatihan terkait keselamatan pasien yang pernah didapatkan.

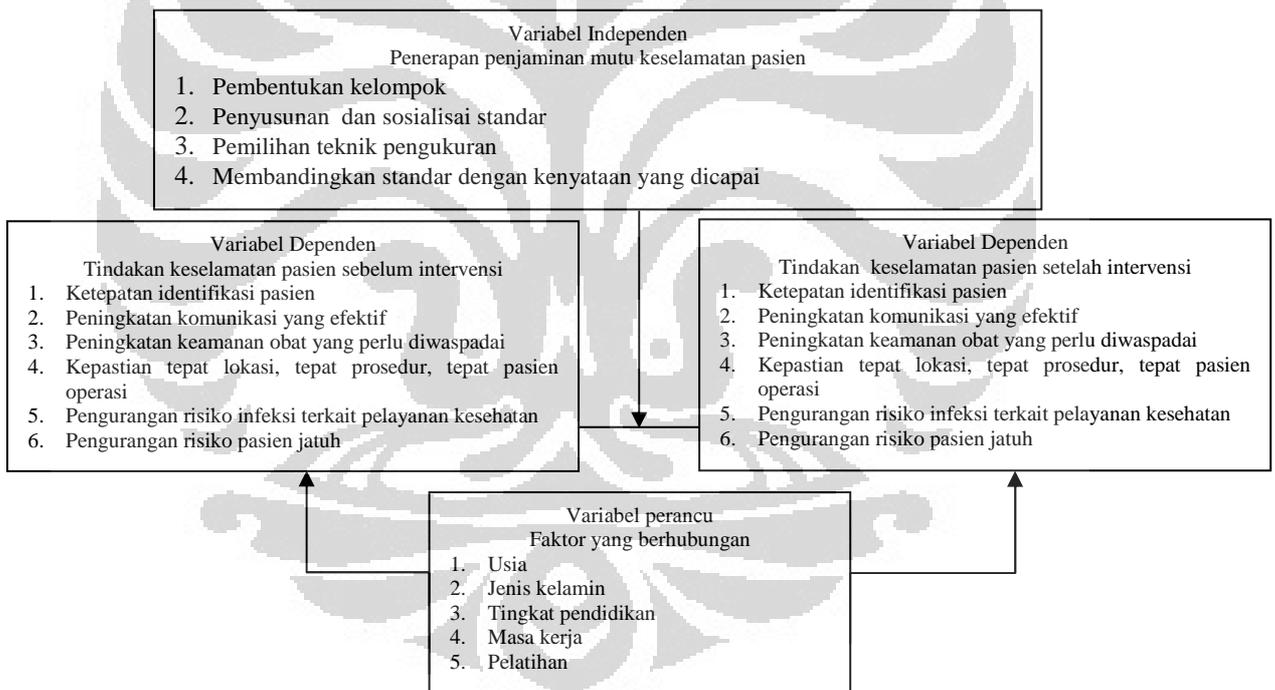
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis, definisi operasional yang digunakan dalam penelitian.

3.1 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep merupakan skema suatu penelitian tentang konsep yang diteliti, dan timbul dari kerangka teori (Polit & Beck, 2010). Kerangka konsep ini menjelaskan keterkaitan variabel dalam penelitian. Tujuan utama penelitian ini adalah mengidentifikasi pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok. Adapun kerangka konsep dapat dilihat pada gambar 3.1.



Gambar 3.1 Skema kerangka konsep penelitian di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

Gambar 3.1 menjelaskan kerangka konsep penelitian sebagai berikut: **Variabel dependennya** adalah tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana berdasarkan enam sasaran di antaranya ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, kepastian (tepat prosedur, tepat lokasi, tepat pasien), pengurangan risiko pasien jatuh. **Variabel intervensi** yang dilakukan adalah penerapan penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang di unit rawat inap namun hanya terbatas pada pembentukan kelompok, penyusunan dan sosialisasi standar, pemilihan teknik pengukuran, serta membandingkan standar dengan kenyataan yang dicapai. Hal ini dilakukan dengan pertimbangan upaya peningkatan mutu memerlukan waktu evaluasi yang relatif lebih lama. Setelah pemberian intervensi selanjutnya akan dievaluasi kembali tindakan keselamatan pasien berdasarkan enam sasaran keselamatan pasien. **Variabel *confounding*** diambil dari faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan tindakan keselamatan pasien di antaranya: Umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, pelatihan.

3.2 Hipotesis

- 3.2.1 Ada hubungan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, pelatihan dengan tindakan keselamatan pasien di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok.
- 3.2.2 Ada perbedaan penjaminan mutu keselamatan pasien pada kelompok intervensi di RS Bhakti Yudha dan kelompok kontrol di Rumah Sakit Tugu Ibu Depok.
- 3.2.3 Ada perbedaan tindakan keselamatan pasien sebelum dan sesudah penerapan penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang pada kelompok intervensi di RS Bhakti Yudha dan kelompok kontrol di Rumah Sakit Tugu Ibu Depok.
- 3.2.4 Ada pengaruh penjaminan mutu terhadap tindakan keselamatan pasien pada kelompok intervensi di RS Bhakti Yudha Depok.

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional disusun untuk memberi pemahaman yang sama terhadap variabel yang diukur dan untuk menentukan metode yang digunakan dalam analisis data.

Tabel 3.1 Definisi operasional penelitian di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat & Cara ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1. Dependen					
1)	Tindakan keselamatan pasien	Persepsi perawat dalam melaksanakan enam sasaran keselamatan pasien diantaranya ketepatan identifikasi pasien, komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian (tepat prosedur, tepat lokasi, tepat pasien), pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh	Lembar kuesioner <i>pre</i> & <i>post</i> intervensi berisi 44 pernyataan (30 positif & 14 negatif) menggunakan skala <i>Likert</i> pernyataan positif (selalu = skor 4, sering= skor 3, jarang= skor 2, tidak pernah= skor 1). Pernyataan negatif (selalu = skor 1, sering= skor 2, jarang= skor 3, tidak pernah= skor 4).	Median, Min-Mak, CI 95%	Interval
(1)	Ketepatan identifikasi pasien	Kemampuan perawat memastikan identitas pasien sebelum memberikan obat, darah, mengambil darah atau spesimen lain	Lembar kuesioner <i>pre</i> & <i>post</i> intervensi berisi 8 pernyataan (4 positif & 4 negatif) menggunakan skala <i>Likert</i>	Median, Min-Mak.	Interval
(2)	Peningkatan komunikasi yang efektif	Kemampuan perawat melakukan komunikasi efektif saat menerima instruksi, hasil pemeriksaan, operan	Lembar kuesioner <i>pre</i> & <i>post</i> intervensi berisi 7 pernyataan (5 pernyataan positif, 2 pernyataan negatif) menggunakan skala <i>Likert</i>	Median, Min-Mak.	Interval
(3)	Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai	Kemampuan perawat menjaga agar tidak terjadi kesalahan obat yang diberikan kepada pasien	Lembar kuesioner <i>pre</i> & <i>post</i> intervensi berisi 9 (4 pernyataan positif, 5 pernyataan negatif) menggunakan skala <i>Likert</i>	Median, Min-Mak.	Interval
(4)	Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	Kemampuan perawat mengurangi risiko infeksi dengan mencuci tangan, menggunakan APD	Lembar kuesioner <i>pre</i> & <i>post</i> intervensi berisi 7 (6 pernyataan positif, 1 pernyataan negatif) menggunakan skala <i>Likert</i>	Median, Min-Mak.	Interval

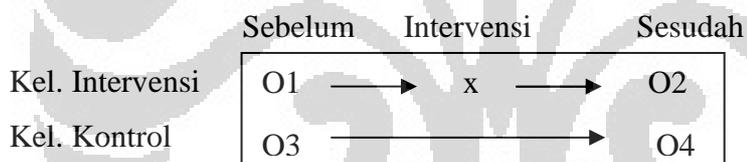
No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat & Cara ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
(5)	Kepastian tepat prosedur, tepat lokasi, tepat pasien	Kemampuan perawat dalam memastikan tepat prosedur, tepat lokasi, tepat pasien sebelum dikirim ke kamar operasi	Lembar kuesioner <i>pre</i> & <i>post</i> intervensi berisi 7 (7 pernyataan positif, 0 pernyataan negatif) menggunakan skala <i>Likert</i>	Median, Min-Mak	Interval
(6)	Pengurangan risiko pasien jatuh.	Kemampuan perawat mencegah pasien jatuh	Lembar kuesioner <i>pre</i> & <i>post</i> intervensi berisi 7 (4 pernyataan positif, 3 pernyataan negatif) menggunakan skala <i>Likert</i>	Median, Min-Mak	Interval
2. Perancu					
(1)	Umur	Usia perawat saat dilakukan penelitian dalam tahun, mulai lahir sampai ulang tahun terakhir	Kuesioner tentang usia perawat saat ini dalam tahun yang diisi oleh perawat	Mean, SD.	Rasio
(2)	Jenis kelamin	Penggolongan perawat yang terdiri dari jenis kelamin laki-laki dan perempuan	Responden melingkari salah satu <i>option</i> terkait jenis kelamin	Penggolongan 1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
(3)	Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal perawat yang pernah diikuti dan mendapatkan ijazah saat diteliti	Responden mencantumkan isian pendidikan yang telah dilalui	Pengelompokan: 1. SPK 2. Diploma 3. Sarjana	Ordinal
(4)	Masa Kerja	Lamanya perawat bekerja di ruang rawat inap	Pertanyaan tentang lama kerja yang diisi oleh perawat	Median, Min-Mak	Rasio
(5)	Pelatihan	Kegiatan yang diselenggarakan untuk memberi informasi tentang keselamatan pasien kepada perawat	Pertanyaan tentang pelatihan yang diikuti kerja yang diisi oleh perawat	Penggolongan: 1. Tidak Pernah 2. Pernah	Nominal
3. Intervensi					
	Penjaminan mutu	Persepsi perawat terhadap pelaksanaan kegiatan penjaminan mutu yang dilakukan oleh kepala ruang meliputi pembentukan kelompok, penyusunan & sosialisasi standar, pemilihan teknik pengukuran mutu, membandingkan standar dengan kenyataan.	Lembar kuesioner <i>pre</i> & <i>post</i> intervensi berisi 48 pernyataan positif menggunakan skala <i>Likert</i> pernyataan positif (selalu = skor 4, sering= skor 3, jarang= skor 2, tidak pernah= skor 1).	Median, Min-Mak, CI 95%	Interval

BAB 4 METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji *reliabilitas* dan *validitas* serta analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan eksperimen semu (*Quasi Experiment Design*): *Non Equivalent Control Group*. Penelitian ini belum merupakan eksperimen sungguhan, desain ini tidak mempunyai pembatasan yang ketat terhadap *randomisasi*/ pengelompokan anggota sampel pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol serta masih terdapat variabel luar yang ikut berpengaruh terhadap variabel dependen (Notoadmodjo, 2010). Bentuk rancangan ini sebagai berikut:



Gambar 4.1 Rancangan penelitian (*Quasi Experiment Design*): *Non Equivalent Control Group* di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

Keterangan:

O1: Tindakan keselamatan pasien sebelum intervensi di RS Bhakti Yudha Depok

O2: Tindakan keselamatan pasien setelah intervensi di RS Bhakti Yudha Depok

O3: Tindakan keselamatan pasien sebelum intervensi di RS Tugu Ibu Depok

O4: Tindakan keselamatan tanpa intervensi di RS Tugu Ibu Depok

(O2-O1): Perbedaan tindakan keselamatan pasien sebelum dan sesudah intervensi di RS Bhakti Yudha Depok

(O4-O3): Perbedaan tindakan keselamatan pasien sebelum dan tanpa intervensi di RS Tugu Ibu Depok

(O2-O1)-(O4-O3): Pengaruh penjaminan mutu terhadap tindakan keselamatan pasien sebelum dan sesudah intervensi di RS Bhakti Yudha dan Tugu Ibu Depok

X : Intervensi penjaminan mutu keselamatan pasien

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoadmodjo, 2010). Lebih lanjut Sugiyono, (2010) mengartikan populasi sebagai wilayah generalisasi yang terdiri atas: Obyek/ subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana RS Bhakti Yudha Depok di ruang rawat inap (Cattleya A 44 perawat, Cattleya B 30 perawat) sehingga jumlahnya 74 perawat dan kepala ruang rawat inap (intervensi) 2 orang. Sedangkan untuk populasi kelompok kontrol adalah perawat dan kepala ruang di ruang rawat inap RS Tugu Ibu Depok dengan jumlah populasi 80 perawat dan 4 kepala ruang. Peneliti memilih RS Tugu Ibu karena memiliki karakteristik yang hampir sama di antaranya tipe rumah sakit, memiliki komite keselamatan pasien sejak 2007 serta sedang berupaya meningkatkan mutu keselamatan pasien.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan sebagian dari populasi (Notoadmodjo 2010; Sugiyono, 2010; Dharma, 2011). Sampel pada penelitian ini ada dua macam yaitu: Kepala ruang dan perawat pelaksana. Teknik pengambilan sampel pada kepala ruang dan perawat pelaksana dengan menggunakan *total sampling* (kepala ruang dan perawat pelaksana di ruang Cattleya A dan Cattleya B).

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini baik untuk kelompok intervensi maupun kelompok kontrol harus memenuhi kriteria *inklusi* dan *eksklusi*. Kriteria *inklusi* adalah: Kepala ruang dan perawat pelaksana yang bersedia menjadi responden, telah bekerja di ruangan minimal 1 tahun. Kriteria *eksklusi* adalah Kepala ruang dan perawat pelaksana yang sedang sakit/ cuti saat dilakukan pengambilan data.

Perhitungan sampel minimal berpedoman rumus jumlah sampel untuk estimasi rata-rata (Dahlan, 2010) dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{Rumus: } n_1 = n_2 = 2 \left\{ \frac{(Z\alpha + Z\beta)S}{x_1 - x_2} \right\}^2$$

Keterangan:

$n_1 = n_2$: Besar sampel yang diinginkan

$Z\alpha$: Kesalahan tipe I ditetapkan 5%, hipotesis dua arah sehingga $Z\alpha$; 1.96

$Z\beta$: Kesalahan tipe II ditetapkan 20%, $Z\beta$; 0.84

$x_1 - x_2$: Selisih minimal yang dianggap bermakna ditetapkan ; 1

S : Standar deviasi penelitian sebelumnya (Nilasari, 2010; 1.775)

Berdasarkan rumus tersebut maka :

$$n_1 = n_2 = 2 \left\{ \frac{(1.96 + 0.84) 1.775}{1} \right\}^2$$

$$n_1 = n_2 = 49,4 \text{ dibulatkan } 50$$

Berdasarkan perhitungan di atas maka besar sampel minimal untuk tiap kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam penelitian ini adalah 50 perawat. Peneliti menambahkan 10% dari perkiraan besar sampel, untuk menghindari responden yang mengundurkan diri selama penelitian sehingga besar sampel minimal menjadi 55 responden untuk tiap kelompok sebagai estimasi sampel untuk generalisasi. Penelitian ini menggunakan 60 sampel yang memenuhi kriteria *inklusi* dan *eksklusi* di RS Bhakti Yudha (ruang Cattleya A 30 perawat, Cattleya B 30 perawat) sedangkan di RS Tugu Ibu 60 perawat (ruang Wijaya Kusuma 13 perawat, Melati 19 perawat, kelas I 14 perawat, kelas II 14 perawat).

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang rawat inap RS Bhakti Yudha Depok untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol di ruang rawat inap RS Tugu Ibu Depok. Penelitian dilakukan pada 20 April- 30 Mei 2012 (jadual lengkap pada lampiran 7).

Tabel 4.1 Waktu penelitian di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

Sebelum	Intervensi	Sesudah
Pengambilan data awal Kelompok intervensi (20-25 April 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Desiminasi (26 April 2012) • Pembentukan kelompok, menyusun dan sosialisasi standar (27 April-6 Mei 2012) • Pengukuran (7-23 Mei 2012) 	Pengambilan data akhir Kelompok intervensi 24 Mei-30 Mei 2012
Pengambilan data awal Kelompok kontrol (20-25 April 2012)	-	Pengambilan data akhir Kelompok kontrol 24 Mei-30 Mei 2012

4.4 Etika Penelitian

Kaji etik dilakukan terlebih dahulu oleh tim uji etik, sebelum dilaksanakan penelitian dengan bukti dikeluarkannya surat keterangan lolos kaji etik pada 13 April 2012 (lampiran 1), selanjutnya baru melakukan penelitian. Pengumpulan data diawali dengan memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan penelitian, selanjutnya peneliti menjelaskan hak responden dalam penelitian sebagai pertimbangan untuk mengambil keputusan bersedia atau menolak terlibat dalam penelitian.

ANA, (2001); APA, (2002) dalam Burns & Grove, (2009) mengemukakan beberapa hak individu diantaranya: *Right to self determination, Right to privacy, Right to anonymity and confidentiality, Right to fair treatment, Right to protection from discomfort and harm.*

Right to self determination, individu secara sadar dan bebas mempunyai otonomi untuk membuat keputusan berpartisipasi atau tidak dalam penelitian. Pada penelitian ini kepala ruang sebelum diintervensi diberi penjelasan terkait tujuan, manfaat dan dampak penjaminan mutu keselamatan pasien. Penjelasan tentang tujuan penelitian juga diberikan kepada perawat pelaksana baik kelompok intervensi ataupun kelompok kontrol, penjelasan penelitian untuk kepala ruang dan perawat pelaksana terlampir pada (lampiran 3). Selanjutnya peneliti memberikan *informed consent* atau lembar persetujuan kepada kepala ruang dan perawat (lampiran 4). Lembar persetujuan diberikan agar responden mengetahui lebih jelas judul penelitian, manfaat penelitian dan dampak dari penelitian. Jika

responden bersedia diteliti maka menandatangani lembar persetujuan, namun jika menolak maka peneliti tidak memaksa.

Right to privacy, responden mempunyai hak agar dijaga kerahasiaannya. Pada penelitian ini peneliti merahasiakan data terkait karakteristik perawat pelaksana, isian data kuesioner yang mereka berikan. Sedangkan untuk kepala ruang peneliti merahasiakan hasil tindakan yang dikerjakan. Peneliti menyimpan sendiri semua data dan hanya menggunakan untuk kepentingan penelitian saja.

Right to anonymity and confidentiality, Pada penelitian ini nama responden tidak ditampilkan hanya nomor kode saja pada masing-masing lembar kuesioner. Demikian juga pada saat memasukkan data ke komputer hanya ditampilkan kode responden saja. Peneliti tidak memberikan *raw data* responden kepada siapapun, yang ditampilkan hanya simpulan data dan hasil temuan yang didapatkan.

Right to fair treatment, semua individu mempunyai hak untuk terlibat dan mendapatkan perlakuan yang sama dalam penelitian. Pada penelitian ini peneliti memberi perlakuan yang sama terhadap dua kepala ruang yang diintervensi. Kelompok kontrol telah peneliti berikan pedoman penjaminan mutu keselamatan pasien serta memberikan contoh format pengkajian risiko jatuh yang baku untuk pasien anak, dewasa, geriatri sebagai pertimbangan agar dapat digunakan dalam melakukan pengkajian risiko jatuh.

Right to protection from discomfort and harm, responden berhak mendapatkan perlindungan terhadap ketidaknyamanan atau kerugian selama terlibat dalam penelitian. Ketidaknyamanan dapat berupa ketidaknyamanan fisik, psikologi, sosial dan ekonomi. Pada penelitian ini tidak ada intervensi fisik yang diberikan, namun terkait hasil penelitian yang didapatkan baik dari kepala ruang maupun perawat pelaksana agar responden secara psikologis dan sosial merasa nyaman maka data yang di berikan kepada tempat penelitian bukan *raw data* tiap responden tapi data hasil penelitian secara keseluruhan. Responden yang diawal setuju terlibat dalam penelitian ini tidak ada yang mengundurkan diri mengikuti penelitian.

4.5 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner untuk **variabel independen** (penerapan pengukuran mutu keselamatan pasien) dan **variabel dependen** (tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana) diisi oleh perawat pelaksana, kisi- kisi kuesioner terdapat pada lampiran 6. Kuesioner terdiri dari A, B, C adapun penjelasannya sebagai berikut:

1. Kuesioner A untuk berisi data karakteristik responden (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama kerja, pelatihan yang didapat).
2. Kuesioner B berisi pertanyaan tentang penjaminan mutu keselamatan pasien. Bentuk pertanyaan yang digunakan dalam kuesioner ini adalah pertanyaan tertutup/ *closed ended*. Skala yang digunakan adalah skala *Likert* dengan empat pilihan jawaban untuk pernyataan positif (selalu = skor 4, sering= skor 3, jarang= skor 2, tidak pernah= skor 1) Jumlah pertanyaan 48 sehingga skor maksimal 192 dan skor minimal 48.
3. Kuesioner C tentang tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana yang meliputi enam sasaran ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh, kepastian (tepat prosedur, tepat lokasi, tepat pasien). Skala yang digunakan adalah skala *Likert* dengan empat pilihan jawaban untuk pernyataan positif (selalu = skor 4, sering= skor 3, jarang= skor 2, tidak pernah= skor 1); Pernyataan negatif (selalu = skor 1, sering= skor 2, jarang= skor 3, tidak pernah= skor 4). Jumlah pernyataan 44 sehingga skor maksimal 176, skor minimal 44.

4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner dapat digunakan sebagai alat ukur penelitian jika telah diuji validitas dan reliabilitas (Hastono, 2007; Notoadmodjo 2010; Sugiyono, 2010; Dharma, 2011; Dahlan, 2010). Instrumen disebut valid jika dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur, dan reliabel jika digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama, akan menghasilkan data yang sama. Kuesioner yang digunakan dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan tinjauan teori. Uji coba kuesioner pada awalnya akan dilakukan di RSUD Bunda Margonda Depok

namun karena terkendala pada lamanya proses perizinan, dengan persetujuan pembimbing akhirnya diuji coba di ruang UGD, ICU, Perinatalogi, Kebidanan di RS Bhakti Yudha Depok pada 4-19 April 2012 kepada 30 perawat yang peneliti anggap memiliki kesamaan ciri- ciri responden dengan di ruang rawat inap RS Bhakti Yudha Depok. Agar diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran yang mendekati normal maka jumlah responden untuk uji coba adalah 30 perawat.

4.6.1 Uji Validitas

Validitas merupakan indek yang mengukur alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Instrumen yang valid harus mempunyai validitas internal dan eksternal. **Validitas internal** terdiri dari *construct validity*/ validitas konstruksi disusun berdasarkan teori yang relevan, dimana uji validitasnya dengan konsultasi ahli dan *content validity*/ validitas isi disusun berdasarkan rancangan program yang telah ada, uji validitasnya dengan membandingkan program yang ada dan konsultasi ahli (Sugiyono, 2010).

Validitas eksternal disusun berdasarkan fakta-fakta empiris yang telah terbukti, uji validitasnya dibandingkan dengan standar yang telah ada dilanjutkan dengan analisis faktor. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang kita susun mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji kolerasi antara skors (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan skors total kuesioner tersebut. Selanjutnya menghitung kolerasi antara skors masing-masing pertanyaan dengan skors total. Bila korelasi tiap faktor tersebut positif dan besarnya 0.3 ke atas maka faktor tersebut merupakan *construct* yang kuat (Sugiono, 2010).

Hasil validitas uji coba kuesioner untuk variabel penjaminan mutu keselamatan pasien dari 50 soal terdapat 2 soal yang nilainya lebih rendah dari 0.3 sedangkan variabel tindakan keselamatan pasien dari 50 soal terdapat 6 soal yang nilainya lebih rendah dari 0.3 dan dinyatakan tidak valid. Langkah selanjutnya dilakukan analisis lagi dengan mengeluarkan pernyataan yang tidak valid sehingga semua soal yang tersisa mempunyai nilai validitas (0.3-0.9), jumlah soal yang valid

untuk variabel penjaminan mutu keselamatan pasien 48 soal dan variabel tindakan keselamatan pasien 44 soal sehingga jumlah seluruhnya ada 92 soal.

Uji validitas dilakukan lagi oleh peneliti setelah pengambilan data di RS Bhakti Yudha (kelompok intervensi) dan RS Tugu Ibu Depok (kelompok kontrol). Hal ini dilakukan untuk melihat tingkat validitas data karena hanya data yang valid saja yang akan sertakan dalam pengolahan data. Hasil uji validitas data penjaminan mutu dan tindakan keselamatan pasien sebagai berikut: Kelompok intervensi (sebelum intervensi 0.4-0.7; setelah intervensi 0.4-0.7), pada kelompok kontrol (sebelum intervensi 0.3-0.7; sesudah intervensi 0.3-0.7). Berdasarkan hal tersebut maka semua data hasil penelitian pada kelompok intervensi dan kontrol digunakan dalam pengolahan data karena memiliki nilai diatas r tabel/valid.

4.6.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas menggunakan estimasi berdasarkan konsep varians/ variasi nilai antara sampel dengan nilai koefisien 0.00-1.00. Uji reliabilitas instrumen dilakukan dengan menggunakan koefisien *Alpha Cronbach* yaitu dengan membandingkan r *Alpha* dengan r tabel. Jika r *Alpha* lebih besar dari r tabel maka dikatakan bahwa pertanyaan tersebut reliabel dan sebaliknya (Hastono, 2007). Nilai koefisien *Alpha Cronbach* pernyataan variabel penjaminan mutu keselamatan pasien adalah 0.976, nilai koefisien *Alpha Cronbach* untuk pernyataan variabel tindakan keselamatan pasien adalah 0.923 sedangkan r tabel untuk n= 60 adalah (0.361).

Uji reliabilitas juga dilakukan setelah pengambilan data di RS Bhakti Yudha (kelompok intervensi) dan RS Tugu Ibu Depok (kelompok kontrol) dengan n= 60, $\alpha = 0.05$, r tabel= 0.250, hal ini dilakukan oleh peneliti untuk mengetahui tingkat reliabilitas data penelitian. Hasil reliabilitas data penjaminan mutu dan tindakan keselamatan pasien sebagai berikut: (sebelum intervensi 0.712; setelah intervensi 0.757), pada kelompok kontrol (sebelum intervensi 0.709; sesudah intervensi 0.722).

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini didahului dengan mengajukan proposal penelitian kepada komisi etik/ kaji etik FIK UI, selanjutnya dilakukan hal-hal sebagai berikut:

4.7.1 Persiapan

Kegiatan persiapan diawali dengan mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada direktur RS Bhakti Yudha Depok, direktur RS Tugu Ibu Depok. Setelah uji coba kuesioner selesai, maka dilakukan koordinasi dengan bidang keperawatan dan bidang Diklat di RS Bhakti Yudha dan Tugu Ibu Depok untuk membahas teknis penelitian terkait populasi, dan teknik sampling.

4.7.2 Sebelum intervensi

Pengambilan data awal menggunakan kuesioner yang telah diujicobakan sebelum intervensi dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang memenuhi kriteria *inklusi* dan *eksklusi* pada 20-25 April 2012.

4.7.3 Intervensi

Kegiatan intervensi diawali dengan melaksanakan sosialisasi/ desiminasi kepada kepala ruang di kelompok intervensi tentang penjaminan mutu keselamatan pasien pada 26 April 2012. Pembentukan kelompok, menyusun dan sosialisasi standar dilaksanakan pada 27 April-6 Mei 2012, selanjutnya pengukuran mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang dan/ atau kelompok yang terbentuk pada 7-23 Mei 2012.

4.7.4 Sesudah Intervensi

Peneliti mengambil data akhir tindakan keselamatan pasien di kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada 24-30 Mei 2012. Alat ukur yang digunakan sama dengan yang digunakan sebelum intervensi.

4.8 Pengolahan dan Analisis data

Pengolahan dan analisis data dilakukan pada 31 Mei- 4 Juni 2012 dan merupakan tahap yang harus dilakukan setelah mengumpulkan data agar data menjadi bermakna.

4.8.1 Pengolahan Data

Proses pengolahan data menurut (Hastono, 2007; Notoadmodjo 2010; Sugiyono, 2010; Dharma, 2011; Dahlan, 2010) dilakukan berdasarkan tahap berikut: *editing*, *coding*, *processing*, *cleaning*. *Editing* dilakukan untuk mengecek atau memperbaiki isian formulir atau kuesioner. Hal yang di *edit* antara lain kelengkapan data untuk memastikan semua pertanyaan telah terisi, jawaban yang diberikan jelas terbaca, serta jawaban yang diberikan konsisten dengan pertanyaan.

Coding dilakukan setelah semua data *diedit* atau disunting. Hal ini dilakukan dengan cara mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan, data yang *dicoding* antara lain pendidikan, jenis kelamin, pelatihan yang diikuti. *Coding* ini berguna saat memasukkan data. *Processing* dilakukan dengan memasukkan data ke dalam program atau *software* komputer. *Cleaning* dilakukan pada semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

4.8.2 Analisis Data

Data yang telah diolah selanjutnya dianalisis dengan analisis *univariat*, *bivariat* serta *multivariat* (Hastono, 2007; Notoadmodjo 2010; Sugiyono, 2010; Dharma, 2011; Dahlan, 2010) sebagai berikut:

4.8.1.1 Analisis *Univariat*

Tujuan analisis ini untuk mendeskripsikan karakteristik variabel yang diteliti (Notoadmodjo, 2010). Adapun penyajian data dijelaskan dalam tabel.

Tabel 4.2 Penyajian data karakteristik responden di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Kelompok Intervensi & Kontrol	Penyajian Data
1.	Umur (rasio)	Mean sebagai ukuran pemusatan dan SD sebagai ukuran penyebaran. Distribusi data normal, $\alpha = 0.05$.
2.	Lama kerja (rasio)	Median sebagai ukuran pemusatan dan minimum-maksimum sebagai ukuran penyebaran. Distribusi data tidak normal, $\alpha = 0.05$.
3.	Tingkat pendidikan (ordinal)	Distribusi frekuensi dengan ukuran presentase masing-masing kelompok atau proporsi
4.	Jenis kelamin (nominal)	
5.	Pelatihan (nominal)	

Uji kenormalan data berpedoman menurut Dahlan, (2008) dimana menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov karena sampel > 50 . Distribusi data normal bila $p > 0.05$.

4.8.1.2 Analisis *Bivariat*

Analisis *bivariat* menggunakan tingkat kemaknaan 95%, $\alpha = 0.05$ dan dilakukan dalam beberapa tahap yaitu: **Tahap pertama** analisis perbedaan penjaminan mutu dan tindakan keselamatan pasien pada kelompok kontrol dan intervensi menggunakan *uji mann-Whitney karena distribusi data tidak normal*. **Tahap kedua**, analisis perbedaan tindakan keselamatan pasien untuk tiap subvariabel, pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah penjaminan mutu keselamatan pasien dengan *uji Mann-Whitney* (masing-masing sub variabel tidak berdistribusi normal). Kemudian untuk memastikan perbedaan tindakan keselamatan pasien disebabkan karena intervensi yang diberikan, maka dilakukan uji kolerasi untuk melihat hubungan variabel penjaminan mutu keselamatan pasien dengan tindakan keselamatan pasien. **Tahap ketiga**, Uji kolerasi antara variabel umur, lama bekerja, tingkat pendidikan, jenis kelamin, pelatihan yang diikuti dengan tindakan keselamatan pasien. Kriteria perbedaan/ hubungan dua variabel tersebut bermakna atau tidak bermakna menggunakan tingkat kemaknaan $p < 0.05$, bila $p \leq 0.05$, maka ada perbedaan/ hubungan.

Tabel 4.3 Uji statistik variabel penelitian di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Variabel	Variabel	Cara Analisis
1.	Penjaminan mutu keselamatan pasien kelompok intervensi	Penjaminan mutu keselamatan pasien kelompok kontrol	<i>Uji Mann-Whitney</i>
2.	Tindakan keselamatan pasien kelompok intervensi	Tindakan keselamatan pasien kelompok kontrol	<i>Uji Mann-Whitney</i>
3.	Sub variabel tindakan keselamatan pasien kelompok intervensi (ketepatan identifikasi pasien, komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat (lokasi, prosedur, pasien operasi), pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh).	Sub variabel tindakan keselamatan pasien kelompok kontrol (ketepatan identifikasi pasien, komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat (lokasi, prosedur, pasien operasi), pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh).	<i>Uji Mann-Whitney</i>
4.	Pengukuran mutu keselamatan pasien	Tindakan keselamatan pasien	<i>Uji Kolerasi Pearson</i>
5.	Umur, lama bekerja	Tindakan keselamatan pasien kelompok intervensi	<i>Uji Kolerasi Pearson</i>
6.	Tingkat pendidikan, jenis kelamin, pelatihan yang diikuti	Tindakan keselamatan pasien kelompok intervensi	<i>Uji t independen</i>

4.8.1.3 Analisis *Multivariat*

Proses analisis *multivariat* dengan menghubungkan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen pada waktu bersamaan. Pada penelitian ini variabel dependen adalah tindakan keselamatan pasien dimana merupakan data numerik dengan sehingga uji yang digunakan adalah *regresi linier* ganda. Prosedur pemodelan menurut Hastono, (2007) sebagai berikut:

1. Melakukan analisis *bivariat* antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil uji *bivariat* mempunyai $p < 0.25$ maka variabel tersebut dapat masuk model *multivariat*. Namun bisa saja $p > 0.25$ tetap diikutkan ke *multivariat* bila variabel tersebut secara substansi penting.
2. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang $p < 0.05$ dan mengeluarkan variabel yang $p > 0.05$. hal ini dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai p terbesar.
3. Melakukan uji asumsi meliputi asumsi *eksistensi*, asumsi *indepedensi*, asumsi *homoscedacity*, asumsi normalitas.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menggambarkan hasil penelitian yang terdiri dari karakteristik perawat dan pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien. Pengambilan data dilakukan di dua rumah sakit yaitu RS Bhakti Yudha Depok sebagai kelompok intervensi dengan jumlah responden 60 perawat dan RS Tugu Ibu Depok sebagai kelompok kontrol dengan jumlah responden 60 perawat. Pengambilan data pada 20 April-30 Mei 2012.

5.1 Karakteristik Perawat Berdasarkan Umur dan Lama Bekerja

5.1.1 Karakteristik Perawat Berdasarkan Umur

Karakteristik perawat berdasarkan umur pada kelompok intervensi memiliki distribusi data yang normal ($p= 0.20$) demikian juga kelompok kontrol ($p= 0.06$).

Tabel 5.1 Karakteristik perawat berdasarkan umur di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Variabel	Intervensi (n= 60)			Kontrol (n= 60)			p
		Mean	SD	Min-mak	Mean	SD	Min-mak	
1.	Umur	31.62	7.78	21.00-54.00	31.13	7.22	22.00-54.00	0.725

$\alpha= 0.05$

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa umur kelompok intervensi maupun kontrol tidak memiliki perbedaan/ setara. Umur berada pada usia produktif ($p= 0.725$).

5.1.2 Karakteristik Perawat Berdasarkan Lama Bekerja

Karakteristik perawat berdasarkan lama bekerja pada kelompok intervensi memiliki distribusi data yang tidak normal ($p= 0.02$) demikian juga kelompok kontrol ($p= 0.01$).

Tabel 5.2 Karakteristik perawat berdasarkan lama bekerja di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Variabel	Intervensi (n= 60)		Kontrol (n= 60)		p
		Median	Min-mak	Median	Min-mak	
1.	Lama bekerja	9.00	1.00-30.00	8.00	1.00-23.00	0.420

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.2 menunjukkan responden pada kelompok intervensi dan kontrol memiliki masa kerja lebih dari 5 tahun sudah berpengalaman dalam bekerja. Masa kerja pada kedua kelompok tersebut setara ($p = 0.42$).

5.2 Karakteristik Perawat Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pelatihan

Tabel 5.3 Karakteristik perawat berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, pelatihan di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Variabel	Intervensi (n= 60)		Kontrol (n= 60)	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Jenis Kelamin				
	Laki-laki	4	6.70	0	0
	Perempuan	56	93.3	60	100
	Total	60	100	60	100
2.	Tingkat Pendidikan				
	SPK	4	6.70	4	6.70
	DIII Kep.	56	93.3	55	91.7
	Sarjana	0	0	1	1.70
	Total	60	100	60	100
3.	Pelatihan				
	Tidak pernah	7	11.7	7	11.7
	Pernah	53	88.3	53	88.3
	Total	60	100	60	100

Tabel 5.3 menunjukkan baik di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu responden mayoritas perempuan, mayoritas berpendidikan DIII keperawatan. Mayoritas responden pernah mengikuti pelatihan tentang keselamatan pasien.

5.3 Gambaran Penjaminan Mutu dan Tindakan Keselamatan Pasien

5.3.1 Penjaminan Mutu Keselamatan Pasien

Karakteristik penjaminan mutu keselamatan pasien kelompok intervensi (sebelum dan sesudah intervensi) memiliki distribusi data tidak normal ($p= 0.20$ dan $p= 0.09$), demikian juga kelompok kontrol ($p= 0.06$ dan $p= 0.10$).

Tabel 5.4 Penjaminan mutu keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Variabel	Intervensi (n= 60)			Kontrol (n= 60)		
		Median	Min-Mak	CI 95%	Median	Min-Mak	CI 95%
1.	Penjaminan mutu						
	Sebelum	91.00	82-106	89-92	92.50	83-103	91-93
	Sesudah	140.00	133-149	139-141	100.00	94-109	98-100

Tabel 5.4 menunjukkan pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol mengalami peningkatan penjaminan mutu keselamatan pasien, untuk kelompok intervensi meningkat 91.00-140.00 (47-73%) dari nilai total 192 (100%). Kelompok kontrol hanya meningkat 92.50-100.00 (48-52%) dari nilai total 192 (100%).

5.3.2 Tindakan Keselamatan Pasien

Tabel 5.5 Tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Variabel	Intervensi (n= 60)			Kontrol (n= 60)		
		Median	Min-Mak	CI 95%	Median	Min-Mak	CI 95%
1.	Tindakan keselamatan pasien						
	Sebelum	141.00	133-149	140-142	145.00	137-153	144-146
	Sesudah	161.00	156-166	160-161	146.00	140-154	145-147

Tabel 5.5 menunjukkan pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol mengalami peningkatan tindakan keselamatan pasien, untuk kelompok intervensi peningkatan terjadi dari 141.00-161.00 (80-92%) dari nilai total 176 (100%). Kelompok kontrol hanya sedikit meningkat mulai 145.00-146.00 (82-83%) dari nilai total 176 (100%).

5.3.3 Subvariabel Tindakan Keselamatan Pasien

Karakteristik subvariabel tindakan keselamatan pasien (identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat, ketepatan lokasi, prosedur, pasien, pengurangan risiko infeksi, pengurangan risiko jatuh) pada kelompok intervensi dan kontrol memiliki distribusi data tidak normal ($p= 0.01$).

Tabel 5.6 Subvariabel tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Variabel	Intervensi (n= 60)		Kontrol (n= 60)	
		Median	Min-Mak	Median	Min-Mak
1.	Identifikasi pasien				
	Sebelum	21.00	18.00-25.00	21.00	18.00-25.00
	Sesudah	27.00	25.00-28.00	21.00	19.00-25.00
2.	Komunikasi efektif				
	Sebelum	22.00	19.00-26.00	22.00	19.00-26.00
	Sesudah	26.00	24.00-28.00	22.00	19.00-26.00
3.	Keamanan obat				
	Sebelum	26.00	22.00-31.00	30.00	26.00-35.00
	Sesudah	34.00	32.00-36.00	30.00	26.00-35.00
4.	Ketepatan lokasi, prosedur, pasien				
	Sebelum	28.00	25.00-28.00	28.00	25.00-28.00
	Sesudah	28.00	26.00-28.00	28.00	25.00-28.00
5.	Pengurangan risiko infeksi				
	Sebelum	24.00	22.00-27.00	24.00	23.00-27.00
	Sesudah	26.00	24.00-28.00	24.00	22.00-27.00
6.	Pengurangan risiko jatuh				
	Sebelum	20.00	17.00-22.00	20.00	18.00-22.00
	Sesudah	24.00	22.00-24.00	20.00	17.00-22.00

Tabel 5.6 menunjukkan pada kelompok intervensi terjadi peningkatan tindakan keselamatan pasien sebelum dan sesudah intervensi jika dibandingkan dengan nilai total tiap subvariabelnya. Peningkatan terjadi pada subvariabel keamanan obat 22% (72-94%), identifikasi pasien 21% (75-96%), Komunikasi efektif 15% (78-93%), pengurangan risiko infeksi 7% (86-93%), pengurangan risiko jatuh 15% (71-86%), serta tidak terjadi perubahan pada ketepatan lokasi, prosedur, pasien (100-100%). Tindakan keselamatan pasien pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan pada semua subvariabel.

5.4 Perbedaan Penjaminan Mutu dan Tindakan Keselamatan Pasien

Tabel 5.7 Perbedaan penjaminan mutu dan tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Variabel	Intervensi (n= 60)		Kontrol (n= 60)	
		Median	p	Median	p
1.	Penjaminan mutu				
	Sebelum	91.00	0.01*	92.50	0.01*
Sesudah	140.00	100.00			
2.	Tindakan keselamatan pasien				
	Sebelum	141.00	0.01*	145.00	0.43
Sesudah	161.00	146.00			

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.7 menunjukkan pada kelompok intervensi, sebelum dan sesudah intervensi terdapat perbedaan yang bermakna pada penjaminan mutu dan tindakan keselamatan pasien ($p = 0.01$). Kelompok kontrol hanya terdapat perbedaan yang bermakna pada penjaminan mutu keselamatan pasien ($p = 0.01$) dan tidak ada perbedaan pada tindakan keselamatan pasien ($p = 0.43$)

5.5 Perbedaan Subvariabel Tindakan Keselamatan Pasien

Tabel 5.8 Perbedaan subvariabel tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Variabel	Intervensi (n= 60)		Kontrol (n= 60)	
		Median	p	Median	p
1.	Identifikasi pasien				
	Sebelum	21.00	0.01*	21.00	0.06
Sesudah	27.00	21.00			
2.	Komunikasi efektif				
	Sebelum	22.00	0.01*	22.00	1.00
Sesudah	26.00	22.00			
3.	Keamanan obat				
	Sebelum	26.00	0.01*	30.00	0.69
Sesudah	34.00	30.00			
4.	Ketepatan lokasi, prosedur, pasien				
	Sebelum	28.00	0.99	28.00	1.00
Sesudah	28.00	28.00			
5.	Pengurangan risiko infeksi				
	Sebelum	24.00	0.01*	24.00	0.56
Sesudah	26.00	24.00			
6.	Pengurangan risiko jatuh				
	Sebelum	20.00	0.01*	20.00	0.81
Sesudah	24.00	20.00			

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.8 menunjukkan di kelompok intervensi terdapat perbedaan yang bermakna ($p = 0.01$) sebelum dan sesudah intervensi pada subvariabel tindakan keselamatan pasien (identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat, pengurangan risiko infeksi, pengurangan risiko jatuh, namun tidak ada perbedaan pada ketepatan lokasi, prosedur, pasien). Sebaliknya pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan sebelum dan sesudah intervensi pada semua subvariabel tindakan keselamatan pasien.

5.6 Pengaruh Penjaminan Mutu Keselamatan Pasien terhadap Tindakan Keselamatan Pasien

Tabel 5.9 Pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Variabel	Tindakan keselamatan pasien			
		Intervensi (n= 60)		Kontrol (n= 60)	
		r	p	r	p
1.	Penjaminan mutu	0.96	0.01*	0.11	0.22

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.9 menunjukkan pada kelompok intervensi ada pengaruh yang bermakna ($p = 0.01$), penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien dimana pengaruhnya sangat kuat dan bersifat positif. Maknanya semakin baik penjaminan mutu keselamatan pasien semakin baik pula tindakan keselamatan pasien. Sebaliknya pada kelompok kontrol tidak terdapat pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien.

5.7 Hubungan Karakteristik Perawat dengan Tindakan Keselamatan Pasien

Tabel 5.10 Hubungan karakteristik umur dan lama bekerja perawat dengan tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Variabel	Tindakan Keselamatan Pasien	
		Intervensi (n= 60)	
		r	p
1.	Umur	0.06	0.64
2.	Lama bekerja	0.09	0.45

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.10 menunjukkan variabel umur dan lama bekerja pada kelompok intervensi tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan tindakan keselamatan pasien. Oleh karena itu selanjutnya tidak dilakukan analisis multivariat.

Tabel 5.11 Hubungan karakteristik tingkat pendidikan, jenis kelamin, pelatihan dengan tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha Depok pada 20 April-30 Mei 2012

No.	Variabel	Tindakan Keselamatan Pasien	
		Intervensi (n= 60)	
		Mean	p
1.	Pendidikan SPK	160.50	0.49
	Diploma	161.30	
2.	Jenis kelamin Laki-laki	159.50	0.10
	Perempuan	161.38	
3.	Pelatihan yang diikuti Tidak Pernah	161.43	0.87
	Pernah	161.23	

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.11 menunjukkan pada kelompok intervensi variabel tingkat pendidikan, jenis kelamin, pelatihan yang diikuti tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan tindakan keselamatan pasien. Oleh karena itu selanjutnya tidak dilakukan analisis multivariat.

BAB 6 PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang interpretasi dan diskusi hasil penelitian. Diskusi hasil penelitian dipaparkan dengan membandingkan hasil penelitian dengan hipotesis yang diajukan meliputi hubungan karakteristik perawat dengan tindakan keselamatan pasien, perbedaan penjaminan mutu keselamatan pasien, perbedaan tindakan keselamatan pasien serta pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien. Keterbatasan penelitian dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai, selanjutnya dibahas juga implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan.

6.1 Intepretasi Hasil Penelitian

6.1.1 Hubungan Karakteristik Perawat dengan Tindakan Keselamatan pasien

Karakteristik perawat terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa bekerja, pelatihan yang diikuti yang akan diuraikan satu persatu dilanjutkan dengan pembahasan tentang hubungan karakteristik perawat dengan tindakan keselamatan pasien.

6.1.1.1 Umur

Umur kelompok intervensi di RS Bhakti Yudha maupun kelompok kontrol di RS Tugu Ibu Depok setara dan berada pada usia produktif. Menurut Purwanto (1999) usia produktif seseorang tergantung kepada jenis pekerjaan dan individu, untuk bidang ilmu pengetahuan teknologi dan sastra usia produktif **Universitas Indonesia** puncaknya saat berumur 30-40 tahun. Umur selalu dihubungkan dengan kinerja seseorang, umur perawat di kedua rumah sakit berada di usia produktif, hal ini merupakan aset bagi rumah sakit karena pada usia produktif kinerja perawat sedang dalam masa puncaknya. Kondisi ini sesuai dengan pernyataan (Sutrisno, 2009) bahwa ada keyakinan kinerja akan menurun dengan bertambahnya umur. Umur mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah umur semakin berkembang daya tangkap dan pola pikirnya, seperti yang

disampaikan oleh Siagian (2009) umur memiliki kaitan dengan tingkat kedewasaan psikologis dalam arti individu semakin bijaksana dalam mengambil keputusan, serta memiliki kemampuan analisis yang baik terhadap fenomena atau permasalahan yang dihadapi.

Hasil penelitian terkait umur di RS Bhakti Yudha Depok menunjukkan variabel umur tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan tindakan keselamatan pasien. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hipotesis penelitian yang menyatakan ada hubungan umur dengan tindakan keselamatan pasien. Hal ini disebabkan karakteristik umur baik pada kelompok intervensi memiliki distribusi normal dan homogen sehingga jika dianalisis secara statistik cenderung tidak terlihat perbedaan terhadap tindakan keselamatan pasien.

Keselamatan pasien merupakan tanggungjawab semua perawat. Perawat seharusnya dapat mengaplikasikan tindakan keselamatan pasien secara baik dan benar dalam merawat pasien yang berada di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok tanpa dipengaruhi umur perawat karena keselamatan pasien merupakan hak yang harus didapatkan oleh pasien selama dirawat di rumah sakit. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Hikmah (2008) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antar usia staf yang 80% merupakan perawat dengan persepsi keselamatan pasien di RSUP Fatmawati.

Pendapat berlawanan disampaikan oleh Anugrahini (2010) yang membuktikan terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan menerapkan pedoman keselamatan pasien. Perawat yang patuh menerapkan pedoman keselamatan pasien mempunyai usia rata-rata 40,38 tahun, sedangkan perawat yang kurang patuh mempunyai usia rata-rata 34,42 tahun.

6.1.1.2 Jenis Kelamin

Jenis kelamin kelompok intervensi di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok mayoritas perempuan. Robbins, (2003) menyatakan tidak ada perbedaan dalam meningkatkan pengetahuan antara laki-laki dan perempuan namun dalam analisis

laki-laki cenderung lebih baik daripada perempuan. Hasil penelitian di RS Bhakti Yudha Depok menunjukkan jenis kelamin, tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan tindakan keselamatan pasien. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hipotesis penelitian yang menyatakan ada hubungan jenis kelamin dengan tindakan keselamatan pasien. Hal ini disebabkan karakteristik jenis kelamin pada kelompok intervensi mayoritas perempuan (93.3%) sehingga jika dianalisis secara statistik cenderung tidak terlihat perbedaan tindakan keselamatan pasien berdasarkan pada jenis kelamin perawat. Selain itu keselamatan pasien merupakan hal yang harus diperhatikan dan diutamakan dalam memberikan perawatan kepada pasien tanpa memandang jenis kelamin perawat.

Penelitian ini selaras dengan yang dilakukan Ardani (2003) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Hikmah (2008) menyatakan tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan persepsi keselamatan pasien di RSUP Fatmawati.

6.1.1.3 Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan proses penyampaian informasi kepada seseorang agar didapatkan perubahan perilaku. Seseorang yang berpendidikan lebih tinggi umumnya akan mempunyai pengetahuan lebih luas dibandingkan yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Tingkat pendidikan kelompok intervensi di RS Bhakti Yudha dan RS Tugu Ibu Depok mayoritas DIII keperawatan. Pendidikan DIII keperawatan merupakan perawat profesional pemula, tentunya diharapkan perawat dapat melakukan tindakan keselamatan pasien secara profesional.

Pemahaman yang baik tentang keselamatan pasien dan menerapkan pemahaman tersebut dalam asuhan keperawatan sehari-hari mutlak dilakukan oleh semua perawat tidak tergantung tingkat pendidikan yang dimiliki oleh perawat (SPK, DIII Keperawatan atau SI keperawatan). Hasil penelitian di RS Bhakti Yudha Depok menunjukkan tingkat pendidikan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan tindakan keselamatan pasien. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hipotesis

penelitian yang menyatakan ada hubungan tingkat pendidikan dengan tindakan keselamatan pasien. Hal ini disebabkan karakteristik tingkat pendidikan pada kelompok intervensi sudah homogen dimana mayoritas DIII Keperawatan (93.3%) sehingga jika dianalisis secara statistik cenderung tidak terlihat perbedaan tindakan keselamatan pasien berdasarkan pada tingkat pendidikan perawat.

Perawat yang memiliki tingkat pendidikan SPK, DIII Keperawatan ataupun SI Keperawatan idealnya memiliki standar yang sama dalam melaksanakan keselamatan pasien. Hasil kuesioner di RS Bhakti Yudha Depok menunjukkan hanya terdapat 4 responden yang berpendidikan SPK, tindakan keselamatan pasien yang dilakukan pada rentang 142-149/ nilai median sebelum intervensi 141; Min-Mak 133.00 -149.00, demikian juga dengan 4 responden berpendidikan SPK di kelompok kontrol rentang nilainya 145-149/ nilai median sebelum intervensi 145; Min-Mak 137.00-153.00. Responden dalam penelitian ini yang berpendidikan sarjana keperawatan hanya terdapat 1 orang dan berada di kelompok kontrol dimana tindakan keselamatan pasien yang dilakukan dengan nilai 153, nilai median sebelum intervensi 145; Min-Mak 137.00-153.00. Berdasarkan hal ini dapat dilihat bahwa yang berpendidikan sarjana keperawatan berada pada nilai maksimal namun menurut peneliti hal ini belum dapat dijadikan dasar untuk menyimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik tindakan keselamatan karena jumlah respondennya hanya 1 orang.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dilakukan Ardani (2003) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan. Namun hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian Anugrahini (2010) yang menyatakan ada hubungan tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat melaksanakan pedoman keselamatan pasien. Perawat dengan pendidikan S1 dan D3 Keperawatan lebih patuh dalam melaksanakan tindakan keselamatan pasien dibanding perawat dengan latar belakang SPK. Hal ini sesuai juga hasil penelitian Aiken et al. (2003) yang meneliti hubungan pendidikan *registered nurse* dengan keselamatan pasien dimana angka kematian dan kegagalan pada pasien yang

menjalani operasi lebih rendah di rumah sakit yang memiliki perawat dengan pendidikan S1 atau lebih tinggi, penelitian lain menyatakan pendidikan menurut (Colarelli & Bishop, 1990) dan sertifikasi menurut (Kwon & Banks, 2004) dapat berpengaruh terhadap komitmen profesional perawat (Ching et al., 2009).

6.1.1.4 Pelatihan

Pelatihan merupakan salah satu usaha untuk mengembangkan SDM yang diharapkan dapat membantu rumah sakit mempersiapkan kualitas tenaga kerja yang sesuai dengan kebutuhan strategi yang sedang dijalankan. Dengan mengembangkan kecakapan karyawan dimaksudkan setiap usaha dari pimpinan untuk menambah keahlian kerja tiap karyawan sehingga didalam melaksanakan tugas-tugasnya dapat lebih efisien dan produktif (Sutrisno, 2009). Marquis & Houston (2012) menyatakan pelatihan sebagai metode terorganisasi yang memastikan bahwa seseorang mempunyai pengetahuan dan keterampilan untuk tujuan khusus dan bahwa mereka mendapatkan pengetahuan yang dibutuhkan untuk melakukan tugas kerja, lebih lanjut dikatakan bahwa pelatihan mempunyai manfaat segera, seorang manajer harus mampu mengenali dan mendorong aktivitas pendidikan karena hal ini merupakan peran dan tanggungjawab pemimpin.

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas perawat di RS Bhakti Yudha Depok pernah mengikuti pelatihan tentang keselamatan pasien. Hasibuan, (2009) menyatakan pelatihan merupakan salah satu jenis pengembangan karyawan yang dilakukan oleh perusahaan karena tuntutan pekerjaan saat ini atau masa depan. Pelatihan terutama tentang keselamatan pasien perlu diselenggarakan oleh rumah sakit terhadap perawat, hal ini disebabkan seleksi personel saat masuk menjadi karyawan tidak selalu menjamin perawat tersebut cukup terlatih dan dapat memenuhi syarat pekerjaan secara tepat. Kenyataannya banyak diantaranya harus mempelajari pengetahuan, keterampilan dan sikap-sikap yang diperlukan selama diterima dalam pekerjaannya. Alasan kedua, bagi personel yang sudah senior kadang perlu ada penyegaran dengan latihan-latihan, hal ini disebabkan berkembangnya ilmu pengetahuan dalam keperawatan. Alasan ketiga bahwa

panduan terutama mengenai keselamatan pasien terus mengalami perubahan dan perkembangan yang harus disosialisasikan kepada perawat mulai dari panduan keselamatan pasien tahun 2006 kemudian tahun 2008 dan terakhir tahun 2011 keluar keputusan baru kementerian kesehatan tentang keselamatan pasien. Hal ini sesuai dengan pernyataan Sutrisno, (2009) latihan diperlukan untuk melengkapi karyawan dengan keterampilan dan cara-cara yang tepat untuk menggunakan peralatan kerja, latihan diperlukan bukan hanya sebagai pelengkap namun sekaligus memberikan dasar-dasar pengetahuan karena dengan pelatihan karyawan belajar mengerjakan sesuatu dengan benar dan tepat serta dapat memperkecil atau meninggalkan kesalahan yang pernah dilakukan.

Hasil penelitian di RS Bhakti Yudha Depok menunjukkan pelatihan tentang keselamatan pasien tidak berhubungan dengan tindakan keselamatan. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hipotesis penelitian yang menyatakan ada hubungan pelatihan dengan tindakan keselamatan pasien. Hal ini disebabkan karakteristik pelatihan pada kelompok intervensi mayoritas pernah mengikuti pelatihan (88.3%)/ homogen sehingga jika dianalisis secara statistik cenderung tidak terlihat perbedaan tindakan keselamatan pasien berdasarkan pada pelatihan yang diikuti.

Pelatihan yang telah diberikan kepada perawat berdasarkan panduan keselamatan pasien tahun 2008, sedangkan tindakan keselamatan pasien yang diteliti mengacu kepada sasaran keselamatan menurut PERMENKES No.1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, (kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi), pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh. Wawancara yang dilakukan peneliti dengan penanggungjawab harian tim keselamatan pasien pada 8 Maret 2012 didapatkan data bahwa sejak dibentuknya tim keselamatan pasien pada Oktober 2010-Februari 2012 telah dilakukan tiga kali sosialisasi keselamatan pasien, cakupan

pelatihan keselamatan pasien mencapai 80% dari jumlah tenaga medis dan non medis.

Rumah sakit perlu melakukan penyegaran terkait keselamatan pasien berdasarkan peraturan yang terbaru. Pelatihan yang dilakukan juga harus disertai adanya minat, jika minat kurang tentunya tidak akan membawa hasil kerja yang memuaskan, sebaliknya dengan timbulnya minat maka perhatiannya terhadap pelatihan yang dijalannya akan semakin besar. Oleh karena itu sebelum memberikan pelatihan perlu diberikan penjelasan mengenai arti dan tujuan pelatihan terlebih dahulu. Dengan adanya pemahaman tersebut maka perawat yang akan mengikuti pelatihan termotivasi untuk mengikutinya.

Hal lain yang harus diperhatikan dalam memberikan pelatihan menurut Marquis & Houston (2012) bahwa tujuan pelatihan adalah mentransfer pembelajaran baru ke lingkungan kerja. Agar hal ini dapat dilakukan pertama-tama harus ada kesamaan antara konteks pelatihan dan pekerjaan; Kedua, metode pelatihan yang memadai adalah suatu keharusan dan dianjurkan terus menerus; Ketiga, pelatihan sebaiknya mencakup berbagai situasi yang berbeda sehingga pengetahuan dapat digeneralisasikan, Keempat, jika memungkinkan sebaiknya gambaran atau langkah penting dalam suatu proses diidentifikasi; Terakhir peserta didik harus memahami prinsip dasar yang mendasari tugas tersebut dan cara memodifikasi berbagai situasi agar tugas selesai, belajar di ruang kelas tidak akan mentransfer ilmu dengan baik tanpa latihan yang memadai dalam situasi nyata dan tanpa pemahaman yang memadai terhadap prinsip yang mendasari.

Penelitian Nilasari (2010) menunjukkan bahwa terdapat peningkatan bermakna sebelum dan sesudah pelatihan pada ketrampilan perawat klinik dalam penerapan keselamatan pasien diantaranya peningkatan sebelum dan sesudah penerapan pelatihan memastikan identifikasi pasien, komunikasi saat operan, pemberian obat secara benar, tindakan pada sisi tubuh yang benar, pencegahan salah kateter, pencegahan resiko pasien jatuh, dan meningkatkan kebersihan tangan. Tidak terdapat peningkatan bermakna sebelum dan sesudah pelatihan pada keterampilan

perawat klinik dalam pengendalian cairan infus serta penggunaan alat injeksi sekali pakai.

6.1.1.5 Lama Kerja

Hasil penelitian menunjukkan responden pada kelompok intervensi dan kontrol memiliki masa kerja lebih dari 5 tahun dimana menurut Dessler, (1997) pada rentang tersebut dianggap sudah berpengalaman dalam bekerja. Perawat yang memiliki pengalaman kerja yang lebih lama seharusnya mempunyai efek terhadap perilaku dan kinerjanya, seharusnya perawat tersebut menjadi lebih berpengalaman dan menerapkan tindakan keselamatan pasien dengan tepat, namun dapat juga terjadi sebaliknya hal ini seperti yang dinyatakan oleh Robbins, (2003) bahwa orang yang telah lama bekerja belum tentu lebih produktif dibandingkan dengan karyawan yang senioritasnya lebih rendah.

Hasil penelitian di RS Bhakti Yudha Depok menunjukkan variabel lama bekerja tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan tindakan keselamatan pasien. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hipotesis penelitian yang menyatakan ada hubungan masa kerja dengan tindakan keselamatan pasien. Hal ini disebabkan karakteristik masa kerja pada kelompok intervensi mayoritas > dari 5 tahun/ homogen sehingga jika dianalisis secara statistik cenderung tidak terlihat perbedaan tindakan keselamatan pasien berdasarkan pada masa kerja. Walaupun memiliki masa kerja yang sudah lama/ > 5 tahun, bagi perawat yang sudah senior kadang perlu ada penyegaran dengan latihan-latihan, hal ini disebabkan berkembangnya tindakan keselamatan bagi pasien di rumah sakit.

Hasil penelitian Anugrahini (2010) menunjukkan ada hubungan antara masa kerja dengan kepatuhan perawat. Perawat yang patuh menerapkan pedoman keselamatan pasien mempunyai masa kerja rata-rata 17,36 tahun, dan yang kurang patuh mempunyai masa kerja rata-rata 11,71 tahun. Penelitian Marpaung (2005) menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna masa kerja perawat pelaksana dengan budaya kerja, masa kerja perawat berhubungan dengan kepemimpinan efektif pada komunikasi dan pengambilan tindakan.

6.1.2 Perbedaan Penjaminan Mutu Keselamatan Pasien

Penjaminan mutu menurut (Pohan, 2007) merupakan upaya yang sistematis dan berkesinambungan dalam memantau dan mengukur mutu serta melakukan peningkatan mutu yang diperlukan agar mutu pelayanan kesehatan senantiasa sesuai dengan standar layanan kesehatan yang disepakati. Batasan yang dikemukakan para ahli mempunyai kandungan pengertian yang sama meskipun rumusannya berbeda, intinya menekankan pada proses yang berulang dalam menyelesaikan masalah berdasarkan kemampuan dengan dua langkah utama yaitu **pengukuran mutu** dan **peningkatan mutu**. Namun dalam penelitian ini penjaminan mutu keselamatan pasien yang dilakukan oleh kepala ruang masih terbatas pada pengukuran mutu dan belum dilanjutkan dengan penelitian tentang peningkatan mutu hal ini disebabkan upaya peningkatan mutu memerlukan waktu evaluasi yang lebih lama. Langkah pengukuran mutu keselamatan pasien diawali dengan pembentukan kelompok jaminan mutu, penyusunan dan sosialisasi standar keselamatan pasien kepada perawat pelaksana, pemilihan teknik pengukuran, pengukuran mutu layanan kesehatan dengan cara membandingkan standar keselamatan pasien dengan kenyataan yang tercapai yang peneliti adopsi dari Pohan, (2007).

Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok intervensi di RS Bhakti Yudha maupun kelompok kontrol RS Tugu Ibu Depok, mengalami peningkatan pengukuran mutu keselamatan pasien, untuk kelompok intervensi meningkat 26% namun pada kelompok kontrol juga meningkat 4% dari nilai total 192 (100%). Peningkatan pengukuran mutu yang dipersepsikan oleh perawat di RS Bhakti Yudha Depok terjadi sehubungan dengan intervensi yang peneliti berikan. Hasil penelitian juga menunjukkan terdapat perbedaan sebelum dan sesudah intervensi pada variabel penjaminan mutu keselamatan pasien, namun terkait peningkatan nilai penjaminan mutu di kelompok kontrol yang tidak diintervensi sejumlah 4% dan hasil analisis menunjukkan perbedaan yang bermakna, hal ini merupakan usaha murni kepala ruang dalam upaya meningkatkan mutu tindakan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu Depok selama dilakukan penelitian. Hasil penelitian ini sesuai dengan hipotesis penelitian yang menyatakan ada perbedaan penjaminan

mutu keselamatan pasien pada kelompok intervensi di RS Bhakti Yudha dan kelompok kontrol di Rumah Sakit Tugu Ibu Depok.

Peneliti memulai intervensi dengan memberikan desiminasi/ sosialisasi kepada kepala ruang terkait dengan pedoman penjaminan mutu keselamatan pasien yang akan dijadikan panduan oleh kepala ruang pada Kamis, 26 April 2012, Pukul: 10.30 WIB s.d 12.00 WIB, Tempat: Ruang Pertemuan Diklat RS Bhakti Yudha Depok. **Tujuan umum** setelah mempelajari pedoman penjaminan mutu keselamatan pasien diharapkan kepala ruang mampu melakukan penjaminan mutu keselamatan pasien. **Tujuan khususnya** diharapkan setelah mendapatkan sosialisasi kepala ruang mampu membentuk kelompok penjaminan mutu, menyusun dan mensosialisasikan standar keselamatan pasien, memilih teknik pengukuran, membandingkan standar dengan kenyataan yang tercapai.

Struktur pedoman yang digunakan dalam sosialisasi terdiri dari terdiri dari materi dasar dan materi inti. Adapun penjabarannya sebagai berikut: **Materi dasar** tentang pengertian pedoman penjaminan mutu keselamatan pasien, alasan pentingnya jaminan mutu, pihak yang terlibat dalam penjaminan mutu, pengertian kepemimpinan berwawasan mutu, fungsi utama pemimpin dalam penjaminan mutu, perilaku kepemimpinan berwawasan mutu, peran kepemimpinan dan fungsi manajemen terkait dengan kendali mutu, ciri kepemimpinan berwawasan mutu serta *patient transactional analysis*. **Materi inti** terdiri dari: Membentuk kelompok penjaminan mutu, menyusun dan mensosialisasikan standar keselamatan pasien, pemilihan teknik pengukuran, membandingkan standar layanan kesehatan dengan kenyataan yang tercapai. Hasil evaluasi berdasarkan pada *pre* dan *post test*, evaluasi kehadiran peserta pelatihan, evaluasi keaktifan peserta pelatihan. Selanjutnya kepala ruang membentuk/ mengaktifkan kembali "champion" keselamatan pasien untuk menjadi anggota kelompok jaminan mutu di ruang Cattleya A dan B di RS Bhakti Yudha Depok.

Langkah berikutnya dengan menyusun dan sosialisasi standar keselamatan pasien pada 27 April-6 Mei 2012. Standar merupakan tingkat pencapaian ideal yang diinginkan, standar memiliki karakteristik yang berbeda, ditentukan sebelumnya, disusun oleh orang yang berwenang, dan dikomunikasikan serta diterima oleh orang yang dipengaruhi oleh standar itu (Bustami, 2011; Pohan, 2007; Marquis & Houston, 2012). Jika suatu standar yang sudah ditetapkan tercapai dengan baik, maka standar harus ditingkatkan dan begitu seterusnya sehingga tercapai kondisi ideal. Penyusunan standar terkait keselamatan pasien dengan mengacu kepada Peraturan No: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang standar minimal pelayanan rumah sakit.

Standar dibedakan atas struktur, proses dan keluaran (Assaf, 2009; Bustami, 2011; Marquis & Houston, 2012; Pohan, 2007). **Standar struktur atau masukan** menentukan tingkat sumber daya yang diperlukan agar standar layanan kesehatan dapat dicapai. Contohnya personel, pasien, peralatan, bahan, gedung, pencatatan, dan keuangan, singkatnya semua sumber daya yang digunakan untuk dapat melakukan layanan kesehatan. **Standar proses** menentukan kegiatan apa yang harus dilakukan agar standar layanan kesehatan dapat dicapai. Proses akan menjelaskan apa yang dikerjakan, untuk siapa, siapa yang mengerjakan, kapan dan bagaimana standar layanan kesehatan dapat dicapai. **Standar keluaran atau outcome** atau hasil layanan kesehatan ialah ketentuan ideal yang menunjuk pada hasil langsung pelayanan.

Standar keselamatan pasien yang disusun dan diukur oleh kepala ruang dan timnya masih terbatas pada standar keluaran/ *outcomes* atau hasil layanan kesehatan yaitu ketentuan ideal yang menunjuk pada hasil langsung pelayanan yang dilakukan oleh perawat pelaksana dalam menerapkan tindakan keselamatan pasien. Dimana ditetapkan 26 standar tindakan keselamatan pasien (terlampir dalam pedoman). Setelah standar dan kriteria ditetapkan, langkah berikutnya ialah **melakukan sosialisasi standar** agar dapat diterima oleh perawat yang dipengaruhi oleh standar itu dan termotivasi untuk memenuhi standar.

Langkah terakhir adalah mengukur tingkat mutu layanan kesehatan dengan cara memilih teknik pengukuran yang digunakan untuk mengetahui sampai dimana suatu standar layanan kesehatan dapat dicapai. Pengukuran mutu keselamatan pasien pada 7-23 Mei 2012 dengan cara membandingkan standar keselamatan pasien dengan kenyataan yang tercapai. Mutu layanan kesehatan dapat diukur dengan tiga cara yaitu: *Prospektif*, *retrospektif*, *konkuren* (Bustami, 2011; Marquis & Houston, 2012; Pohan, 2007). **Pengukuran mutu *prospektif*** adalah pengukuran terhadap mutu layanan kesehatan yang dilakukan **sebelum layanan kesehatan diselenggarakan**. Oleh sebab itu pengukurannya akan ditujukan terhadap struktur atau masukan layanan kesehatan dengan asumsi bahwa layanan kesehatan harus memiliki sumberdaya tertentu agar dapat menghasilkan suatu layanan kesehatan yang bermutu, seperti: Pendidikan/ pelatihan perawat, peralatan kerja yang dibutuhkan. **Pengukuran mutu *retrospektif*** adalah pengukuran terhadap mutu layanan kesehatan yang dilakukan **setelah layanan kesehatan diselenggarakan**. Pengukuran ini biasanya gabungan dari beberapa kegiatan berikut: Penilaian rekam medik, wawancara, pembuatan kuesioner, penyelenggaraan pertemuan. **Pengukuran mutu *konkuren*** adalah pengukuran terhadap mutu layanan kesehatan yang dilakukan **selama layanan diberikan atau diselenggarakan**. Pengukuran ini dilakukan melalui pengukuran langsung dan kadang kadang perlu dilengkapi dengan peninjauan pada rekam medik, wawancara dengan pasien/ keluarga/ petugas kesehatan. Pengamatan langsung dapat menghindarkan berbagai kesulitan yang berhubungan dengan rekonstruksi kejadian hasil pemeriksaan pencatatan *retrospektif* dan dari jawaban wawancara atau kuesioner. Pengamatan langsung mungkin merupakan satu satunya cara untuk melihat rincian penyelenggaraan kesehatan.

Teknik pengukuran mutu keselamatan pasien yang digunakan dalam penelitian ini masih terbatas pada **teknik pengukuran mutu *konkuren*** dimana pengukuran dilakukan terhadap mutu tindakan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat **selama layanan diberikan atau diselenggarakan**. **Hasil pengukuran mutu keselamatan pasien di ruang cattleya A dan B sebagai berikut:** Identifikasi pasien ditetapkan 4 pernyataan standar dimana prosentase

pemenuhannya 100% (tercapai semua); Komunikasi efektif dari 3 pernyataan standar yang ditetapkan terdapat 2 pernyataan standar yang baru tercapai 80% (Instruksi/ laporan hasil tes secara verbal dan telepon dibaca kembali oleh penerima instruksi/ laporan) dan 75% (Instruksi/ laporan hasil tes secara verbal dan telepon dikonfirmasi oleh penerima instruksi/ laporan); Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan yang masih belum memenuhi standar adalah mencuci tangan sebelum tindakan (80%); Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai yang belum memenuhi standar adalah menanyakan ada alergi atau tidak kepada pasien sebelum memberi obat di ruang Cattleya A 68,75%, Cattleya B 80%, Mengecek kepatenan slang infus sebelum memberi injeksi intravena di ruang Cattleya A 84%, hanya memberi obat yang disiapkan sendiri di ruang Cattleya A 89%, Cattleya B 90%; Melakukan pengkajian awal pada pasien terhadap risiko jatuh dan meletakkan stiker/ symbol/ kode yang ditempelkan di pintu/ tempat tidur pasien sebagai tanda/ sinyal pasien berisiko jatuh di ruang Cattleya A dan B hasilnya 0%. Mengorientasikan pasien pada saat masuk rumah sakit diruang Cattleya A 86%.

Hasil pengukuran mutu keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh kepala ruang dapat dijadikan sebagai tolak ukur untuk melakukan tindakan edukasi dan korektif terhadap kriteria yang belum tercapai, hasil pengukuran tersebut dapat dijadikan rekomendasi kepada rumah sakit untuk upaya perbaikan mutu keselamatan pasien. Kepala ruang mempunyai peran yang penting dalam pelaksanaan tindakan keselamatan pasien, (Cherry & Jacob, 2011) menyatakan pemimpin harus memiliki kemampuan untuk memandu atau mempengaruhi orang lain agar bekerja keras mencapai tujuan. Peran kepemimpinan dan fungsi manajemen terkait dengan kendali mutu menurut Marquis & Houston, (2012): Mendorong bawahan untuk secara aktif terlibat dalam proses kendali mutu, mengkomunikasikan dengan jelas kepada bawahan mengenai standar yang diharapkan, mendorong penetapan standar tinggi untuk memaksimalkan kualitas, bukan menetapkan standar keamanan minimal, mengimplementasikan kendali mutu secara proaktif, bukan secara reaktif. Menggunakan kendali sebagai metode untuk menentukan mengapa tujuan tidak terpenuhi, aktif secara politik dalam

mengkomunikasikan temuan kendali mutu dan implikasinya kepada tenaga kesehatan lain dan konsumen, bertindak sebagai model peran bagi bawahan dalam menerima tanggung jawab dan tanggung gugat untuk tindakan keperawatan, memastikan bahwa pasien mendapatkan tingkat mutu asuhan yang secara minimal dapat diterima, mendukung secara aktif berpartisipasi dalam upaya penelitian untuk mengidentifikasi dan mengukur kriteria hasil pasien yang “*sensitive-perawat*”.

Hasil pengukuran mutu yang tidak memenuhi standar layanan yang disepakati, maka dilakukan peningkatan mutu agar mutu layanan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Dengan demikian untuk meningkatkan mutu diperlukan langkah-langkah sebagai berikut: Penentuan sebab terjadinya kesenjangan antara kenyataan dengan standar, menyusun rencana tindakan untuk mengatasi kesenjangan yang ada, pemilihan rencana kegiatan yang terbaik. Berdasarkan hal itu maka peran kepala ruang sangatlah penting untuk upaya peningkatan mutu.

Hal ini sesuai dengan pendapat Bustami, (2011) fungsi utama dari setiap pemimpin dalam penjaminan mutu adalah membina kelangsungan tim serta mengembangkannya. Fungsi lainnya adalah: Fasilitator dan motivator dalam tim, koordinator tim, mengarahkan tim pada tujuan, mengatasi konflik dan masalah yang timbul, memimpin pertemuan- pertemuan tim, menyuarakan tim terhadap pemegang program.

Menurut Pusdiklat Kesehatan Depkes RI, (1999) dalam Bustami (2011) mengemukakan bahwa ciri-ciri kepemimpinan berwawasan mutu adalah sebagai berikut: **Sebagai contoh** artinya seorang pemimpin dapat dijadikan contoh atau model bagi stafnya, dalam perilaku kerja seorang pemimpin selalu mencerminkan prinsip mutu. **Memiliki kompetensi menyelesaikan masalah (*problem solving*)** artinya seorang pemimpin menguasai berbagai perangkat pemecahan masalah dalam penjaminan mutu dan dapat menerapkannya dengan baik. **Memiliki tujuan**, maksudnya seorang pemimpin harus mempunyai tujuan yang jelas dan tujuan tersebut ditetapkan secara bersama-sama dengan para anggota yang

dipimpinnya. **Menjaga perasaan** artinya seorang pemimpin selalu dapat menjaga perasaan anggota yang dipimpinnya, ini dimaksudkan agar bawahan merasa senang dan mau melaksanakan tugas-tugas yang dilimpahkan kepadanya. **Toleran**, seorang pemimpin harus toleran terhadap kegagalan, artinya seorang pemimpin harus memahami bahwa upaya-upaya yang dilakukan untuk memperbaiki mutu belum tentu menghasilkan sesuatu yang diinginkan. **Profesional**, seorang pemimpin harus profesional dan memahami tanggung jawab

Penjaminan mutu keselamatan pasien perlu terus dilakukan, lima alasan dapat dikemukakan yang peneliti adopsi dari (Pohan, 2007). **Pertama**, penerapan penjaminan mutu keselamatan pasien akan menjamin perawat untuk selalu menghasilkan layanan yang bermutu, artinya layanan kesehatan yang sesuai dengan harapan dan kebutuhan pasien serta mampu dibayar oleh pasien. **Alasan kedua** pentingnya penerapan jaminan mutu akan menjadikan organisasi layanan akan semakin efisien karena semua orang akan bekerja lebih baik dalam sistem yang terus menerus di perbaiki. **Alasan ketiga** bahwa penerapan jaminan mutu membuat rumah sakit menjadi terhormat, terkenal, dan selalu dicari siapapun yang membutuhkan layanan kesehatan yang bermutu serta menjadi tempat kerja idaman bagi profesi layanan kesehatan yang kompeten dan berperilaku terhormat. **Keempat**, penerapan penjaminan mutu terutama akan memperhatikan keluaran/*outcomes* sehingga setiap pelaksanaan tugas harus dilakukan dengan benar agar layanan kesehatan benar-benar bermanfaat bagi pasien. **Alasan terakhir**, penerapan pendekatan jaminan mutu akan menumbuhkan kepuasan kerja, komitmen dan peningkatan moral profesi layanan kesehatan serta akhirnya menimbulkan kepuasan pasien.

Idealnya setiap orang dalam organisasi harus terlibat dan berpartisipasi dalam penjaminan mutu, karena setiap orang akan menerima keuntungan dari hal itu (Swanburg, 1999; Pohan, 2007; Assaf, 2009; Bustami, 2011; Marquis & Houston, 2012). Lebih lanjut Marquis & Houston, (2012) menyatakan pengukuran mutu memberi umpan balik kepada perawat tentang mutu asuhan mereka saat ini dan bagaimana asuhan yang mereka berikan dapat diperbaiki. Perawat harus

dilibatkan sepanjang proses pengukuran mutu, walaupun tidak praktis mengharapkan keterlibatan perawat secara penuh, perawat harus dilibatkan dalam menentukan kriteria atau standar, menilai kembali standar, mengumpulkan data atau melaporkannya. Konsumenpun dalam hal ini pasien harus secara aktif terlibat dalam penentuan mutu layanan organisasi. Namun dalam penelitian ini masih belum dilakukan pengukuran mutu berdasarkan pendapat pasien sebagai penerima jasa pelayanan.

Faktor yang mendorong penjaminan (pengukuran) mutu diterapkan antara lain faktor profesi, faktor ekonomi, dan faktor sosial/ politik (Pohan, 2007). Faktor – faktor tersebut peneliti diuraikan sebagai berikut: **Faktor profesi terdiri dari etika profesi, berkembangnya otonomi dan tanggung gugat profesi, hubungan antar profesi serta tanggung jawab moral.** Perawat mempunyai etika profesi yang mengatur batas-batas yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh profesi, apabila melakukan hal yang bertentangan dengan etika profesi maka akan mendapat teguran ataupun sanksi. Jika pelanggaran merugikan orang lain maka dapat dituntut secara perdana ataupun perdata. Organisasi profesi bertanggungjawab terhadap standar pelatihan dan kualifikasi untuk melakukan praktik.

Pembangunan otonomi dan tanggung gugat profesi perawat beberapa tahun terakhir membuat profesi perawat semakin bertanggungjawab dalam kegiatan yang dilakukan, hal ini menunjukkan komitmen yang taat azas dan tanggung gugat terhadap layanan kesehatan, seperti halnya dengan tujuan utama penjaminan mutu pelayanan. **Hubungan antar profesi** dalam layanan kesehatan yang bermutu sangat diperlukan, hal ini berarti komunikasi antar profesi harus efisien dan efektif. Komunikasi semacam ini menjadi bagian integral dari jaminan mutu layanan.

Setiap orang yang bekerja dalam layanan kesehatan memiliki **tanggungjawab moral** guna menyelenggarakan layanan yang bermutu kepada setiap pasien tanpa pilih kasih. **Faktor ekonomi** merupakan faktor pendorong diterapkannya

penjaminan mutu. Perubahan demografi khususnya penambahan jumlah penduduk membuat semakin banyak orang yang harus dipelihara kesehatannya. Di Indonesia sebagian besar layanan kesehatan berasal dari pemerintah, sementara kemampuan pemerintah terbatas, dilain pihak asuransi kesehatan juga belum berkembang, sehingga masyarakat harus mengupayakan sendiri pembiayaan layanan kesehatan. Oleh sebab itu terdapat suatu kebutuhan untuk membuat layanan kesehatan menjadi efektif dan efisien atau yang secara ekonomis dapat dipertanggungjawabkan.

Faktor sosial/ politik terdiri dari kesadaran masyarakat, peraturan perundang-undangan, akreditasi, tekanan internasional. Kesadaran masyarakat saat ini semakin meningkat. Masyarakat umumnya mendapat informasi yang lebih baik tentang layanan kesehatan dan hak mereka terhadap layanan kesehatan. Keadaan ini semakin nyata dalam era demokrasi dan otonomi. Jika mereka merasa mendapat layanan yang tidak memenuhi persyaratan yang diberikan mereka akan mengeluh atau menulis di media massa. Jaminan mutu pelayanan menjamin bahwa pendapat pasien akan dipertimbangkan dan setiap tindakan atau pengobatan yang akan dilakukan harus terlebih dahulu dikonsultasikan kepada pasien, konsultasi yang demikian ini dianggap hak moral pasien. Harapan masyarakat yang mengalami perubahan juga menjadi alasan lain mengapa pengukuran mutu harus dilakukan. Jumlah lembaga konsumen semakin banyak dan akan menginformasikan hak individu atau kelompok.

Peraturan perundang-undangan menjadi faktor pendorong diterapkannya penjaminan mutu. Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 jelas menyebutkan tentang standar layanan kesehatan. Standar pelayanan minimal rumah sakit juga telah ditetapkan dan menjadi bagian pengukuran mutu pelayanan kesehatan, diantaranya (tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian, tidak adanya kejadian operasi salah sisi, tidak adanya kejadian operasi salah orang, tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi, tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi, tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium, tidak

adanya kejadian kesalahan pemberian obat) dimana standar telah ditetapkan 100 % (Peraturan No: 129/Menkes/SK/II/2008).

Akreditasi merupakan hal yang penting. Indonesia telah melakukan akreditasi terhadap mutu layanan rumah sakit terutama layanan keperawatan khususnya terkait keselamatan pasien dimana pada standar akreditasi baru rumah sakit Indonesia tahun 2012 enam sasaran keselamatan pasien dengan 24 elemen penilaian menjadi salah satu hal yang dinilai. Akreditasi akan mendorong pelaksanaan penjaminan mutu keselamatan pasien. **Tekanan Internasional** memaksa diterapkannya penjaminan mutu. Forum politik internasional juga mempunyai pengaruh terhadap layanan kesehatan, sebagai salah satu anggota WHO, Indonesia telah bertekad untuk melaksanakan jaminan mutu layanan kesehatan.

6.1.3 Perbedaan Tindakan Keselamatan Pasien

Tindakan keselamatan pasien yang diteliti mengacu pada sasaran keselamatan menurut PERMENKES No.1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, (kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi), pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh). Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol mengalami peningkatan tindakan keselamatan pasien, untuk kelompok intervensi meningkat 12% total 176 (100%), namun pada kelompok kontrol hanya meningkat 1%. Hasil penelitian juga menunjukkan terdapat perbedaan sebelum dan sesudah intervensi pada variabel tindakan keselamatan pasien, hal ini sesuai dengan hipotesis penelitian yang menyatakan ada perbedaan tindakan keselamatan pasien sebelum dan sesudah penerapan penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang pada kelompok intervensi di RS Bhakti Yudha dan kelompok kontrol di Rumah Sakit Tugu Ibu Depok.

Hasil penelitian berdasarkan subvaribel tindakan keselamatan pasien pada kelompok intervensi di RS Bhakti Yudha Depok terjadi peningkatan tindakan keselamatan pasien sebelum dan sesudah intervensi jika dibandingkan dengan nilai total tiap subvariabelnya, diantaranya subvariabel keamanan obat meningkat 22%, identifikasi pasien meningkat 21%, Komunikasi efektif meningkat 15%, pengurangan risiko infeksi meningkat 7%, pengurangan risiko jatuh meningkat 3%, serta tidak terjadi peningkatan pada ketepatan lokasi, prosedur, pasien. Tindakan keselamatan pasien pada kelompok kontrol di RS Tugu Ibu Depok tidak terjadi peningkatan pada semua subvariabel. Berikut ini akan peneliti uraikan satu persatu pembahasannya berdasarkan pada tiap-tiap subvariabel.

6.1.3.1 Ketepatan Identifikasi Pasien

Kegagalan mengidentifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek/ tahapan diagnosis dan pengobatan ketika pemberian obat dan darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis serta penyerahan bayi kepada bukan keluarganya. Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/ tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/ kamar/ lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain (Depkes RI, 2011). Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan. Kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut

Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok intervensi terjadi peningkatan tindakan identifikasi pasien sebelum dan sesudah intervensi jika dibandingkan dengan nilai total tiap subvariabelnya, meningkat 21%, pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan. Hal ini diperkuat dengan adanya perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi pada subvariabel identifikasi pasien dan tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada kelompok kontrol. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh intervensi yang diberikan jika dibandingkan kelompok kontrol yang tidak mendapat intervensi. Hal ini sesuai

dengan penelitian Maryam, (2005) menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara identifikasi pasien dengan kepuasan pasien.

Analisis hasil kuesioner di RS Bhakti Yudha Depok tentang identifikasi pasien dari delapan pernyataan terdapat **satu** pernyataan yang menurut penulis mengalami perubahan secara bermakna yaitu **menggunakan dua identitas pasien** misalnya (nama pasien **dan** nomor rekam medik pasien/ nama **dan** tanggal lahir) sebelum melakukan tindakan keselamatan pasien. Sebelumnya 38 (63.3%) dan 21 (35%) dari 60 responden mengaku “tidak pernah dan jarang” menjadi sering dan selalu”.

Tujuh pernyataan lainnya terkait identifikasi pasien tidak mengalami perubahan yang bermakna karena pada saat sebelum diberi intervensi memang sudah “sering dan selalu” dilakukan, hal ini terjadi karena perawat mayoritas sudah pernah mendapatkan pelatihan tentang keselamatan pasien berdasarkan pada panduan Depkes 2008. Terkait temuan tersebut peneliti berpendapat bahwa pelaksanaan identifikasi pasien selama ini memang sudah dilakukan dalam merawat pasien sehari-hari, tetapi yang menjadi penekanan disini adalah identifikasi pasien menggunakan “**dua identitas pasien**” yang harus mendapat perhatian dan harus selalu disosialisasikan oleh kepala ruang dan tim keselamatan pasien di ruang Cattleya A dan B kepada perawat pelaksana.

Penggunaan dua identitas pasien jika akan melakukan prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak boleh digunakan untuk identifikasi. Proses identifikasi pasien dapat dilakukan perawat dengan bertanya kepada pasien sebelum melakukan tindakan misalnya ”nama ibu siapa?”. Jika pasien menggunakan gelang tangan harus tetap dikonfirmasi secara verbal, seandainya pasien tidak dapat menyebut nama maka perawat dapat menanyakan pada penunggu atau keluarga. Pasien yang tidak mampu menyebut nama, tidak memakai gelang dan tidak ada keluarga atau penunggu maka identitas dipastikan

dengan melihat rekam medik oleh dua orang petugas (Unit pelayanan jaminan mutu, RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, 2011).

Hal ini juga sesuai dengan elemen penilaian sasaran menurut Depkes RI, (2011) pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien misalnya nama pasien, tanggal lahir (tidak menggunakan nomor dan lokasi kamar); Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah; Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/ prosedur; Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

6.1.3.2 Komunikasi Efektif

Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi mempunyai arti penting bagi keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan. Rumah sakit merencanakan proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi yang bersifat internal dan eksternal dimana transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat (Depkes RI, 2008).

Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok intervensi terjadi peningkatan tindakan komunikasi efektif 15%, jika dibandingkan dengan nilai total namun pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan. Hal ini diperkuat dengan adanya perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi pada subvariabel komunikasi efektif dan tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada kelompok kontrol. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh intervensi yang diberikan jika dibandingkan kelompok kontrol yang tidak mendapat intervensi. Hal ini sesuai dengan penelitian Maryam, (2005) menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi saat operan dengan kepuasan pasien.

Berdasarkan hasil kuesioner di RS Bhakti Yudha Depok tentang komunikasi efektif dari tujuh pernyataan terdapat satu pernyataan yang menurut penulis mengalami perubahan yang bermakna yaitu membacakan kembali untuk

klarifikasi saat menerima instruksi melalui telepon dimana terdapat 3 (5%) dan 22 (36.6%) dari 60 responden mengaku “tidak pernah dan jarang melakukan” menjadi “sering dan selalu”.

Tindakan komunikasi efektif yang sudah dilakukan oleh perawat di RS Bhakti Yudha Depok diantaranya: Memeriksa pasien sebelum melaporkan kepada dokter, mengecek terlebih dahulu nama dokter penanggung jawab pasien yang akan dihubungi/ ditelepon, memeriksa pasien sebelum melakukan serah terima kepada *shift* berikutnya, memegang status pasien saat melaporkan pasien kepada dokter, menulis instruksi secara verbal dari dokter yang didapat melalui telepon pada status pasien, membaca catatan perkembangan pasien yang terbaru sebelum melakukan serah terima pasien, namun kurang menekankan pentingnya membacakan kembali untuk klarifikasi saat menerima instruksi melalui telepon. Hal ini harus lebih disosialisasikan kepada perawat pelaksana agar tidak terjadi salah komunikasi di antara petugas kesehatan.

Hal ini sesuai dengan Depkes RI, (2011) komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan. Maksud sasaran ini jika komunikasi dilakukan secara efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, dan jelas akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Manojlovich, (2007) menyatakan komunikasi dokter dan perawat mempunyai peran penting dalam menentukan derajat kesehatan pasien, dan kualitas pelayanan yang diberikan. Semakin baik komunikasi diantara perawat dan dokter semakin baik hasil perawatan yang mereka berikan.

Jenis komunikasi yang dapat dilakukan untuk menunjang pelaksanaan keselamatan pasien menurut Sammer, Lykens, Singh, Mains, & Lackan, (2010) diantaranya: *Structured techniques (read-back, SBAR)*. Perintah/ instruksi yang diberikan lewat telepon jika sudah diterima harus ditulis kemudian dibaca kembali

untuk konfirmasi dan verifikasi langsung kepada pemberi perintah/ instruksi. Kebijakan dan/ atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

Rumah sakit harus mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar pemberi layanan. Penelitian Nilasari (2010) menunjukkan ada peningkatan bermakna pada komunikasi perawat saat operan sesudah mendapatkan pelatihan tentang keselamatan pasien. Hal ini sesuai juga dengan elemen penilaian sasaran menurut Depkes RI, (2011) terdiri dari empat hal diantaranya: Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah; Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah; Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan; Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

6.1.3.3 Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok intervensi terjadi peningkatan tindakan keamanan obat 22%, jika dibandingkan dengan nilai total namun pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan. Hal ini diperkuat dengan adanya perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi pada subvariabel keamanan obat dan tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada kelompok kontrol. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh intervensi yang diberikan jika dibandingkan kelompok kontrol yang tidak mendapat intervensi.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian Maryam (2005) yang menggambarkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara perhatian pada rupa dan nama obat, pengendalian cairan elektrolit pekat dengan kepuasan

pasien. Namun terdapat hubungan yang bermakna antara injeksi, dan akurasi ketepatan pemberian obat dengan kepuasan pasien.

Berdasarkan hasil kuesioner di RS Bhakti Yudha Depok tentang peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai dari sembilan pernyataan terdapat **satu** pernyataan yang menurut penulis mengalami perubahan bermakna yaitu meletakkan KCL dekat aquadest dimana 3 (5%) dan 24 (40%) dari 60 responden mengaku "selalu dan sering melakukan", menjadi tidak pernah. Tindakan keamanan obat yang telah dilakukan oleh perawat di RS Bhakti Yudha Depok diantaranya telah menanyakan ada alergi atau tidak kepada pasien sebelum memberi obat/ bertanya keluhan pasien, memberikan obat yang disiapkan sendiri, sebelum mengoplos obat mencocokkan nama pasien dengan jenis obat yang didapat, dosis, jam dan rute pemberian, tidak menyuntikkan obat yang kadaluarsa walaupun terlanjur dibeli pasien, mengencerkan obat yang pekat serta mencatat jenis, rute, dosis dan waktu pemberian obat setelah memberi obat. Penekanan tindakan terkait keamanan obat yang harus tetap dipertahankan oleh kepala ruang dan timnya adalah tidak meletakkan KCL dekat aquadest apalagi jika kemasan mirip/ sama.

Kesalahan obat dapat menyebabkan bahaya untuk pasien, karena perawat mempunyai peran penting dalam menyiapkan dan memberikan obat maka perawat perlu waspada dalam mencegah kesalahan obat (Potter & Perry, 2009). Nama Obat, rupa dan ucapan mirip (NORUM), yang membingungkan staf pelaksana merupakan salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (*medication error*).

Watchdog Institute for safe medication practices (ISMP) pada tahun 1995 melakukan survei lebih dari 160 rumah sakit perawatan akut untuk menganalisis obat yang menyebabkan kerusakan yang serius dan kematian selama periode satu tahun (Cohen, 2007). Pada studi tersebut, ditetapkan enam obat yang secara signifikan berisiko terjadinya kesalahan, diantaranya: Insulin, heparin, opioid,

injeksi kalium klorida atau konsentrat kalium fosfat. *blocking agen neuromuskuler*, obat kemoterapi.

Penelitian Clancy, (2011) menunjukkan bahwa di unit perawatan rata-rata terjadi 3.7 insiden kesalahan obat setiap enam bulan. Weant, Humpries, Hite & Armitstead, (2010) menyatakan ribuan orang Amerika meninggal setiap tahun akibat kesalahan obat selama dirawat di rumah sakit, diperkirakan 29 *milyard dollar* Amerika dihabiskan tiap tahun akibat kesalahan obat.

Rumah sakit harus mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*). Elemen penilaian pada peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai: Kebijakan dan/ atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat yang rupa dan ucapan mirip. Implementasi kebijakan dan prosedur obat yang rupa dan ucapan mirip tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan (Depkes RI, 2011).

Selain itu dapat juga dilakukan standarisasi proses untuk mencegah kesalahan pengobatan menurut Cohen, (2007) diantaranya: Membatasi ketersediaan *high-alert drugs* dan rute administrasi, *practise drug differentiation, use forcing functions*, memberi informasi ke pasien, standarisasi, menerapkan pengingat serta menggunakan teknologi. **Membatasi ketersediaan *high-alert drugs* dan rute administrasi.** Meniadakan 6 obat (Insulin, heparin, opioid, injeksi kalium klorida atau konsentrat kalium fosfat, *blocking agen neuromuskuler*, obat kemoterapi) atau membatasi jumlah, variasi, dan konsentrasi pada unit perawatan pasien akan mengurangi terjadinya kesalahan. Sebagai contoh, rumah sakit yang menghapus/ meniadakan *stock* kalium klorida dari unit perawatan pasien akan menghilangkan kesalahan karena tidak sengaja memberi konsentrat kalium klorida secara langsung pada pasien.

Obat-obatan yang memerlukan kewaspadaan tinggi menurut (Unit pelayanan jaminan mutu, RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, 2011): Elektrolit pekat (KCl 7,46%, Meylon 8,4%, MgSo₄ 20%, NaCl 3%); Golongan opioid (fentanil, kodein Hcl, morfin HCL, morfin sulfat, petidin HCL, sufentanil); Antikoagulan (heparin natrium, enoksaparin natrium); Trombolitik (streptokinase); Antiaritmia (lidokain iv, amiodaron); Insulin/ obat hipoglikemia oral; Obat agonis adrenergik (epinefrin, norepinefrin); Anestetik umum (propofol, ketamin); Kemoterapi; Obat kontras; Pelemas otot (suksinilkolin, rokuronium, vekuronium); Larutan kardioplegia.

Practise drug differentiation, beberapa obat yang memiliki nama hampir sama sebaiknya dipisahkan/ diletakkan berjauhan misalnya heparin dan hespan. Injeksi kalium klorida atau konsentrat kalium fosfat jangan diletakkan berdekatan dengan cairan pelarut/ *aqua bidest* apalagi jika bentuk kemasan sama.

Menggunakan *forcing functions*, sebuah sistem yang menghilangkan atau mengurangi kemungkinan kesalahan. Contoh penggunaan *forcing functions* misalnya menggunakan peralatan medis yang dirancang khusus (*syringe pump, infus pump*).

Memberi informasi dan menyertakan pasien dalam terapi. Memberi informasi yang jelas tentang suatu program pengobatan yang didapatkan pasien dapat mengurangi terjadinya kesalahan dalam pengobatan. Pendekatan lebih aman adalah dengan menulis "alergi" pada gelang pasien untuk mengingatkan penyedia layanan kesehatan untuk mendapatkan informasi lengkap alergi dari pasien karena terkadang penggunaan gelang warna kurang efektif.

Standarisasi misalnya standarisasi prosedur memastikan bahwa proses selesai dengan cara yang sama setiap kali dilakukan, mengurangi kesempatan untuk kesalahan. Standarisasi berguna untuk membantu perawat baru agar melaksanakan sesuatu yang baru dengan aman.

Menerapkan pengingat, buat label yang ditempel di sekitar obat yang mempunyai risiko tinggi. Label tersebut misalnya: Peringatan obat memiliki konsentrasi tinggi harus diencerkan, *for oral use only*.

Menggunakan teknologi untuk meningkatkan keselamatan bila digunakan sebagaimana direkomendasikan misalnya: *Resep terkomputerisasi entry order system* yang mengidentifikasi obat tertentu sebagai waspada tinggi saat memesan. *Bar coding* yang dapat membantu memastikan bahwa "enam benar". *Smart pump* yang memerlukan konfirmasi dosis obat yang jelas sebelum dimulai. Namun penggunaan teknologi ini tidak selalu tersedia di rumah sakit karena dibutuhkan biaya cukup mahal untuk mengadakannya.

Pemberian obat juga harus dilakukan dengan tepat, menurut (Potter & Perry, 2009) terdapat 6 benar yang harus diperhatikan yaitu: Benar obat, dosis, waktu, pasien, cara pemberian, dokumentasi. Sedangkan menurut Koziar, Er's, Berman, & Snyder (2012) menyatakan terdapat sepuluh benar, jadi enam benar ditambah empat benar yaitu benar edukasi, alasan penolakan, pengkajian serta evaluasi. **Benar obat** dilakukan dengan mengecek program terapi pengobatan dari dokter, menanyakan ada tidaknya alergi obat, menanyakan keluhan pasien sebelum dan setelah memberikan obat, mengecek label obat, mengetahui reaksi obat, mengetahui efek samping obat, hanya memberikan obat yang disiapkan sendiri. **Benar dosis** dilakukan dengan cara mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek hasil hitungan dosis dengan dengan perawat lain, mencampur/ mengoplos obat. **Benar waktu** dengan cara mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek tanggal kadaluarsa obat, memberikan obat dalam rentang 30 menit. **Benar pasien** dengan cara mengecek program terapi pengobatan dari dokter, memanggil nama pasien yang akan diberikan obat, mengecek identitas pasien pada papan/ *kardeks* di tempat tidur pasien. **Benar cara pemberian** dengan mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek cara pemberian pada label/ kemasan obat. **Benar dokumentasi** dengan mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mencatat nama pasien, nama obat, dosis, cara, dan waktu pemberian obat. **Benar edukasi** pasien dengan menjelaskan

pengobatan yang didapat pasien. **Benar alasan penolakan** artinya pasien dewasa mempunyai hak untuk menolak pengobatan yang diterima, dalam hal ini perawat mempunyai peran untuk menjelaskan semua konsekuensi akibat penolakan tersebut. **Benar Pengkajian** artinya beberapa obat memerlukan pengkajian khusus misalnya terkait denyut nadi, tekanan darah sebelum diberikan. **Benar evaluasi** artinya perawat harus mengevaluasi segala efek samping yang mungkin timbul akibat pengobatan yang di dapat pasien.

6.1.3.4 Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

Penyimpangan pada verifikasi (tepat lokasi- prosedur dan tepat pasien operasi) akan dapat mengakibatkan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah. Penyebabnya karena miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Selain itu pengkajian pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi (Depkes RI, 2011).

Maksud proses *verifikasi praoperatif* adalah untuk memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar; Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dipampang; Melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/ atau *implant* yang dibutuhkan. Hasil penelitian menunjukkan ketepatan lokasi, prosedur, pasien pada kelompok intervensi tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah intervensi, demikian juga pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang bermakna. Hasil penelitian ini menunjukkan intervensi yang diberikan tidak berpengaruh terhadap peningkatan pada ketepatan lokasi, prosedur, pasien pada kelompok intervensi. Penyebabnya karena sebelum intervensi ketepatan lokasi, prosedur, pasien baik di kelompok intervensi maupun kontrol sudah baik, dalam hal ini rumah sakit telah

mengembangkan suatu pendekatan yang baku terkait ketepatan prosedur, pasien dan ketepatan lokasi.

Hal ini sesuai dengan elemen penilaian sasaran menurut Depkes RI, (2011) diantaranya rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan. Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat praoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/ tindakan pembedahan.

Kebijakan dan prosedur perlu dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi. Penelitian Nilasari, (2010) menunjukkan bahwa terdapat peningkatan yang bermakna ketrampilan perawat dalam penandaan sisi tubuh yang benar sebelum dan sesudah pelatihan keselamatan pasien.

6.1.3.5 Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia yang sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis (Depkes RI, 2011).

Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat, bahkan mengingat pentingnya mencuci tangan maka mencuci tangan memakai sabun sedunia atau *global handwashing day*, diplokanir pada 15 Oktober 2008 serentak di 70 negara dan 5 benua.

Pedoman *hand hygiene* dilakukan dengan enam langkah cuci tangan yang dijadikan standar oleh WHO, (2007) yaitu: Pada saat sebelum dan sesudah menyentuh pasien, sebelum dan sesudah tindakan/ aseptik, setelah terpapar cairan tubuh pasien, sebelum dan setelah melakukan tindakan *invasif*, setelah menyentuh area sekitar pasien/ lingkungan, memakai alat pelindung diri (APD) yaitu alat yang digunakan untuk melindungi petugas dari resiko pajanan darah, cairan tubuh ekskreta, dan selaput lendir pasien seperti sarung tangan, masker, tutup kepala, kacamata pelindung, apron/ jas dan sepatu pelindung.

Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok intervensi terjadi peningkatan tindakan pengurangan risiko infeksi 7%, jika dibandingkan dengan nilai total namun pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan. Hal ini diperkuat dengan adanya perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi pada subvariabel pengurangan risiko infeksi dan tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada kelompok kontrol. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh intervensi yang diberikan jika dibandingkan kelompok kontrol yang tidak mendapat intervensi.

Berdasarkan hasil kuesioner di RS Bhakti Yudha Depok tentang pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dari tujuh pernyataan terdapat dua pernyataan yang menurut penulis mengalami perubahan namun perubahan tersebut belum memuaskan yaitu mencuci tangan sebelum melakukan tindakan ke pasien, dimana terdapat 80 % dari 60 responden mengaku “tidak pernah dan jarang” dan ketika sesudah intervensi masih ada 8% mengaku “jarang’ melakukan. Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan *invasif* ke pasien, sebelum intervensi 70% dari 60 responden mengaku “tidak pernah dan jarang melakukan” dan masih ada 25% mengaku “jarang melakukan. Mencuci tangan setelah tindakan atau setelah menyentuh pasien umumnya hampir selalu dilakukan namun justru sebelum tindakan masih jarang dilakukan.

Kondisi ini sesuai dengan rekomendasi WHO, (2007) adalah mendorong implementasi penggunaan cairan *alcohol-based hand-rubs* tersedia pada titik-titik pelayanan, tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar, mengingatkan penggunaan tangan bersih di tempat kerja; dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan/observasi dan teknik-teknik yang lain.

Hal ini juga sesuai dengan elemen penilaian sasaran pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan menurut Depkes RI, (2011) rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum misalnya *WHO Patient Safety*. Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif. Kebijakan dan/ atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

6.1.3.6 Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/ masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit (Depkes RI, 2011).

Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok intervensi terjadi peningkatan tindakan pengurangan pasien jatuh 15%, jika dibandingkan dengan nilai total namun pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan. Hal ini diperkuat dengan adanya perbedaan yang bermakna pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi pada subvariabel pengurangan risiko infeksi dan tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada kelompok kontrol. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh intervensi yang diberikan jika dibandingkan kelompok kontrol yang tidak mendapat intervensi.

Berdasarkan hasil kuesioner di RS Bhakti Yudha Depok tentang pengurangan risiko jatuh dari delapan pernyataan, enam pernyataan mengalami perubahan dari jarang menjadi sering atau selalu, namun terdapat dua pernyataan yang perubahannya tidak memuaskan. Pernyataan tersebut adalah melakukan pengkajian awal pada pasien risiko jatuh, Meletakkan stiker/ symbol/ kode yang ditempelkan di pintu/ tempat tidur pasien sebagai tanda/ sinyal pasien berisiko jatuh. Setelah penulis telusuri ternyata penyebabnya di RS Bhakti Yudha Depok dan RS Tugu Ibu Depok belum ada standar format khusus di status pasien yang digunakan untuk melakukan pengkajian risiko jatuh misalnya format *Humty Dumpty* untuk pasien anak/ format pengkajian jatuh Morse untuk pasien dewasa atau format pengkajian jatuh pada pasien geriatri. Format yang dipakai diruangan masih menggunakan format pengkajian yang bersifat umum sehingga pengkajian risiko jatuh dipersepsikan secara berbeda-beda oleh tiap perawat, kondisi ini juga berlaku di kelompok kontrol. Berdasarkan hal tersebut peneliti telah memberikan masukan dan juga memberikan contoh format tersebut karena format tersebut memang sudah bersifat baku. Namun peneliti menyadari membutuhkan suatu proses untuk mengubah sistem guna memasukkan format pengkajian risiko jatuh ke dalam status pasien.

Hal ini sesuai dengan elemen penilaian sasaran menurut Depkes RI, (2011) dinyatakan rumah sakit perlu menerapkan proses pengkajian awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan pengkajian ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil pengkajian dianggap berisiko jatuh. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan. Kebijakan dan/ atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

Beberapa hal yang dapat dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya jatuh menurut (*Joint Commission International, 2007*) yaitu: Perawat melihat efek samping obat yang memungkinkan terjadinya jatuh, perawat dapat tetap menjaga

daerah yang dapat menyebabkan jatuh, menggunakan kaca mata, sehingga pasien dapat berjalan sendiri misalnya pada malam hari. Perawat tanggap terhadap perubahan perilaku pasien, meletakkan sepatu dan tali sepatu pada tempatnya, mengecek seluruh daerah yang dapat menyebabkan jatuh (misal sepatu atau tali sepatu yang tidak pada tempatnya). Perawat mengecek penyebab sering terjadinya jatuh (misalnya ruangan didesain tidak terlalu banyak perabotan, daerah yang gelap, dan sedikit hidarasi/ perawat menganjurkan untuk minum 6-8 gelas per hari).

Menurut Potter & Perry (2009) beberapa intervensi yang dapat dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya jatuh pada pasien yaitu: Mengorientasikan pasien pada saat masuk rumah sakit dan menjelaskan sistem komunikasi yang ada, bersikap hati-hati saat mengkaji pasien dengan keterbatasan gerak, melakukan supervisi ketat pada awal pasien dirawat terutama malam hari, menganjurkan menggunakan bel bila membutuhkan bantuan, memberikan alas kaki yang tidak licin, memberikan pencahayaan yang adekuat, memasang pengaman tempat tidur terutama pada pasien dengan penurunan kesadaran dan gangguan mobilitas, dan menjaga lantai kamar mandi agar tidak licin.

Joseph's Hospital dan Medical Center sejak tahun 2001 sudah mengidentifikasi risiko terjadinya jatuh (misalnya pada pasien akut). Manajer perawat mengidentifikasi kondisi medis, obat-obatan, status mental, lingkungan, kemampuan beraktivitas, dan pola tidur pasien, mengkaji kemungkinan terjadinya risiko jatuh adalah dengan cara meletakkan stiker berupa simbol senyuman (*green smiling-face sticker*) yang ditempelkan di pintu pasien sebagai tanda/sinyal untuk kemungkinan terjadinya jatuh sehingga perawat dapat memonitor pasien dengan lebih dekat (Potter & Perry, 2009).

Penggunaan alat seperti *restrains* merupakan salah satu alat untuk immobilisasi pasien. Alat *restrains* dapat manual ataupun mekanik, alat ini berguna untuk memberikan batasan pada klien untuk bergerak secara bebas. Untuk menghindari jatuh dapat dimodifikasi dengan memodifikasi lingkungan yang dapat mengurangi

cidera seperti memberi keamanan pada tempat tidur, toilet, dan bel. Jeruji (*side rails*) pada sisi tempat tidur juga dapat mencegah terjadi cidera pada pasien. *Side rails* dapat meningkatkan imobilisasi dan stabilitas di tempat tidur pada saat pasien akan bergerak dari tempat tidur ke kursi (Potter & Perry, 2009).

The Joint Commission (2005) mengkategorikan faktor-faktor risiko jatuh pada pasien baik secara instrinsik maupun ekstrinsik. **Faktor risiko instrinsik** terintegrasi dalam sistem pasien dan juga dikaitkan dengan perubahan-perubahan akibat penuaan, mencakup peristiwa jatuh sebelumnya, penurunan penglihatan, keseimbangan yang labil, defisit sistem muskuloskeletal, defisit status mental, penyakit akut, dan penyakit kronis. **Faktor-faktor ekstrinsik** adalah kondisi eksternal pasien dan terkait dengan lingkungan fisik, mencakup medikasi, kurangnya alat bantu di kamar mandi, desain furnitur, kondisi lantai, kurangnya pencahayaan, alas kaki yang tidak tepat, penggunaan alat yang tidak tepat, dan alat bantu yang tidak memadai.

Faktor-faktor risiko ekstrinsik pasien jatuh adalah fokus dari studi ini. *Joint Commission* (2005) mengidentifikasi kejadian jatuh antara 1995- 2004 dan menemukan penyebab yang paling utama insiden jatuh yang berakibat fatal dihubungkan dengan komunikasi staf yang tidak adekuat, pelatihan dan orientasi yang tidak lengkap, pengkajian awal dan pengkajian ulang pasien yang tidak lengkap, masalah lingkungan, perencanaan asuhan yang tidak lengkap, kepastian tindakan/ perawatan yang lambat, dan tidak adekuatnya budaya keselamatan pada organisasi.

6.1.4 Pengaruh Penjaminan Mutu terhadap Tindakan Keselamatan Pasien

Hasil penelitian menunjukkan variabel umur, lama bekerja, tingkat pendidikan, jenis kelamin, pelatihan yang diikuti tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha Depok. Hubungan antara karakteristik perawat dengan tindakan keselamatan pasien di gunakan untuk menyingkirkan variabel *confounding*/ perancu.

Perbedaan pada tindakan keselamatan pasien kelompok intervensi disebabkan karena adanya intervensi yang diberikan oleh peneliti. Hal ini diperkuat dengan adanya hasil analisis pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien dimana pengaruhnya sangat kuat dan bersifat positif, yang maknanya semakin baik penjaminan mutu keselamatan pasien semakin baik pula tindakan keselamatan pasien. Sebaliknya pada kelompok kontrol tidak terdapat pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien. Berdasarkan hasil tersebut penjaminan mutu keselamatan pasien haruslah dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan sehingga hasil penjaminan mutu keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh kepala ruang dapat dijadikan sebagai tolak ukur untuk melakukan tindakan edukasi dan korektif jika kriteria yang ditetapkan tidak tercapai.

Hal ini sesuai dengan pendapat Pohan, (2007) **Penjaminan mutu** adalah upaya yang sistematis dan berkesinambungan dalam memantau dan mengukur mutu serta melakukan peningkatan mutu yang diperlukan agar mutu pelayanan kesehatan senantiasa sesuai dengan standar layanan kesehatan yang disepakati dengan dua langkah utama yaitu **pengukuran mutu** dan **peningkatan mutu**. **Langkah pengukuran mutu** diawali dengan pembentukan kelompok jaminan mutu, penyusunan dan sosialisasi standar layanan kesehatan, pemilihan teknik pengukuran, pengukuran mutu layanan kesehatan dengan cara membandingkan standar layanan kesehatan dengan kenyataan yang tercapai. Hasil pengukuran mutu tidak memenuhi standar layanan yang disepakati, maka dilakukan peningkatan mutu agar mutu layanan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Dengan demikian untuk **meningkatkan mutu diperlukan langkah-langkah sebagai berikut**: Penentuan sebab terjadinya kesenjangan antara kenyataan dengan standar, menyusun rencana tindakan untuk mengatasi kesenjangan yang ada, pemilihan rencana kegiatan yang terbaik (Pohan, 2007)..

Lebih lanjut (Assaf, 2009; Bustami, 2011) menegaskan **penjaminan mutu/ quality assurance** ditujukan kepada terjaminnya mutu pelayanan secara berkesinambungan berdasarkan standar yang telah ditetapkan. Konsep ini

menekankan pentingnya proses pelayanan harus betul sesuai standar yang ada. Upaya utamanya adalah mencegah terjadinya pelayanan kesehatan yang tidak memenuhi standar secara terus menerus dan berkesinambungan. Hal ini dapat dilakukan dengan menerapkan sistem mutu dalam pengelolaan organisasi secara baik. Sistem mutu berupaya menghasilkan produk atau jasa yang sesuai atau melebihi standar serta berfokus pada kepuasan pelanggan, baik pelanggan internal (staf) atau pelanggan eksternal.

Pengukuran mutu keselamatan pasien secara periodik dapat dijadikan sebagai evaluasi pola/ alur kerja, sumber daya perawat, arus komunikasi, transfer pengetahuan serta kebijakan dan prosedur keselamatan pasien di rumah sakit dimana menurut Yahya, (2006) hal tersebut merupakan faktor yang dapat berpengaruh terhadap pelaksanaan keselamatan pasien.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari terdapat beberapa keterbatasan yang terdapat dalam penelitian ini, yaitu:

6.2.1 Keterbatasan uji coba kuesioner

Uji coba kuesioner dilakukan di rumah sakit yang sama dengan tempat penelitian namun berbeda ruang yaitu UGD, ICU, Perinatalogi, Kebidanan pada 4-19 April 2012 kepada 30 perawat yang peneliti anggap memiliki kesamaan ciri-ciri responden dengan di ruang rawat inap RS Bhakti Yudha Depok. Diperlukan ujicoba menggunakan responden yang lebih banyak dan lebih bervariasi di tempat lain sehingga diharapkan kuesioner lebih teruji validitas dan reliabilitasnya.

6.2.2 Keterbatasan Variabel Penelitian

Penjaminan mutu terdiri dari dua langkah utama yaitu pengukuran mutu dan peningkatan mutu. Pada penelitian ini masih terbatas pada variabel pengukuran mutu saja yang diteliti, variabel peningkatan mutu belum dilakukan penelitian hal karena keterbatasan waktu untuk melakukan penelitian karena evaluasi peningkatan mutu memerlukan waktu yang relatif lebih lama.

6.2.3 Keterbatasan Standar Pengukuran Mutu

Standar keselamatan pasien yang disusun dan diukur oleh kepala ruang dan timnya masih terbatas pada standar keluaran/ *outcomes* atau hasil layanan kesehatan/ ketentuan ideal yang menunjuk pada hasil langsung pelayanan yang dilakukan oleh perawat pelaksana dalam menerapkan tindakan keselamatan pasien.

6.2.4 Keterbatasan Teknik Pengukuran Mutu

Teknik pengukuran mutu keselamatan pasien yang digunakan dalam penelitian ini masih terbatas pada teknik pengukuran mutu *konkuren* dimana pengukuran dilakukan terhadap mutu tindakan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat **selama layanan diberikan atau diselenggarakan**, belum dilakukan teknik pengukuran mutu yang lain misalnya pengukuran mutu *prospektif* terhadap mutu layanan kesehatan yang dilakukan **sebelum layanan kesehatan diselenggarakan** serta pengukuran mutu *retrospektif* adalah pengukuran terhadap mutu layanan kesehatan yang dilakukan **setelah layanan kesehatan diselenggarakan**.

6.2.5 Keterbatasan Sumber Data Penelitian

Sumber data untuk mengukur variabel penjaminan mutu dan tindakan keselamatan pasien berasal dari persepsi perawat belum dilakukan penilaian /observasi langsung.

6.3 Implikasi Bagi Keperawatan

Hasil penelitian memberikan implikasi bagi praktik keperawatan, bagi perkembangan ilmu manajemen keperawatan dan bagi penelitian selanjutnya.

6.3.1 Bagi Praktik Keperawatan

Hasil penelitian memberikan pengalaman kepala ruangan dalam melaksanakan fungsi manajemen terkait evaluasi (pengukuran mutu) keselamatan pasien. Hasil pengukuran mutu keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh kepala ruang dapat dijadikan sebagai tolak ukur untuk melakukan tindakan edukasi dan korektif jika

kriteria/ standar yang ditetapkan tidak tercapai karena tindakan keselamatan yang kurang optimal akan berdampak terjadinya insiden terkait keselamatan pasien.

Kerugian yang dapat timbul akibat insiden keselamatan pasien diantaranya semakin besar biaya yang harus ditanggung oleh rumah sakit, pasien semakin lama dirawat dan terjadi resistensi obat. Hal lain yang dapat timbul pada pasien yaitu cedera, membahayakan jiwa dan kematian. Insiden keselamatan pasien juga dapat membawa rumah sakit ke arena *blamming*, menimbulkan konflik antara petugas kesehatan dan pasien, menimbulkan sengketa medis, tuntutan dan proses hukum, tuduhan malpraktik, *blow-up* ke media massa yang akhirnya menimbulkan opini negatif terhadap pelayanan rumah sakit, bahkan menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit.

Implikasi penelitian ini bagi manajemen rumah sakit sebagai penentu kebijakan (manajer keperawatan, dan diklat rumah sakit) yang menyusun perencanaan program keselamatan keselamatan pasien agar selalu mensosialisasikan tindakan keselamatan pasien dengan mengacu kepada panduan keselamatan pasien yang terbaru berdasarkan PERMENKES No.1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit yang diantaranya berisi tentang enam sasaran keselamatan pasien yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, (kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi), pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh. Menggunakan temuan pengukuran mutu sebagai ukuran kinerja dan penghargaan perawat, membimbing, memberikan konseling, atau mendisiplinkan perawat dengan tepat. Selain itu juga diperlukannya perawat yang mempunyai tugas khusus untuk memantau/mengontrol kejadian infeksi nosokomial.

Tindakan keselamatan yang kurang optimal juga berdampak pada mahasiswa yang melakukan praktik klinik di rumah sakit, dikarenakan perawat di rumah sakit merupakan role model bagi mahasiswa. Jika perawat melakukan tindakan yang

kurang optimal dikhawatirkan hal tersebut akan dicontoh oleh mahasiswa dan menimbulkan kesalahan berantai.

Lebih lanjut bagi institusi pendidikan hasil penelitian ini memberikan implikasi agar mahasiswa yang melakukan praktik klinik harus dibekali pengetahuan dan keterampilan terkait tindakan keselamatan pasien agar tidak terjadi insiden keselamatan pasien akibat ketidaktahuan mahasiswa terhadap hal-hal terkait keselamatan pasien karena perawat atau pembimbing tidak selalu dapat mendampingi dan mengawasi mahasiswa saat melakukan praktik klinik di rumah sakit.

6.3.2 Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini masih terbatas dalam kepala ruangan dalam menjalankan fungsi manajemen khususnya fungsi evaluasi/ pengendalian keselamatan pasien di rumah sakit. Implikasi bagi penelitian selanjutnya diperlukan penelitian lebih lanjut terkait pengaruh fungsi manajemen yang lain terhadap pengelolaan keselamatan pasien di rumah sakit.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Penelitian pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien pada 20 April-30 Mei 2012, menghasilkan simpulan sebagai berikut:

- 7.1.1 Karakteristik perawat pada kelompok intervensi dan kontrol berada di usia produktif, lama bekerja lebih dari 5 tahun, jenis kelamin sebagian besar perempuan dan berpendidikan DIII keperawatan serta mayoritas pernah mengikuti pelatihan tentang keselamatan pasien.
- 7.1.2 Tidak terdapat hubungan antara umur, lama bekerja, tingkat pendidikan, jenis kelamin, pelatihan yang diikuti dengan tindakan keselamatan pasien pada kelompok intervensi.
- 7.1.3 Terdapat peningkatan penjaminan mutu keselamatan pasien yang lebih tinggi pada kelompok intervensi (73%) jika dibandingkan dengan kelompok kontrol (53%). Terjadi peningkatan tindakan keselamatan pasien sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi diantaranya subvariabel keamanan obat, identifikasi pasien, komunikasi efektif, pengurangan risiko infeksi, pengurangan risiko jatuh meningkat, serta tidak terjadi perubahan pada ketepatan lokasi, prosedur, pasien. Tindakan keselamatan pasien pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan pada semua subvariabel.
- 7.1.4 Terdapat perbedaan sebelum dan sesudah intervensi antara kelompok intervensi dan kontrol pada (identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat, pengurangan risiko infeksi dan pengurangan risiko jatuh) serta tidak terdapat perbedaan pada ketepatan (lokasi, prosedur, pasien operasi).
- 7.1.5 Terdapat pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien pada kelompok intervensi dimana pengaruhnya sangat kuat dan bersifat positif yang maknanya semakin baik

pengukuran mutu keselamatan pasien semakin baik pula tindakan keselamatan pasien. Sebaliknya pada kelompok kontrol tidak terdapat pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien.

7.2 Saran

Berdasarkan pada temuan penelitian yang telah disimpulkan maka peneliti memberikan saran sebagai berikut:

7.2.1 Bagi Manajemen Rumah Sakit

7.2.1.1 Penelitian ini hendaknya ditindaklanjuti oleh pihak rumah sakit dengan upaya perbaikan pada hasil pengukuran mutu yang masih belum memenuhi standar (komunikasi efektif, keamanan obat, pencegahan risiko jatuh, pengurangan risiko infeksi) serta melakukan pengukuran mutu keselamatan pasien secara periodik sebagai usaha pencegahan agar tidak terjadi insiden keselamatan pasien.

7.2.1.2 Mengembangkan dan lebih mensosialisasikan penerapan keselamatan pasien berdasarkan pada PERMENKES No.1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, (kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi), pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh).

7.2.1.3 Membuat standarisasi terkait pengkajian risiko jatuh pada anak, dewasa dan geriatri serta membuat standarisasi tentang penandaan pada pasien risiko jatuh.

7.2.2 Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi perawat pelaksana untuk selalu melaksanakan tindakan keselamatan pasien, dengan lebih menekankan pada tindakan:

- 7.2.2.1 Menggunakan dua identitas pasien misalnya (nama pasien dan nomor rekam medik pasien/ nama dan tanggal lahir) sebelum melakukan suatu tindakan kepada pasien.
- 7.2.2.2 Membacakan kembali untuk klarifikasi saat menerima instruksi melalui telepon.
- 7.2.2.3 Tidak meletakkan KCL dekat aquadest apalagi jika kemasannya mirip.
- 7.2.2.4 Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan ke pasien/ tindakan invasif atau dengan menggunakan handrub gel.
- 7.2.2.5 Melakukan pengkajian awal pada pasien risiko jatuh, meletakkan symbol/ kode sebagai tanda/ sinyal pasien berisiko jatuh jika rumah sakit sudah menetapkan format standar terkait pasien jatuh.

7.2.3 **Bagi penelitian selanjutnya**

Penelitian lebih lanjut diperlukan dengan menggunakan waktu penelitian yang lebih lama agar dapat mengevaluasi perubahan perilaku yang timbul apakah bersifat sementara ataukah permanen, memperbaiki teknik pengambilan data agar tidak lagi menggunakan persepsi perawat, melakukan penelitian lanjutan terkait variabel penjaminan mutu yang lain (peningkatan mutu) yang belum dapat dilaksanakan serta penelitian lain terkait pengaruh fungsi manajemen lainnya (perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan) terhadap keselamatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Assaf. (2009). *Mutu pelayanan kesehatan: Perspektif internasional*. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC.
- Anugrahini C. (2010). *Hubungan faktor individu & organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman patient safety di RSAB Harapan Kita Jakarta*. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Ardani, M.H. (2003). *Hubungan peran koordinasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana dalam program pengendalian mutu pelayanan keperawatan di RSUD Pandan Arang Boyolali*. FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- American Nurses Association. (1998). *The national database of nursing quality indicators (NDNQI)*. <http://www.nursingquality.org>.
- Bustami. (2011). *Penjaminan mutu pelayanan kesehatan & akseptabilitasnya*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Buerhaus, P. (2004). Lucian leape on patient safety in U. S. Hospitals. *Journal of nursing of scholarship*, 4 (36), 366-370. <http://www.proquest.umi.com/pqdweb>.
- Blegen, M. (2006). Patient safety in hospital acute care units. *Proquest: Annual review of nursing research*.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, & generation of evidence*. Sixth edition. St. Louis: WB. Saunders Company.
- Cable, A. (1998). *Introduction to quality improvement*. The University of New Castle. New Castle, NSW, Australia: 1998.
- Clancy, C. (2011). New research highlights the role of patient safety culture & safer care. *Journal of nursing care quality/ Juli- September*.
- Cherry, B., & Jacob, S., (2011). *Contemporary nursing: Issues, trends, & management, Ed 5*. St. Louis, Missouri: Mosby, an affiliate of Elsevier Inc.
- Cohen.2007. Protecting patients from harm: Reduce the risks of high alert drugs. <http://www.nursing2007.com>.
- Canadian nurse association. (2004). *Nurses & patient safety*: Discussion paper. Canadian Nurse Association & University of Toronto Faculty of Nursing. <http://www.cna-nurses.ca/CNA/practice/>.

- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. (2000). *Fundamental of nursing: Human health & function third edition*. Philadelphia: Lippincott.
- Ching et al. (2009). Professional commitment, patient safety & patient-perceived Care Quality. *Journal of Nursing Scholarship*, 41:3, 301-309.
- Dahlan, M. S. (2010). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran & kesehatan*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Dharma, K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan: Panduan melaksanakan & menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: Trans Info media.
- Dessler G. 1997. *Resource management*. 7ed. New jersey: Prentice hall.
- Departemen Kesehatan R.I (2001). *Learning organization*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan R.I (2006). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (patient safety): Utamakan keselamatan pasien*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan R.I (2008). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit. (patient safety): Utamakan keselamatan pasien*. Edisi 2. Jakarta: Depkes RI. Husada.
- Departemen Kesehatan R.I (2006). *Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. (konsep dasar & prinsip)*. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Direktorat Rumah Sakit Khusus & Swasta.
- Departemen Kesehatan R.I (1999). *Modul pelatihan pemecahan masalah bersumber daya tim*, Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan R.I (2011). *Pedoman penyelenggaraan pelayanan keperawatan di rumah sakit*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan & Keteknisian Medik Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan R.I (2011). Peraturan menteri kesehatan RI Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit. Jakarta: Depkes RI.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Hastono, S.P. & Sabri, L. (2010). *Statistik kesehatan*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Hasibuan, M. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Heri Purwanto. 1999. *Perilaku Manusia*. Jakarta: EGC.

- Hikmah, S. (2008). *Persepsi staf mengenai "patient safety" di Instalasi Rawat Darurat (IRD) RSUP Fatmawati*. Skripsi. FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Institute for Healthcare Improvement.2007. *Protecting 5 Million Lives from Harm*. <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/Campaign.htm>.
- Joint Commission, The. (2005). *Defining the problem of falls*. In I.J. Smith (Ed.), *reducing the risk of falls in your health care organization*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- Joint Commission, The. (2007). *National patient safety goals - facts about the 2007 National Patient Safety Goals*.
- Joint Commission Accreditation of Health Organization. (2010). *National Patient safety*.<http://www.jointcommission.org/Patientsafety/NationalPatientsafetyGoals/>.
- Kozier, B.E.G & Erb's.G., Berman, A. & Snyder, S. (2012). *Fundamentals nursing: Concepts, process & practice*. Ninth edition. New Jersey: Pearson Education Inc.
- KKP-RS. (2008). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP)*. Jakarta: KKP-RS.
- Lumenta, N. (2008, April). *State of the patient safety*. disampaikan pada workshop keselamatan pasien dan manajemen resiko klinis di RSAB Harapan Kita Jakarta.
- Marquis, B.L. & Houston, C.J. (2012). *Leadership roles & management functions in nursing: Theory & application Seven edition*: Philadelphia: Lippincott.
- Maryam, D. (2009). *Hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di IRNA medik RSU Dr. Soetomo Surabaya*. Tesis. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Marpaung, J. (2005). *Persepsi perawat pelaksana tentang kepemimpinan efektif kepala ruang 7 hubungannya dengan budaya kerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUP Adam Malik Medan*. FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Manojlovich, M. et al. (2007). Healthy work environment nurse- physician communication & patient outcomes. *American journal of critical care*. Vol. 16.
- Morse J. (2002). Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient. *American Journal of infection control*, vol. 30 (6), October, 2002, pg. 376-380.

- Nilasari. (2010). *Pengaruh pelatihan tentang patient safety terhadap peningkatan pengetahuan dan ketrampilan perawat klinik pada penerapan patient safety di IRNA C RSUP Fatmawati*. FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Nazham, D.M. (2009, April). *Celebrating nurse: Operating at the sharp end of safe patient care*. <http://www.Jointcommission.org/>.
- Notoadmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nur, Y.S. (2012, Maret 9). Wawancara pribadi.
- Parasuraman, A. Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1998). Servqual: A multiple item scale for measuring consumer perception of service quality. *Journal of retailing*, Vol. 64.
- Prasetyo, B. & Jannah, L.M. (2010). *Metode penelitian kuantitatif teori & aplikasi*. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada.
- Pohan, I., (2007). *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian & penerapan*. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC.
- Polit, D. F.& Beck, T.C. (2010). *Nursing research: Generating & assessing evidence for nursing practice* 9 edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental of nursing: Concepts, process & practice*. St. Louis: Mosby Year Book. Inc.
- Reiling, R.T. (2006, August). Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. *Journal advance in Patient safety*. 2 (20), 1-15. <http://www.ahrg.gov>.
- Robbins, S.P.(2003). *Organizational behaviour , 10 th ed*. New Jersey: Pearson Education International.
- Sastroasmoro, S. & Ismael S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sugiono. (2010). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D., & Lackan, N., (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42:2, 156–165.
- Swanburg, R.C. (1999). *Introductory management & leadership for clinical nurses*. Texas: John & Bartlett Publishers, Inc.
- Sutrisno, E. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Kencana.

- Siagian, S.P. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R.(2006). *Nursing theorist & their work*. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Thomlow, D. (2008). Nursing patient safety research in rural health care settings. *Annual Review of Nursing Research*; 2006; 24, ProQuest
- Unit pelayanan jaminan mutu. (2011). *Buku saku quality & safety*. Jakarta: RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.
- Keputusan Rektor Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman teknis penulisan tugas akhir mahasiswa Universitas Indonesia*. Depok: Universitas Indonesia.
- WHO. (2007). *WHO collaborating center for patient safety*. Joint commission & Joint commission international solution. <http://www.who.int.com>.
- Weant, K., Humpries, R., Hite, K., & Armitstead, J. (2010). Effect of emergency medicine pharmacists on medication-error reporting in an emergency department. *American Society of Health-System Pharmacists, Inc*. Vol 67. Nov 1.
- Yoder & Wise. (2011). *Leading & managing in nursing*. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Yahya, A.A. (2006). *Konsep & program patient safety*. Konvensi Nasional Mutu RS ke- IV. Bandung. 14-16 November 2006.
- Zulkifli, R. (2012, Maret 8). Wawancara pribadi.



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Lampiran 1

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

Pengaruh Penerapan Pengukuran Mutu Keselamatan Pasien oleh Kepala Ruang terhadap Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok.

Nama peneliti utama : ISWATI

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 13 April 2012

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

Dekan
UNIVERSITAS INDONESIA

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Fax. 7864124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.ac.id

Nomor : 684 /H2.F12.D/PDP.04.02/2012
Lampiran : --
Perihal : Permohonan pengambilan data

17 Februari 2012

Lampiran 2

Yth. Direktur
RS Bhakti Yudha Depok
Jl. Raya Sawangan No 2A
Depok

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

Sdr. Iswati
NPM 1006800882

Bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa mengambil data pendahuluan di RS Bhakti Yudha Depok Jakarta sebagai proses pelaksanaan kegiatan tesis dengan Judul Pengaruh Pedoman Pengendalian kepala Ruang terhadap Keselamatan Pasien yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di RS Bhakti Yudha Depok.

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

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kepala Diklat RS Bhakti Yudha Depok
3. Kepala Bidang Keperawatan Depok
4. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : *1284* /H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

21 Maret 2012

Yth. Direktur
RS Bhakti Yudha
Jl. Raya Sawangan No 2A
Depok

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

Sdr. Iswati
NPM 1006800882

akan mengadakan Penelitian dengan judul: "**Pengaruh Penerapan Pedoman Pengukuran Mutu Keselamatan Pasien Terhadap Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan yang bersangkutan untuk mengadakan Penelitian di RS Bhakti Yudha Depok.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,


Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kepala Bagian Diklat RS Bhakti Yudha Depok
3. Kepala Bidang Keperawatan RS Bhakti Yudha Depok
4. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Peninggal



RSU BHAKTI YUDHA

Jl. Raya Sawangan No. 2A Depok 16436
Telp. (021) 7520082, Fax : (021) 7775862 - 7520510

Nomor : 189 /00-1/RSBY/II/2012
Lampiran : -
Perihal : **Ijin Pengajuan Lahan Penelitian**

**Kepada Yth,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Di
Tempat**

Dengan hormat,

Membalas surat Saudara nomor: 684/H2.F12.D/PDP.04.02/2012 tertanggal 17 Februari 2012 perihal sebagaimana disebut dalam pokok surat diatas, kami sampaikan bahwa pada prinsipnya dapat kami setujui permohonan izin Penelitian, menggunakan data kepada Mahasiswa a/n Iswati.

Sehubungan dengan kegiatan tersebut diatas, yang bersangkutan dikenakan biaya administrasi sebesar **Rp 700.000,-**.

Pembimbing : Rp. 500.000,-

Rumah Sakit : Rp. 200.000,-

Demikian hal ini kami sampaikan untuk menjadi maklum dan atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Depok, 27 Februari 2012


Dr. DEWI BASMALA, MARS
Direktur Operasional

Tembusan :

1. Manajer Keuangan/C.q Spv. Income Control
2. Pembimbing
3. Komite Keperawatan & Diklat
4. Arsip



Rumah Sakit
TUGU IBU

Jl. Raya Bogor Km.29 Cimanggis - Depok 16952 Telp. 8711693, 8718633, 8718634 Fax.8708266

Nomor : 199 /AA.01 / DIKLAT-SDM /IV / 2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian.

Kepada Yth
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI
Di
Tempat

Dengan hormat,

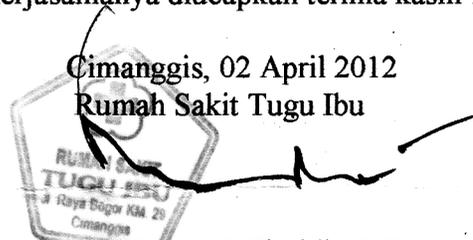
Merujuk surat Saudara No.1283 /H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tertanggal 21 Maret 2012 Perihal Permohonan Ijin Penelitian, guna penulisan Tesis dengan judul ” **Pengaruh Penerapan Pedoman Pengukuran Mutu Keselamatan Pasien Terhadap Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat** ”, pada dasarnya kami tidak berkeberatan namun tentunya disesuaikan dengan keadaan pada RS. Tugu Ibu.

Perlu kami beritahukan bahwa Mahasiswa yang melaksanakan kegiatan Penelitian, guna penulisan Tesis di Rumah Sakit Tugu Ibu diharapkan mentaati peraturan dan petunjuk yang diberikan oleh Pimpinan RS. Tugu Ibu.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas perlu kami informasikan bahwa bagi Mahasiswa yang melaksanakan kegiatan tersebut diatas dikenakan biaya sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit Tugu Ibu sebesar Rp. 600.000,- (Enam Ratus Ribu Rupiah) per topik setiap Mahasiswa. Adapun pelaksanaan kegiatan tersebut dapat dimulai sesuai jadwal yang disepakati atas nama; **Iswati NPM : 1006800882**

Demikian kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih .

Cimanggis, 02 April 2012
Rumah Sakit Tugu Ibu



Dr. Peppy R Firaidie, MM
Direktur



Rumah Sakit
TUGU IBU

Jl. Raya Bogor Km.29 Cimanggis - Depok 16952 Telp. 8711693, 8718633, 8718634 Fax.8708266

Nomor : 199 /AA.01 / DIKLAT-SDM /IV / 2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian.

Kepada Yth
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI
Di
Tempat

Dengan hormat,

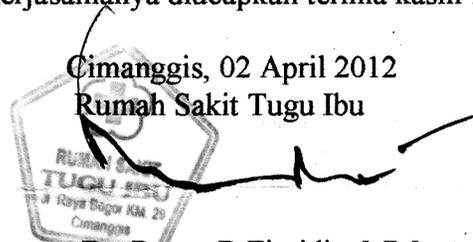
Merujuk surat Saudara No.1283 /H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tertanggal 21 Maret 2012 Perihal Permohonan Ijin Penelitian, guna penulisan Tesis dengan judul ” **Pengaruh Penerapan Pedoman Pengukuran Mutu Keselamatan Pasien Terhadap Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat** ”, pada dasarnya kami tidak berkeberatan namun tentunya disesuaikan dengan keadaan pada RS. Tugu Ibu.

Perlu kami beritahukan bahwa Mahasiswa yang melaksanakan kegiatan Penelitian, guna penulisan Tesis di Rumah Sakit Tugu Ibu diharapkan mentaati peraturan dan petunjuk yang diberikan oleh Pimpinan RS. Tugu Ibu.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas perlu kami informasikan bahwa bagi Mahasiswa yang melaksanakan kegiatan tersebut diatas dikenakan biaya sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit Tugu Ibu sebesar Rp. 600.000,- (Enam Ratus Ribu Rupiah) per topik setiap Mahasiswa. Adapun pelaksanaan kegiatan tersebut dapat dimulai sesuai jadwal yang disepakati atas nama; **Iswati NPM : 1006800882**

Demikian kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih .

Cimanggis, 02 April 2012
Rumah Sakit Tugu Ibu



Dr. Peppy R. Firaidie, MM
Direktur

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth,

Rekan sejawat (perawat pelaksana di RS Bhakti Yudha Depok)

Dengan hormat,

Nama saya Iswati NPM 1006800882 merupakan mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Bersama ini saya akan melakukan penelitian berjudul “pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Bhakti Yudha Depok”.

Tujuan dari penelitian untuk memperoleh data tentang penerapan penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat pelaksana. Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian dan pengaruh apapun terhadap saudara sebagai perawat. Kerahasiaan identitas dan semua informasi yang diberikan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian saja.

Seandainya selama saudara menjadi responden penelitian dan mengalami ketidaknyamanan saudara diperkenankan untuk mengundurkan diri dari penelitian ini dengan memberitahukan kepada peneliti. Penelitian ini akan bermanfaat bagi perbaikan layanan keperawatan dan pengembangan keilmuan terkait keselamatan pasien. Melalui penjelasan ini peneliti sangat berharap partisipasi saudara dan kejujuran saudara dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan partisipasinya dalam penelitian ini, peneliti ucapkan terimakasih.

Depok, April 2012,

Peneliti,

Iswati

Universitas Indonesia

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth,

Rekan sejawat (perawat pelaksana di RS Tugu Ibu Depok)

Dengan hormat,

Nama saya Iswati NPM 1006800882 merupakan mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Bersama ini saya akan melakukan penelitian berjudul “pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien terhadap tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Tugu Ibu Depok”.

Tujuan dari penelitian untuk memperoleh data tentang penerapan penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat pelaksana. Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian dan pengaruh apapun terhadap saudara sebagai perawat. Kerahasiaan identitas dan semua informasi yang diberikan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian saja.

Seandainya selama saudara menjadi responden penelitian dan mengalami ketidaknyamanan saudara diperkenankan untuk mengundurkan diri dari penelitian ini dengan memberitahukan kepada peneliti. Penelitian ini akan bermanfaat bagi perbaikan layanan keperawatan dan pengembangan keilmuan terkait keselamatan pasien. Melalui penjelasan ini peneliti sangat berharap partisipasi saudara dan kejujuran saudara dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan partisipasinya dalam penelitian ini, peneliti ucapkan terimakasih.

Depok, April 2012,

Peneliti,

I s w a t i

Universitas Indonesia

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth,
Kepala ruang di RS Bhakti Yudha Depok

Dengan hormat,

Nama saya Iswati NPM 1006800882 merupakan mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Bersama ini saya akan melakukan penelitian berjudul “pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien di RS Bhakti Yudha Depok”.

Tujuan dari penelitian ini mengetahui pengaruh penerapan penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien. Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian dan pengaruh apapun terhadap saudara sebagai kepala ruang. Kerahasiaan identitas dan semua informasi yang diberikan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian saja.

Seandainya selama saudara menjadi responden penelitian dan mengalami ketidaknyamanan saudara diperkenankan untuk mengundurkan diri dari penelitian ini dengan memberitahukan kepada peneliti. Penelitian ini akan bermanfaat bagi perbaikan layanan keperawatan dan pengembangan keilmuan terkait keselamatan pasien. Melalui penjelasan ini peneliti sangat berharap partisipasi saudara dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan partisipasinya dalam penelitian ini, peneliti ucapkan terimakasih.

Depok, April 2012,
Peneliti,

I s w a t i

Universitas Indonesia

PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari Iswati, NPM 1006800882 yang merupakan mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Penelitian ini dalam rangka tugas akhir dengan judul pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien bagi kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Bhakti Yudha Depok.

Saya menyatakan bersedia sebagai responden dalam penelitian ini setelah mendapatkan penjelasan yang memuaskan tentang tujuan penelitian, dan proses penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti. Saya memahami bahwa penelitian ini akan mempelajari tindakan keselamatan pasien yang saya lakukan.

Saya juga memahami bahwa dengan menyatakan setuju menjadi responden dalam penelitian ini, saya akan mengisi kuesioner yang diberikan peneliti. Saya juga sudah diberi penjelasan bahwa saya diberi hak untuk berhenti dari partisipasi dalam penelitian ini dengan memberitahu peneliti. Saya juga paham bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya, dan tidak berdampak pada pekerjaan saya dan kerahasiaan penelitian ini akan dijamin oleh peneliti. Saya memahami bahwa data yang saya berikan hanya untuk kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, April 2012

Hormat saya,

Universitas Indonesia

PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari Iswati, NPM 1006800882 yang merupakan mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Penelitian ini dalam rangka tugas akhir dengan judul pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu Depok.

Saya menyatakan bersedia sebagai partisipan dalam penelitian ini setelah mendapatkan penjelasan yang memuaskan tentang tujuan penelitian, dan proses penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti. Saya memahami bahwa penelitian ini akan mempelajari tindakan keselamatan pasien yang saya lakukan.

Saya juga memahami bahwa dengan menyatakan setuju menjadi responden dalam penelitian ini, saya akan mengisi kuesioner yang diberikan peneliti. Saya juga sudah diberi penjelasan bahwa saya diberi hak untuk berhenti dari partisipasi dalam penelitian ini dengan memberitahu peneliti. Saya juga paham bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya, dan tidak berdampak pada pekerjaan saya dan kerahasiaan penelitian ini akan dijamin oleh peneliti. Saya memahami bahwa data yang saya berikan hanya untuk kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, April 2012

Hormat saya,

Universitas Indonesia

PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari Iswati, NPM 1006800882 yang merupakan mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Penelitian ini dalam rangka tugas akhir dengan judul pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu Depok.

Saya menyatakan bersedia sebagai responden dalam penelitian ini setelah mendapatkan penjelasan yang memuaskan tentang tujuan penelitian, dan proses penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti. Saya memahami bahwa dalam penelitian ini saya akan dilibatkan oleh peneliti untuk menerapkan pengukuran mutu keselamatan pasien.

Saya juga memahami bahwa dengan menyatakan setuju menjadi responden dalam penelitian ini, saya akan melaksanakan intervensi yang diberikan peneliti. Saya juga sudah diberi penjelasan bahwa saya diberi hak untuk berhenti dari partisipasi dalam penelitian ini dengan memberitahu peneliti. Saya juga paham bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya, dan tidak berdampak pada pekerjaan saya dan kerahasiaan penelitian ini akan dijamin oleh peneliti. Saya memahami bahwa data yang saya berikan hanya untuk kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, April 2012

Hormat saya,

Universitas Indonesia

KUESIONER PENELITIAN

Pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Bhakti Yudha Depok.

Kode Responden (diisi peneliti) :

Tanggal Pengisian : - - 2012

Petunjuk pengisian :

1. Kuesioner ini terdiri dari dua bagian yaitu (A) karakteristik responden perawat pelaksana, (B) penerapan pengukuran mutu keselamatan pasien, (C) tindakan keselamatan pasien.
2. Kuesioner ini tidak berpengaruh negatif terhadap penilaian saudara(i), dan dijamin kerahasiaannya sehingga nama/ identitas tidak perlu di tulis. Untuk itu kejujuran dalam mengisi sangat kami hargai.
3. Isilah pernyataan dibawah ini dengan cara memberi tanda (V) pada kolom jawaban yang disediakan. Anda hanya memilih satu jawaban untuk tiap pernyataan dan mengisi keseluruhan kuesioner dengan lengkap.
4. Baca pernyataan dengan seksama sebelum menjawab dan atas kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

KUESIONER PENELITIAN

Pengaruh penjaminan mutu keselamatan pasien oleh kepala ruang terhadap tindakan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu Depok

Kode Responden (diisi peneliti) :

Tanggal Pengisian : - - 2012

Petunjuk pengisian :

1. Kuesioner ini terdiri dari dua bagian yaitu (A) karakteristik responden perawat pelaksana, (B) penerapan pengukuran mutu keselamatan pasien, (C) tindakan keselamatan pasien.
2. Kuesioner ini tidak berpengaruh negatif terhadap penilaian saudara(i), dan dijamin kerahasiaannya sehingga nama/ identitas tidak perlu di tulis. Untuk itu kejujuran dalam mengisi sangat kami hargai.
3. Isilah pernyataan dibawah ini dengan cara memberi tanda (V) pada kolom jawaban yang disediakan. Anda hanya memilih satu jawaban untuk tiap pernyataan dan mengisi keseluruhan kuesioner dengan lengkap.
4. Baca pernyataan dengan seksama sebelum menjawab dan atas kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

KUESIONER A

KARAKTERISTIK PERAWAT

- Umur : Tahun
- Jenis Kelamin : Pria Wanita
- Pendidikan : SPK DIII Kep.
 S1 Kep Lainnya.....
- Lama bekerja (tuliskan dalam kotak) : Tahun Bulan
- Status kepegawaian : Kontrak Tetap
 Lainnya

Pelatihan/ seminar yang pernah anda ikuti terkait keselamatan pasien:

- Tidak Pernah
- Pernah
- Berapa kali?
- Terakhir tahun berapa?

KUESIONER B
PENERAPAN PENGUKURAN MUTU
KESELAMATAN PASIEN

Petunjuk pengisian :

Bacalah pernyataan dengan seksama sebelum menjawab. Anda hanya memilih 1 (satu) jawaban untuk tiap pernyataan dan mengisi keseluruhan kuesioner dengan lengkap. Beri tanda cek (V) pada kolom yang tersedia sesuai dengan kondisi nyata di ruangan anda, dengan pilihan:

Tidak pernah dilakukan	Jika pernyataan tersebut sama sekali tidak pernah dilakukan oleh kepala ruang.
Jarang dilakukan	Jika pernyataan tersebut kadang-kadang dilakukan oleh kepala ruang.
Sering dilakukan	Jika pernyataan tersebut sering dilakukan oleh kepala ruang.
Selalu dilakukan	Jika pernyataan tersebut selalu dilakukan oleh kepala ruang.

No.	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
1.	Apakah kepala ruang mengadakan pertemuan dengan anggota penjaminan mutu keselamatan pasien di ruang ini.				
Apakah kepala ruang mensosialisasikan hal dibawah ini?					
2.	Identifikasi pasien menggunakan dua identitas pasien misalnya nama pasien dan no. Rekam medik (tidak menggunakan nomor dan lokasi kamar).				
3.	Identifikasi pasien harus dilakukan sebelum pemberian obat.				
4.	Identifikasi pasien harus dilakukan sebelum pemberian darah.				
5.	Identifikasi pasien sebelum mengambil darah/ spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.				
6.	Identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan/ prosedur invasif.				
7.	Menanyakan nama pasien kepada penunggu (keluarga) jika pasien tidak dapat menyebut nama (tidak mampu bicara/ tidak sadar).				
8.	Jika pasien yang dirawat tidak mampu bicara sedangkan tidak ada penunggu, maka memastikan identitas dengan mengecek nomor rekam medik bersama perawat lain.				
9.	Apabila menerima instruksi (dari dokter) secara lisan melalui telepon harus ditulis secara lengkap.				
10.	Apabila menerima hasil pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan lain secara lisan melalui telepon harus ditulis secara lengkap.				
11.	Jika menerima instruksi dari dokter secara lisan melalui telepon perawat harus membacakan kembali secara lengkap kepada dokter yang memberi instruksi.				
12.	Jika menerima hasil pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan lain secara lisan melalui telepon perawat harus membacakan kembali secara lengkap kepada pemberi informasi.				
Apakah kepala ruang menginstruksikan hal dibawah ini?					
13.	Obat yang memiliki nama hampir sama dipisahkan/ diletakkan berjauhan misalnya (heparin dan hespan).				
14.	Elektrolit pekat dipisahkan/ diletakkan berjauhan misalnya (KCl 7,46% dengan cairan pelarut/ <i>aqua bidest</i> apalagi jika kemasannya sama).				
15.	Menggunakan peralatan medis misalnya <i>syringe pump</i> , <i>infus pump</i> jika memberikan obat/ cairan yang butuh kewaspadaan tinggi (sesuai ketentuan rumah sakit).				
16.	Obat yang memiliki rupa mirip diberi label khusus (misalnya pantoprazole 20 mg dengan pantoprazole 40 mg)				
17.	Obat yang ucapannya mirip diberi label khusus (misalnya cefotaxime dengan ceftriaxone).				
18.	Obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi (rupa/ ucapannya mirip) tidak diletakkan bersama dengan obat lain yang biasa digunakan sehari-hari.				

No.	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
Apakah kepala ruang dan anggota penjaminan mutu mensosialisasikan/ mengkomunikasikan hal dibawah ini? (pertanyaan no. 19-31)					
19.	Perawat memberi informasi yang jelas tentang program pengobatan yang didapatkan terutama sebelum memberikan obat kepada pasien.				
20.	Membuat daftar obat yang didapat pasien.				
21.	Perawat dalam memberikan obat kepada pasien harus sesuai SOP yang ditetapkan.				
22.	Perawat dalam memberikan obat kepada pasien harus memperhatikan minimal 6 benar (benar obat, dosis, waktu, pasien, cara pemberian, dokumentasi).				
23.	Mencuci tangan sebelum menyentuh pasien				
24.	Mencuci tangan sesudah menyentuh pasien				
25.	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan/ aseptik				
26.	Mencuci tangan sesudah melakukan tindakan/ aseptik				
27.	Mencuci tangan sesudah terpapar cairan tubuh pasien.				
28.	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan invasif.				
29.	Mencuci tangan sesudah melakukan tindakan invasif.				
30.	Mencuci tangan setelah menyentuh area sekitar pasien/ lingkungan				
31.	Memakai alat pelindung diri (seperti sarung tangan, masker) saat melakukan tindakan yang beresiko terkena pajanan darah, cairan tubuh, ekskreta, dan selaput lendir pasien.				
Apakah kepala ruang memberi contoh hal dibawah ini?(pertanyaan no. 32- 37)					
32.	Melakukan pengkajian untuk mengidentifikasi resiko jatuh				
33.	Meletakkan stiker/ symbol/ kode yang ditempelkan di pintu pasien/ digantung di sisi tempat tidur sebagai tanda/ sinyal untuk kemungkinan terjadinya jatuh pada pasien.				
34.	Mengorientasikan pasien pada saat masuk rumah sakit				
35.	Melakukan pengkajian ulang pasien jika diindikasikan ada perubahan kondisi atau pengobatan untuk mengidentifikasi resiko jatuh				
36.	Mempersiapkan alat bantu jalan dalam kondisi siap pakai di dekat pasien.				
37.	Mempersiapkan bel dalam kondisi siap pakai di dekat pasien.				
Apakah kepala ruang dan anggota penjaminan mutu mensosialisasikan/ mengkomunikasikan hal dibawah ini? (pertanyaan no. 38-50)					
38.	Melakukan supervisi ketat pada awal pasien dirawat terutama malam hari				
39.	Memberikan pencahayaan yang adekuat di ruangan.				

No.	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
40	Memeriksa kelengkapan semua dokumen yang diperlukan sebelum dikirim ke kamar operasi (misalnya <i>inform consent</i>).				
41.	Memeriksa kelengkapan hasil pemeriksaan laboratorium pasien sebelum dikirim ke kamar operasi.				
42.	Mengecek kelengkapan foto (<i>imaging</i>) yang dibutuhkan pasien.				
43.	Memverifikasi ketersediaan peralatan khusus/ implant yang dibutuhkan sebelum pasien dikirim ke kamar operasi.				
44.	Memasang infus pada area yang berlawanan dengan daerah yang akan dioperasi.				
45.	Apakah kepala ruang dan anggota penjaminan mutu melakukan penilaian/ observasi tindakan keselamatan pasien yang dilakukan perawat?				
46.	Apakah kepala ruang memberitahukan hasil penilaian yang dilakukan kepada perawat yang dinilai?				
47.	Apakah kepala ruang memberi umpan balik terhadap hasil penilaian yang dilakukan?				
48.	Apakah kepala ruang meminta masukan kepada perawat pelaksana terkait penyediaan sarana penunjang tindakan keselamatan pasien? (sarung tangan, masker, peralatan cuci tangan dll).				

KUESIONER C
TINDAKAN KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT PELAKSANA

Petunjuk pengisian :

Bacalah pernyataan dengan seksama. Beri tanda cek (V) pada kolom yang tersedia sesuai dengan kondisi nyata tindakan keselamatan pasien yang saudara lakukan, dengan pilihan:

Tidak pernah dilakukan	Jika pernyataan tersebut sama sekali tidak pernah saudara lakukan.
Jarang dilakukan	Jika pernyataan tersebut kadang-kadang saudara lakukan.
Sering dilakukan	Jika pernyataan tersebut sering saudara lakukan.
Selalu dilakukan	Jika pernyataan tersebut selalu dilakukan.

No.	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
Hal di bawah ini saya lakukan dalam merawat pasien:					
1.	Identifikasi menggunakan dua identitas pasien misalnya (nama pasien dan nomor rekam medik pasien/ nama dan tanggal lahir) sebelum mengambil spesimen darah.				
2.	Memberikan obat oral kepada pasien tanpa mengecek identitas pasien.				
3.	Sebelum memberikan obat injeksi identifikasi pasien hanya dengan menanyakan nama saja.				
4.	Menanyakan nama pasien kepada penunggu (keluarga) jika pasien tidak dapat menyebut nama (tidak mampu bicara/ tidak sadar).				
5.	Sebelum mengambil darah mengecek gelang tangan pasien tanpa bertanya nama pasien.				
6.	Sebelum memberikan transfusi darah memastikan nama yang ada di label sama dengan nama yang ada di kantong darah.				
7.	Jika pasien yang dirawat tidak mampu bicara sedangkan tidak ada penunggu, maka memastikan identitas dengan mengecek nomor rekam medik bersama perawat lain.				
8.	Memeriksa pasien sebelum melaporkan kepada dokter.				
9.	Memeriksa terlebih dahulu nama dokter penanggung jawab pasien yang akan dihubungi/ ditelepon.				
10.	Memeriksa pasien sebelum melakukan serah terima kepada <i>shift</i> berikutnya.				
11.	Memegang status pasien saat melaporkan pasien kepada dokter.				
12.	Jika menerima instruksi melalui telepon tidak membacakan kembali untuk klarifikasi.				
13.	Instruksi secara verbal dari dokter yang didapat melalui telepon tidak perlu ditulis pada status pasien.				
14.	Membaca catatan perkembangan pasien yang terbaru sebelum melakukan serah terima pasien.				
15.	Menanyakan ada alergi atau tidak kepada pasien sebelum memberi obat.				
16.	Langsung meminta pasien meminum obat oral tanpa bertanya keluhan pasien				

No.	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
	Hal di bawah ini saya lakukan dalam merawat pasien:				
17.	Memberikan obat yang disiapkan oleh perawat lain				
18.	Menanyakan keluhan pasien setelah memberi obat.				
19.	Sebelum mengoplos obat mencocokkan nama pasien dengan jenis obat yang didapat, dosis, jam dan rute pemberian.				
20.	Tetap menyuntikkan obat yang kadaluarsa karena terlanjur dibeli pasien.				
21.	Menyuntikkan obat yang pekat tanpa mengencerkan terlebih dahulu				
22.	Setelah memberi obat mencatat jenis, rute, dosis dan waktu pemberian obat.				
23.	Meletakkan KCL dekat aquadest agar mudah dijangkau saat diperlukan.				
24.	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan ke pasien.				
25.	Mencuci tangan setelah melakukan tindakan ke pasien.				
26.	Setelah melakukan tindakan invasif ke pasien tidak perlu mencuci tangan karena sudah memakai sarung tangan				
27.	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan <i>invasif</i> ke pasien.				
28.	Mencuci tangan setelah menyentuh area sekitar pasien.				
29.	Memakai sarung tangan saat terpapar cairan tubuh pasien.				
30.	Mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun.				
31.	Melakukan pengkajian awal pada pasien risiko jatuh.				
32.	Meletakkan stiker/ symbol/ kode yang ditempelkan di pintu/ tempat tidur pasien sebagai tanda/ sinyal pasien berisiko jatuh.				
33.	Mengorientasikan pasien pada saat masuk rumah sakit.				
34.	Membiarkan lantai licin.				
35.	Menurunkan pengaman tempat tidur pada pasien yang mengalami keterbatasan gerak.				
36.	Mematikan bel di malam hari.				
37.	Melakukan supervisi ketat pada awal pasien dirawat terutama malam hari.				
38.	Memeriksa kelengkapan semua dokumen pasien sebelum dikirim ke kamar operasi.				

No.	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
Hal di bawah ini saya lakukan dalam merawat pasien:					
39.	Mengecek kelengkapan foto (<i>imaging</i>) yang dibutuhkan pasien.				
40.	Memeriksa kelengkapan hasil pemeriksaan laboratorium				
41.	Memastikan kebenaran identitas pasien yang akan dikirim ke kamar operasi.				
42.	Memverifikasi ketersediaan peralatan khusus/ <i>implant</i> yang dibutuhkan sebelum pasien dikirim ke kamar operasi.				
43.	Memasang infus pada area yang berlawanan dengan daerah yang akan dioperasi				
44.	Membuat daftar kelengkapan semua dokumen, foto, hasil pemeriksaan, pengobatan yang didapat pasien sebelum serah terima di kamar operasi.				

KISI-KISI PENILAIAN KUESIONER

No.	Sub variabel	Jumlah	Nomor pernyataan Positif	Nomor pernyataan Negatif
Penerapan pengukuran mutu		48	48	-
1.	Pembentukan kelompok & pertemuan kelompok	1	1	-
2.	Pembuatan standar dan sosialisasi standar			-
	• Ketepatan identifikasi pasien	7	2,3,4,5,6,7,8	-
	• Peningkatan komunikasi efektif	4	9,10,11,12	-
	• Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai	10	13,14,15,16,17,18,19,20,21,22	-
	• Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	9	23,24,25,26,27,28,29,30,31	-
	• Pengurangan risiko pasien jatuh	8	32,33,34,35,36,37,38,39,	-
	• Kepastian tepat prosedur, tepat lokasi, tepat pasien	5	41,42,43,44	
3.	Melakukan dan memberi umpan balik hasil pengukuran kepada perawat	4	45,46,47,48	-
Tindakan keselamatan pasien		44	30	14
1.	Ketepatan identifikasi pasien	7	1,4,6,7	2,3,5
2.	Peningkatan komunikasi efektif	7	8,9,10,11,14,	12,13
3.	Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai	9	15,18, 19,22	16,17,20,21,23
4.	Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	7	24,25,27,28,29,30	26
5.	Pengurangan resiko pasien jatuh	7	31,32,33,37	34,35,36
6.	Kepastian tepat prosedur, tepat lokasi, tepat pasien	7	38,39,40,41,42,43,44	-

JADUAL PENELITIAN

No.	Kegiatan	Pebruari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
1.	Menyusun proposal	■	■	■	■		
2.	Seminar proposal				■		
3.	Revisi proposal			■			
4.	Ujicoba kuesioner			■			
5.	Revisi instrumen			■			
6.	Sosialisasi dan perijinan			■			
7.	Pelaksanaan penelitian			■	■		
8.	Analisis data					■	
9.	Penyusunan laporan					■	
10.	Seminar hasil penelitian					■	
11.	Revisi hasil penelitian					■	
12.	Sidang tesis						■
13.	Penyerahan hasil laporan						■

Batas akhir tesis siap uji tgl. 22 Juni 2012, yudisium 20 Juli 2012

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN
DISEMINASI PENJAMINAN MUTU KESELAMATAN PASIEN DI RS
BHAKTI YUDHA DEPOK 26 APRIL 2012**

1. Latar belakang

Upaya pemenuhan sasaran keselamatan pasien tidak dapat dilepaskan dari peran pemimpin. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien tertuang dalam standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia dan telah disusun dengan mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations* Illinois USA tahun 2002 diantaranya menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien (Depkes RI, 2011). Pemimpin harus dapat memandu atau mempengaruhi orang lain agar bekerja keras mencapai tujuan (Jacob & Cherry, 2011).

Fungsi utama pemimpin dalam penjaminan mutu adalah membina kelangsungan tim dan pengembangannya agar mampu meningkatkan kemampuan dan kemauan untuk bertanggungjawab dalam mengarahkan perilaku. Kepemimpinan dalam tim penjaminan mutu bukanlah kepemimpinan yang berfokus hanya pada satu orang, akan tetapi kepemimpinan yang kolektif dan partisipatif yang memberikan peluang dan memberikan kesempatan yang sama kepada setiap anggota tim untuk mampu menerapkan fungsi kepemimpinan dalam timnya (Bustami, 2011).

Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka kepala ruang sebagai pimpinan di unit rawat inap harus mampu melakukan tindakan penjaminan mutu dengan cara membentuk kelompok, menyusun standar dan mensosialisasikannya, memilih teknik pengukuran serta membandingkan standar dengan kenyataan yang dicapai. Berkaitan hal tersebut maka perlu ada kejelasan perihal penjaminan mutu keselamatan pasien bagi kepala ruang. Desiminasi ini berisi tentang intervensi

langkah perlangkah yang akan dilaksanakan oleh kepala ruang guna menjamin mutu keselamatan pasien dan menjadikan hasilnya sebagai tolak ukur untuk melakukan tindakan edukasi dan korektif jika kriteria yang ditetapkan tidak tercapai.

2. Tujuan

2.1 Tujuan Umum

Setelah mendapatkan diseminasi tentang penjaminan mutu keselamatan pasien diharapkan kepala ruang mampu melakukan penjaminan mutu keselamatan pasien.

2.2 Tujuan Khusus

Kepala ruang diharapkan memiliki kemampuan dalam:

1. Membentuk kelompok penjaminan mutu.
2. Menyusun dan mensosialisasikan standar keselamatan pasien.
3. Memilih teknik pengukuran.
4. Membandingkan standar dengan kenyataan yang tercapai.

3. Sasaran

Sasaran diseminasi penjaminan mutu keselamatan pasien adalah kepala ruang dan anggota tim penjaminan mutu keselamatan pasien, dengan pendidikan minimal D3 keperawatan.

4. Struktur Diseminasi

Struktur diseminasi terdiri dari materi dasar dan materi inti. Adapun penjabarannya sebagai berikut:

1. Materi dasar tentang pengertian penjaminan mutu keselamatan pasien, alasan pentingnya jaminan mutu, pihak yang terlibat dalam penjaminan mutu, pengertian kepemimpinan berwawasan mutu, fungsi utama pemimpin dalam penjaminan mutu, perilaku kepemimpinan berwawasan mutu, peran kepemimpinan dan fungsi manajemen terkait dengan kendali mutu, ciri kepemimpinan berwawasan mutu, *patient transactional analysis*.

2. Materi inti penjaminan mutu keselamatan pasien terdiri dari: Membentuk kelompok penjaminan mutu, menyusun dan mensosialisasikan standar keselamatan pasien, pemilihan teknik pengukuran, membandingkan standar layanan kesehatan dengan kenyataan yang tercapai.

5. Tempat dan Waktu Pelaksanaan

Diseminasi dilakukan selama 1 (satu) hari yang diselenggarakan pada :

Hari / Tanggal : Kamis, 26 April 2012

Pukul : 10.30 WIB s.d 12.00 WIB

Tempat : Ruang Pertemuan Diklat RS Bhakti Yudha Depok.

6. Rencana Kegiatan

No.	Tahapan	Waktu	Kegiatan pelatih	Kegiatan Karu
1.	Persiapan	5 menit	Mempersiapkan materi, soal <i>pretest</i> . Buku pedoman.	Mempersiapkan tempat, alat tulis.
2.	Introduksi	10 menit	Memperkenalkan diri kepada kepala ruangan/PJ ruangan didampingi pembimbing lapangan/yang mewakili.	Memperkenalkan diri
			Menyampaikan tujuan pelatihan.	Menanyakan hal yg tidak jelas terkait tujuan.
3.	Kerja	30 Menit	Memberikan soal <i>pretest</i> Mendiskusikan/ menanyakan pendapat karu tentang alasan pentingnya jaminan mutu, pihak yang terlibat dalam penjaminan mutu, pengertian kepemimpinan berwawasan mutu, fungsi utama pemimpin dalam penjaminan mutu, perilaku kepemimpinan berwawasan mutu, peran kepemimpinan dan fungsi manajemen terkait dengan kendali mutu, ciri kepemimpinan berwawasan mutu, <i>patient transactional analysis</i>	Mengerjakan soal <i>pretest</i> Mengemukakan pemahaman terkait topik yang ditanyakan oleh pelatih.

No.	Tahapan	Waktu	Kegiatan pelatih	Kegiatan Karu
			Mendiskusikan/ menanyakan pendapat karu langkah penjaminan mutu meliputi: pembentukan kelompok penjaminan mutu, menyusun dan mensosialisasikan standar keselamatan pasien, pemilihan teknik pengukuran, membandingkan standar layanan kesehatan dengan kenyataan yang tercapai	Mengemukakan pemahaman terkait topik yang ditanyakan oleh pelatih.
4.	Terminasi	15 menit	Menyimpulkan hasil diskusi Memberikan soal <i>postest</i> Mengakhiri pertemuan, mengucapkan terimakasih dan komitmen untuk menerapkan penjaminan mutu yang dijabarkan dalam pedoman.	Mengerjakan soal <i>postest</i> . Membuat komitmen untuk menerapkan pedoman penjaminan mutu keselamatan pasien.

7. Evaluasi hasil diseminasi

1. Hasil evaluasi *pre* dan *post test*
2. Evaluasi kehadiran peserta pelatihan
3. Evaluasi keaktifan peserta pelatihan

8. Evaluasi *Pretest & post test*

Kepala ruang memiliki kemampuan dalam mengidentifikasi:

1. Kriteria anggota kelompok penjaminan mutu keselamatan pasien.
2. Ciri kelompok yang efektif.
3. Hal yang harus diperhatikan saat rapat/ pertemuan kelompok.
4. Pengertian standar.
5. Jenis standar dan contohnya.

6. Unsur yang harus dipenuhi dalam membuat standar.
7. Contoh standar keselamatan pasien
8. Standar keselamatan pasien yang harus disosialisasikan kepada perawat pelaksana.
9. Teknik yang digunakan dalam mengukur mutu keselamatan pasien.
10. Tindak lanjut hasil pengukuran mutu.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Iswati

Tempat, Tanggal Lahir : Bojonegoro, 15 Pebruari 1978

Alamat Rumah : Jalan Tambak Segaran 2/82 Surabaya

Alamat Institusi : Jalan Telasih 28 Surabaya (0313764555)

Riwayat Pendidikan :

1. Profesi Ners FIK Unair Surabaya lulus tahun 2004
2. S1 Keperawatan FIK Unair Surabaya lulus tahun 2003
3. Akper Adi Husada Surabaya lulus tahun 1999
4. SMAN 1 Sumberrejo Bojonegoro lulus tahun 1996
5. SMPN 1 Baureno Bojonegoro lulus tahun 1993
6. SDN Pasinan Baureno Bojonegoro lulus tahun 1990

Riwayat Pekerjaan : Akper Adi Husada Surabaya tahun 1999-sekarang

Alamat Email : iswatisaja@yahoo.com, iswatisaja@gmail.com

