



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENGGUNAAN PEDOMAN
PERENCANAAN KEPALA RUANG
TERHADAP PELAKSANAAN KESELAMATAN PASIEN
OLEH PERAWAT PELAKSANA DI RS HAJI JAKARTA**

TESIS

**PURWANTO
NPM 1006748803**

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENGGUNAAN PEDOMAN
PERENCANAAN KEPALA RUANG
TERHADAP PELAKSANAAN KESELAMATAN PASIEN
OLEH PERAWAT PELAKSANA DI RS HAJI JAKARTA**

TESIS

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

**PURWANTO
NPM 1006748803**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
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 : Purwanto
NPM : 1006748803
Tanda Tangan : 
Tanggal : 10 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Purwanto

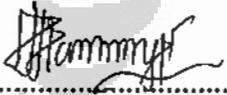
NPM : 1006748803

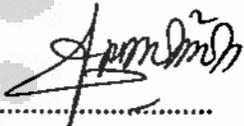
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan FIK UI

Judul Tesis : Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang
terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat
Pelaksana di RS Haji Jakarta.

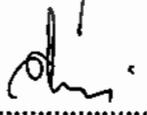
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

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

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

Penguji : Ibu Eva Trisna, SKM., M.Kep : 

Penguji : Ibu Allenidekania, S.Kp., M.Sc : 

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 10 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT. Atas rahmat dan hidayahNya, tesis dengan judul Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RS Haji Jakarta dan RS Islam Jakarta Cempaka Putih telah selesai. Tesis ini disusun dalam rangkaian persyaratan memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Tesis ini dapat terselesaikan atas dukungan dari berbagai pihak untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada Ibu Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep selaku pembimbing I dan Ibu Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp., MARS selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan masukan, bimbingan, arahan, dan saran dengan penuh kesabaran. Penulis juga mengucapkan banyak terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawaty, MA selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FIK UI.
3. Ibu Eva Trisna, SKM., M.Kep selaku penguji tesis ini
4. Ibu Allenidekania, S.Kp., M.Sc selaku penguji tesis ini
5. Direktur RS Haji Jakarta dan jajarannya, yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian sebagai kelompok intervensi.
6. Direktur RS Islam Jakarta Cempaka Putih dan jajarannya, yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian sebagai kelompok kontrol.
7. Gubernur Provinsi Kalimantan Timur, yang telah memberikan beasiswa selama penulis melaksanakan studi.
8. Direktur RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang telah memberikan tugas belajar kepada penulis.
9. Seluruh staf pengajar Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan FIK UI.

10. Seluruh staf sekretariat Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI.
11. Rekan-rekan mahasiswa Magister Keperawatan FIK UI angkatan 2010 terutama Program Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan.
12. Keluarga tercinta atas dukungan yang luar biasa dalam memberikan semangat dan do'a yang tulus serta pengertiannya selama penulis menjalankan studi.

Semoga bantuan serta budi baik yang telah diberikan mendapat ridho Allah SWT. Penulis menyadari tesis ini masih banyak kekurangan, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi dunia keperawatan.



Depok, 10 Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Purwanto
NPM : 1006748803
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul “Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RS Haji Jakarta” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, 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 : 10 Juli 20120
Yang menyatakan



Purwanto

ABSTRAK

Nama : Purwanto
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Judul : Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala
Ruang terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh
Perawat Pelaksana di RS Haji Jakarta

Perencanaan kepala ruang merupakan pedoman untuk melaksanakan tindakan terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien. Kuasi eksperimen dengan rancangan *pretest-posttest control group design* ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien. Hasil penelitian pada 73 perawat pelaksana RS Haji Jakarta dan 73 perawat pelaksana RS Islam Jakarta Cempaka Putih menunjukkan ada pengaruh perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi namun hubungan masih lemah dan berkorelasi positif ($p=0.050$; $\alpha=0.05$). Pedoman perencanaan kepala ruang sangat diperlukan oleh kepala ruang. Rumah sakit perlu meningkatkan perencanaan kepala ruang terhadap pelayanan keperawatan dengan menyusun pedoman perencanaan kepala ruang.

Kata kunci: Pelaksanaan keselamatan pasien, perawat pelaksana, perencanaan kepala ruang

ABSTRACT

Name : Purwanto
Study Program : Post Graduate Nursing Science Faculty of Nursing
University of Indonesia
Title : The influence of the usage head nurse plan guidance
towards the implementation of patient safety by the nurse
at Haji Jakarta Hospital

Head nurse plan designated as a guideline for the implementation of programs related to patient safety activities. Quasi experiment with *pretest-posttest control group design* aimed to identify the effect of head nurse plan toward the implementation of patient safety program. The result of the research on 73 nurses at Haji Hospital Jakarta and 73 nurses at Islam Hospital Cempaka Putih Jakarta demonstrated the effect of head nurse plan toward the implementation of patient safety program, with positive yet slight correlation ($p=0.050$; $\alpha=0.05$). However, head nurse plan is strongly required. Besides, every hospital needs to improve nursing care by improving the head nurse plan itself.

Key words: Patient safety implementation, nurse, head nurse planning

DAFTAR ISI

	hal
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Tujuan Penulisan	11
1.4 Manfaat Penelitian	11
2 TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Keselamatan Pasien	13
2.1.1 Pengertian	14
2.1.2 Tujuan Keselamatan Pasien	15
2.1.3 Sasaran Keselamatan Pasien	15
2.1.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Pelaksanaan Keselamatan Pasien	15
2.2 Pedoman Perencanaan Kepala Ruang	19
2.2.1 Pengertian Pedoman	19
2.2.2 Pengertian Perencanaan	19
2.2.3 Jenis-Jenis Perencanaan	21
2.2.4 Hirarki Perencanaan	31
2.3 Kepala Ruang	38
2.3.1 Pengertian Kepala Ruang	38
2.3.2 Peran dan Fungsi Kepala Ruang	39
2.4 Karakteristik Perawat Pelaksana	40
2.5 Kerangka Teori	46
3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	48
4 METODE PENELITIAN	54
4.1 Disain Penelitian	54
4.2 Populasi dan Sampel	55
4.3 Waktu dan Tempat Penelitian	58
4.4 Etika Penelitian	59
4.5 Alat dan Prosedur Pengumpulan Data	60
4.6 Pengolahan dan Analisis Data	66

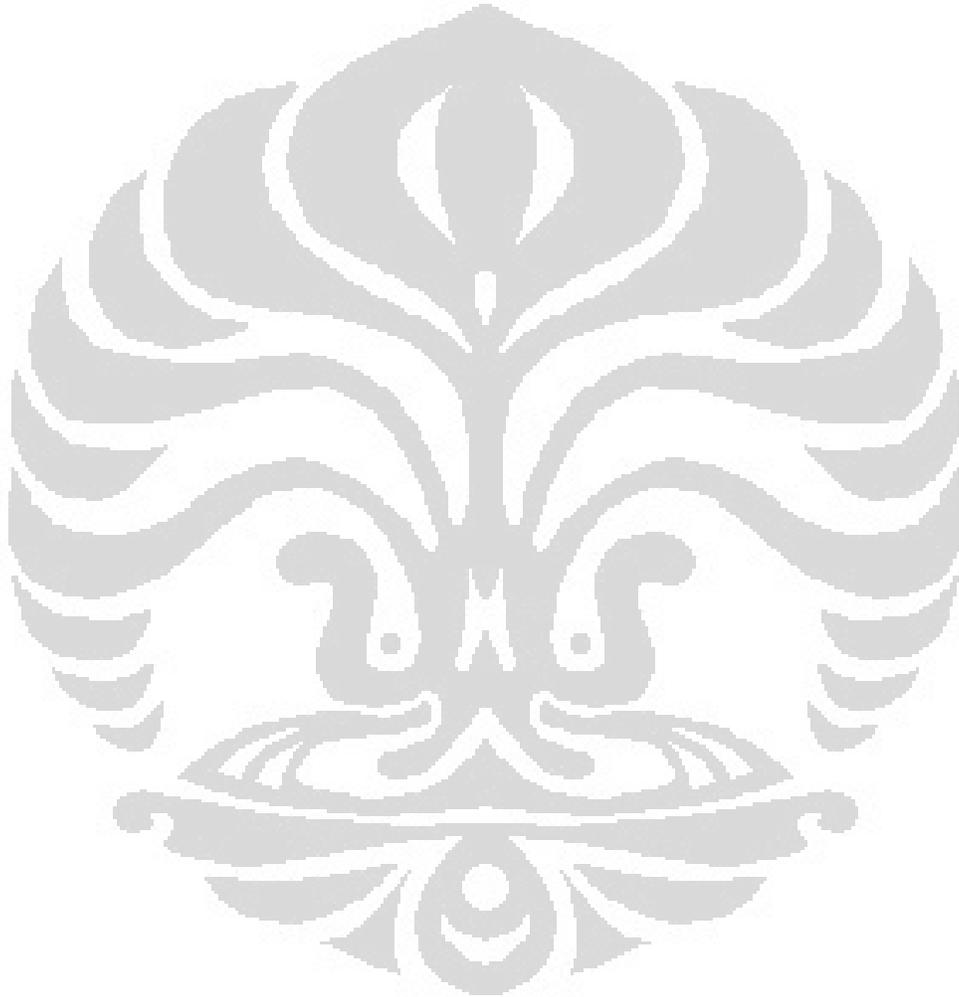
5	HASIL PENELITIAN	69
5.1	Karakteristik Perawat Pelaksana	69
5.2	Gambaran perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien	71
5.3	Hubungan Karakteristik Perawat Pelaksana terhadap Perencanaan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Keselamatan Pasien	74
5.4	Perbedaan Perencanaan Kepala Ruang dengan Menggunakan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol.....	75
5.5	Perbedaan Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol	76
5.6	Pengaruh Perencanaan Kepala Ruang dengan Menggunakan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana	76
6	PEMBAHASAN	78
6.1	Karakteristik Perawat Pelaksana	78
6.2	Gambaran perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien	83
6.3	Hubungan Karakteristik Perawat Pelaksana terhadap Perencanaan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Keselamatan Pasien	90
6.4	Perbedaan Perencanaan Kepala Ruang dengan Menggunakan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol.....	92
6.5	Perbedaan Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol	94
6.6	Pengaruh Perencanaan Kepala Ruang dengan Menggunakan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana	95
7	SIMPULAN DAN SARAN	102
7.1	Simpulan	102
7.2	Saran	103

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

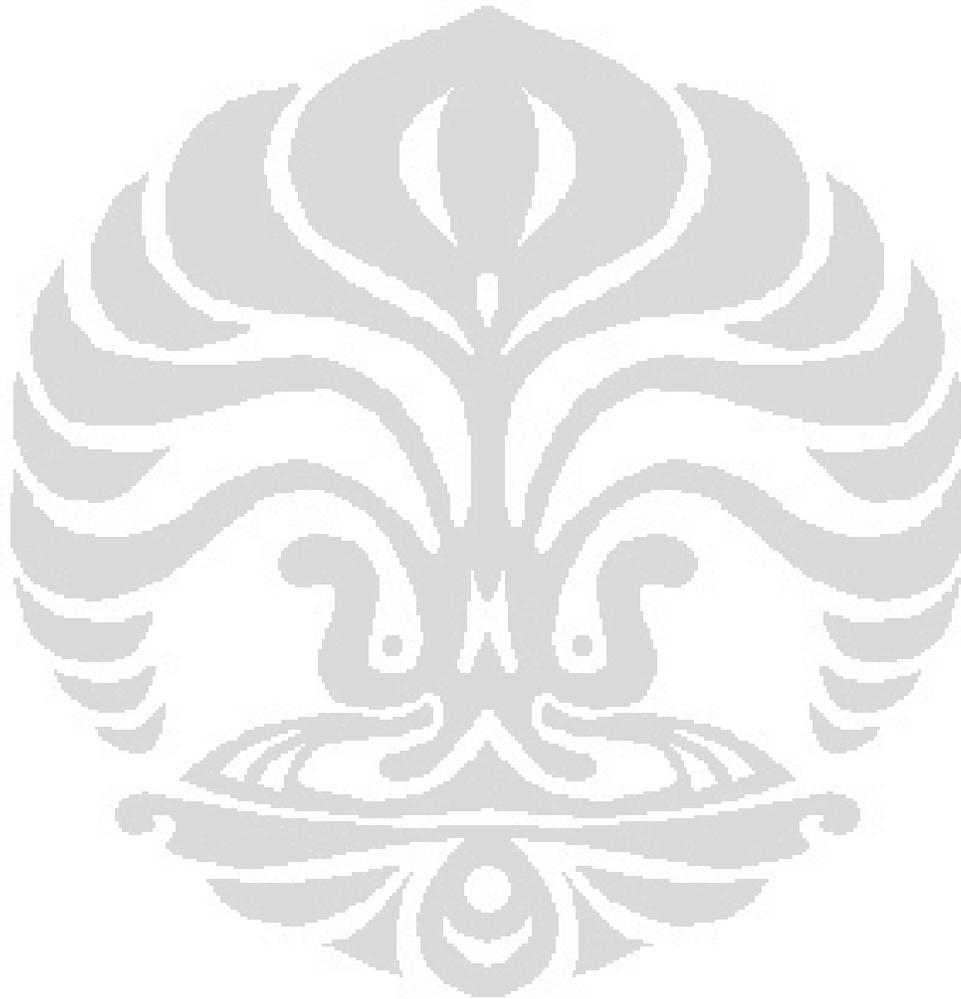
Tabel 3.1	Definisi operasional	50
Tabel 4.1	Populasi & sampel penelitian pada kelompok intervensi	57
Tabel 4.2	Populasi & sampel penelitian pada kelompok kontrol	58
Tabel 4.3	Jadwal kegiatan penelitian	58
Tabel 4.4	Kisi-kisi pernyataan kuisioner	62
Tabel 4.5	Kerangka penelitian	65
Tabel 4.6	Analisis kesetaraan karakteristik responden	67
Tabel 4.7	Analisis variabel pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana	67
Tabel 4.8	Perbedaan pelaksanaan keselamatan pasien dan perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien	67
Tabel 5.1	Karakteristik perawat menurut umur, masa kerja di RS & masa kerja di ruang saat ini pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol	69
Tabel 5.2	Karakteristik perawat menurut jenis kelamin, tingkat pendidikan, pelatihan keselamatan pasien, dan pelatihan sasaran keselamatan pasien pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol	70
Tabel 5.3	Perencanaan kepala ruang di RS Haji dan RS Islam Jakarta	71
Tabel 5.4	Perencanaan kepala ruang total di RS Haji dan RS Islam Jakarta	72
Tabel 5.5	Pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Haji dan RS Islam Jakarta	72
Tabel 5.6	Pelaksanaan keselamatan pasien total oleh perawat pelaksana di RS Haji dan RS Islam Jakarta	73
Tabel 5.7	Karakteristik kesetaraan responden di RS Haji dan RS Islam Jakarta	73
Tabel 5.8	Hubungan karakteristik perawat menurut umur, masa kerja rs, dan ruangan terhadap perencanaan kepala ruang di RS Haji dan RS Islam Jakarta	74
Tabel 5.9	Hubungan karakteristik perawat menurut jenis kelamin dan pendidikan terhadap perencanaan kepala ruang di RS Haji dan RS Islam Jakarta	74
Tabel 5.10	Hubungan karakteristik perawat menurut umur, masa kerja rs, dan ruangan terhadap pelaksanaan keselamatan pasien di RS Haji dan RS Islam Jakarta....	75
Tabel 5.11	Hubungan karakteristik perawat menurut jenis kelamin dan pendidikan terhadap pelaksanaan keselamatan pasien di RS Haji dan RS Islam Jakarta ...	75
Tabel 5.12	Perbedaan perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien di RS Haji dan RS Islam Jakarta....	75

Tabel 5.13	Perbedaan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah mendapat intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol	76
Tabel 5.14	Pengaruh perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana	76



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka teori penelitian	47
Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian	49
Skema 4.1 Desain penelitian	54



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan ijin Penelitian RS Haji Jakarta
Lampiran 2	Surat Permohonan ijin Penelitian RS Islam Jakarta
Lampiran 3	Surat Persetujuan Penelitian RS Haji Jakarta
Lampiran 4	Surat Persetujuan Penelitian RS Islam Jakarta
Lampiran 5	Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
Lampiran 6	Jadual pelaksanaan Penelitian
Lampiran 7	Penjelasan Penelitian RS Haji Jakarta
Lampiran 8	Penjelasan Penelitian RS Islam Jakarta
Lampiran 9	Surat Pernyataan Persetujuan Sebagai Responden RS Haji Jakarta
Lampiran 10	Surat Pernyataan Persetujuan Sebagai Responden RS Islam Jakarta
Lampiran 11	Kuisisioner A RS Haji Jakarta
Lampiran 12	Kuisisioner A RS Islam Jakarta
Lampiran 13	Kuisisioner B Pelaksanaan Keselamatan Pasien
Lampiran 14	Kuisisioner C Perencanaan Kepala Ruang
Lampiran 15	Pedoman Perencanaan Kepala Ruang
Lampiran 16	Sasaran Keselamatan Pasien
Lampiran 17	Satuan Acara Pelatihan
Lampiran 18	Matrik Perencanaan Kepala Ruang
Lampiran 19	Matrik Perencanaan Keselamatan Pasien
Lampiran 20	Peta Risiko/Kejadian Ruang Rawat
Lampiran 21	Langkah-Langkah Yang Harus Dikerjakan Kepala Ruang
Lampiran 22	Lembar <i>Check List</i>
Lampiran 23	Riwayat Hidup
Lampiran 24	Dokumentasi Kegiatan Penelitian

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perawat sebagai bagian dari pelayanan kesehatan memberikan pelayanan keperawatan yang aman bagi keselamatan pasien. Road, Hill, & Dunedin (1996) mengatakan bahwa budaya keselamatan pasien yang dilakukan perawat di Selandia Baru telah menjadi suatu kebutuhan. Untuk menciptakan budaya keselamatan pasien, RS harus menciptakan situasi tidak memberikan hukuman, dan memfasilitasi budaya melaporkan kejadian tidak diharapkan (Frush, Alton, & Frush, 2006). Keselamatan pasien merupakan sistem pemberian asuhan yang aman bagi pasien di rumah sakit (Depkes RI, 2008).

Pemberian asuhan yang aman merupakan asuhan keperawatan yang efektif, tepat waktu, dan memenuhi kebutuhan pasien. Leonard, Graham, & Bonacum (2004; NPSF, 2012) mengatakan komunikasi yang efektif dan kerjasama tim sangat penting memberikan kualitas perawatan pasien yang aman. CNA (2004) berpendapat pemberian asuhan yang aman yaitu penurunan tindakan yang tidak aman kepada pasien dan pemberian tindakan terbaik, untuk mendapatkan derajat kesehatan pasien yang optimal. Pemberian asuhan keperawatan keselamatan pasien di ruang rawat inap dilakukan oleh perawat pelaksana.

Perawat pelaksana memiliki peran besar dalam pelaksanaan keselamatan pasien. Peran tersebut di antaranya mencegah terjadinya kesalahan pengobatan, melaporkan kejadian, mendidik diri sendiri dan sesama perawat, memberikan rekomendasi tentang perubahan dalam prosedur dan kebijakan, melibatkan dalam mengidentifikasi masalah (Ramsey, 2005). MNT (2009) mengatakan bahwa perawat memegang peran kunci dalam memenuhi tujuan keselamatan pasien dalam hal obat-obatan, komunikasi dan keamanan pasien. Peran tersebut menjadi tantangan bagi perawat.

Tantangan dalam pelaksanaan keselamatan pasien merupakan faktor pendorong perawat. Tantangan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman dan memberikan kontribusi dalam keselamatan pasien, yaitu lingkungan klinik, isu ketenagaan, kerja sama tim, komunikasi, perspektif pasien tentang keselamatan pasien, teknologi, dan budaya menyalahkan terhadap kejadian kesalahan (*Canadian Nurse Association*, 2004). Runy (2008) mengatakan bahwa tantangan yang harus dihadapi adalah: perawat kurang mendapat pelatihan, ketenagaan yang kurang, beban kerja yang berlebihan, tugas yang duplikasi, banyak mengerjakan administrasi, dan kurang inisiatif. Kurang mendapat pelatihan termasuk pelatihan keselamatan pasien.

Keselamatan pasien telah menjadi isu dunia yang perlu mendapat perhatian bagi sistem pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien merupakan prinsip dasar dari pelayanan kesehatan yang memandang bahwa keselamatan merupakan hak bagi setiap pasien dalam menerima pelayanan kesehatan (Permenkes RI, 2011). Keselamatan pasien juga dapat diartikan sebagai suatu keadaan pasien yang bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang berisiko dapat terjadi (KPP-RS, 2008).

Cidera atau insiden yang dialami pasien akibat suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil disebut kejadian tidak diharapkan (KTD/*adverse event*). Suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien disebut kejadian nyaris cedera (KNC/*near miss*). Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera serius disebut kejadian sentinel (Permenkes RI, 2011 & KKPRS, 2008).

Data Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) Di Colorado, Utah dan New York ditemukan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebesar 2,9% dan 3,7% pada pasien rawat inap. Di Colorado dan Utah angka kematian akibat Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebesar 6,6%, dibandingkan dengan angka kematian akibat Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di New York 13,6% (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000).

Pelaporan data di Indonesia tentang kejadian tidak diharapkan (KTD) dan kejadian nyaris cidera (KNC) belum banyak dilakukan oleh rumah sakit di Indonesia. Data yang dimiliki Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dari September 2006-2011 berdasarkan jenis insiden: KTD sebanyak 249 laporan, KNC sebanyak 283 laporan. Berdasarkan unit penyebab: keperawatan sebanyak 207 laporan, farmasi sebanyak 80 laporan, laboratorium sebanyak 41 laporan, dokter sebanyak 33 laporan, sarana prasarana sebanyak 25 laporan.

Data berdasarkan pelaku tindakan yang menangani insiden: tim sebanyak 207 laporan, perawat sebanyak 104 laporan, dokter sebanyak 24 laporan, petugas lain sebanyak 59 laporan. Berdasarkan tipe insiden: medikasi sebanyak 151 laporan, prosedur klinik sebanyak 105 laporan, jatuh sebanyak 81 laporan, laboratorium sebanyak 43 laporan, dokumentasi sebanyak 40 laporan. Berdasarkan terjadinya insiden pada pasien: rawat inap sebanyak 437 laporan, rawat jalan sebanyak 64 laporan, IGD sebanyak 41 laporan.

Data berdasarkan RS provinsi: Banten 125 laporan, DKI Jakarta 105 laporan, Jawa Tengah 88 laporan, Yogyakarta 51 laporan, Jawa Timur 88 laporan, Jawa Barat 22 laporan, Sumatera Selatan 12 laporan, Riau 5 laporan, Sumatera Barat 5 laporan. Berdasarkan kepemilikan RS: pemerintah pusat 81 laporan, pemerintah daerah 27 laporan, swasta 290 laporan, TNI/Polri 9 laporan (KKPRS, 2012). Di Jambi 1-6 kejadian dalam satu tahun terakhir budaya *patient safety* kurang baik (Elfrifda, 2011).

Data tentang kejadian tidak diharapkan menurut KKPRS (2012) belum dapat mewakili kejadian KTD dan KNC yang sebenarnya di Indonesia, karena data tentang KTD dan KNC di Indonesia dikategorikan masih sulit ditemukan untuk dipublikasikan. Hal ini terjadi disebabkan masih kurang perdulinya rumah sakit melaporkan tentang pelaksanaan keselamatan pasien.

Ketidakterperdulian rumah sakit akan keselamatan pasien menyebabkan kerugian bagi pasien dan rumah sakit, yaitu biaya yang harus ditanggung pasien menjadi lebih besar, pasien semakin lama dirawat, dan terjadinya resistensi obat (Craven

& Hirnle, 2000). Bila hal ini dilakukan terus menerus akan mengakibatkan dampak yang kurang baik bagi rumah sakit.

Dampak yang terjadi akibat rumah sakit tidak menerapkan keselamatan pasien akan terjadi menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang ada dan berakibat pada penurunan mutu pelayanan rumah sakit. Pelayanan yang bermutu dan aman bagi pasien saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan (Cahyono, 2008). Untuk mencegah penurunan mutu pelayanan di ruang rawat diperlukan pengelolaan keselamatan pasien.

Pengelolaan keselamatan pasien dapat dilaksanakan di ruang rawat dan dipimpin oleh kepala ruangan. Kepala ruangan sebagai bagian dari pimpinan dan pengelola kesehatan di rumah sakit berperan sebagai pimpinan dalam pengorganisasian keselamatan pasien. Chase (2010) mengatakan bahwa kepala ruangan sebagai manajer menyediakan perawat profesional berkinerja tinggi, efektif, dan efisien dalam perawatan pasien. Peran kepala ruangan menetapkan suatu tujuan ruang rawat dengan memberdayakan staf perawat di bawah tanggung jawabnya (Sitorus & Panjaitan, 2011).

Tanggung jawab kepala ruangan selaku bagian dari pengelola keselamatan pasien dalam menjalankan tugasnya tidak lepas dari fungsi-fungsi manajemen. Fungsi manajemen tersebut adalah: perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, dan pengendalian (Marquis & Huston, 2012; Swansburg, 1999). Kegiatan seperti visi, misi, filosofi, sasaran, tujuan, kebijakan, prosedur, dan peraturan merupakan penjabaran dari fungsi perencanaan.

Fungsi perencanaan kepala ruang di ruang rawat sangat penting dan menjadi prioritas di antara fungsi manajemen lainnya. Tanpa perencanaan yang memadai, proses manajemen akan mengalami kegagalan dan kebutuhan tujuan organisasi tidak dapat terpenuhi. Fungsi tersebut yaitu membuat rincian kegiatan tentang apa yang harus dilakukan, bagaimana kegiatan dilaksanakan, kapan dan dimana kegiatan itu berlangsung (Marquis & Huston, 2012; Swansburg, 1999).

Kepala ruangan sebagai manajer juga membuat dan mengimplementasikan rencana perbaikan kualitas bagi unit yang dipimpinnya (Potter & Perry, 2010). Perencanaan kepala ruang meliputi perencanaan tahunan, bulanan, mingguan, dan harian (Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999). Hal ini dapat dilakukan sesuai dengan program rumah sakit.

Program keselamatan pasien di rumah sakit untuk menjamin keselamatan pasien yang di rawat melalui pencegahan terjadinya kesalahan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Kejadian yang tidak diinginkan yang terjadi di rumah sakit dikelola dengan baik yaitu dicatat kejadiannya, dilakukan pelaporan kronologis kejadian, dilaporkan kepada panitia keselamatan pasien rumah sakit (Depkes RI, 2008).

Rumah Sakit Haji Jakarta sebagai kelompok intervensi merupakan rumah sakit tipe B non pendidikan, dengan kapasitas 212 tempat tidur. Visi rumah sakit adalah Menjadi Rumah Sakit Islam Berkelas Dunia. Salah satu misi rumah sakit adalah mempersiapkan dan meningkatkan sumber daya untuk mencapai rumah sakit berkelas dunia. Salah satu tujuan pengelolaan rumah sakit adalah melaksanakan pelayanan prima dengan kaidah *good clinical governance* (Bagian SDM RS Haji Jakarta, 2012).

Misi dari bidang keperawatan Rumah Sakit Haji Jakarta adalah menyelenggarakan asuhan keperawatan yang bermutu dalam nuansa keIslaman yang kental, untuk meningkatkan kualitas hidup manusia seutuhnya. Tenaga perawat pelaksana seluruhnya berjumlah 335 perawat, yaitu 244 (72%) lulusan D3 keperawatan, 30 (9%) D3 kebidanan, 59 (18%) S1 keperawatan, dan 2 (1%) S2. BOR pada 2011 adalah 55% dengan rata-rata lama rawat inap pasien adalah 3,4 hari. Masa kerja rata-rata perawat adalah 6-10 tahun (Bagian SDM RS Haji Jakarta, 2012).

Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih sebagai kelompok kontrol merupakan rumah sakit tipe B non pendidikan, dengan kapasitas 411 tempat tidur. Visi rumah sakit adalah menjadi kepercayaan masyarakat dan pusat pengkaderan perserikatan

muhammadiyah bidang kesehatan di wilayah DKI dan sekitarnya. Salah satu misi rumah sakit adalah mampu memimpin pengembangan rumah sakit islam lainnya (Manager Rawat Inap RS Islam Jakarta Cempaka Putih, 2012).

Misi bidang keperawatan Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih adalah mampu mewujudkan tenaga keperawatan menjadi perawat profesional dan islami. Tenaga perawat pelaksana seluruhnya berjumlah 502 perawat, yaitu 430 (86.5%) lulusan D3 keperawatan, 35 (7%) D3 kebidanan, dan 33 (6.5%) S1 keperawatan. BOR pada 2012 adalah 65.3% dengan rata-rata lama rawat inap pasien adalah 6.1 hari (Manager Rawat Inap RS Islam Jakarta Cempaka Putih, 2012).

Hasil wawancara dengan manajer rawat inap dan Panitia Keselamatan Pasien Rumah Sakit (PKPRS) RSIJCP Islam Jakarta pada 02 April 2012 didapatkan, pelaksanaan program keselamatan pasien di RSIJCP dimulai pada Januari 2007. Dari 2007 sampai 2012 belum semua perawat mendapatkan pelatihan keselamatan pasien. RSIJCP belum mengikuti akreditasi program keselamatan pasien yang menggunakan standar *Joint Commission International (JCI)*.

Hasil studi pendahuluan yang didapatkan melalui wawancara dengan Panitia Keselamatan Pasien Rumah Sakit (PKPRS) Rumah Sakit Haji Jakarta pada 02 Februari 2012 didapatkan, pelaksanaan program keselamatan pasien di Rumah Sakit Haji Jakarta dimulai pada November 2010 dengan mengirimkan 5 petugas untuk mengikuti pelatihan *patient safety* yang diselenggarakan oleh PERSI Jakarta. Rumah Sakit Haji Jakarta saat ini sedang dalam proses akreditasi program keselamatan pasien dengan menggunakan standar *Joint Commission International (JCI)* yang akan dilaksanakan pada akhir Desember 2012.

Hasil wawancara dengan Panitia Keselamatan Pasien Rumah Sakit (PKPRS) Rumah Sakit Haji Jakarta pada 02 Februari 2012 mengatakan survey tentang keselamatan pasien belum dilakukan. Kegiatan yang dilakukan oleh Panitia Keselamatan Pasien Rumah Sakit yaitu: 1) memberikan sosialisasi kepada seluruh karyawan Rumah Sakit Haji Jakarta secara bertahap satu bulan 4 kali, sampai seluruh karyawan rumah sakit dipastikan telah mendapat sosialisasi program

pelaksanaan keselamatan pasien, 2) melakukan pencatatan bila terjadi kejadian yang tidak diinginkan (KTD) di seluruh ruang pelayanan pasien, baik rawat inap, rawat jalan, dan penunjang, 3) melaporkan setiap kejadian kepada pimpinan rumah sakit, 4) melakukan pembinaan kepada petugas yang telah melakukan KTD/KNC.

Data rekapitulasi insiden keselamatan pasien (IKP) dari 2009-2011 adalah: masalah obat 34 KTD, masalah dokumentasi 21 KTD, masalah pasien jatuh 10 KTD, masalah komunikasi 9 KTD, masalah alat kesehatan 5 KTD, masalah terjepit pintu 4 KTD, masalah sampel hilang/tertukar 3 KTD, masalah dokter tidak visite 2 KTD, masalah salah membuat pemeriksaan laboratorium 1 KTD, masalah perilaku pasien yang berisiko 1 KTD, salah ganti cairan infus 1 KTD (Panitia Keselamatan Pasien Rumah Sakit/PKPRS Rumah Sakit Haji Jakarta, 2012).

Hasil wawancara dengan Ketua Komite Keperawatan Rumah Sakit Haji Jakarta pada 02 Pebruari 2012 menyatakan program keselamatan pasien seperti Standar Keselamatan Pasien, Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien, dan Sembilan Solusi Keselamatan Pasien belum dapat dilaksanakan secara maksimal. Pelaksanaan program keselamatan pasien baru akan menerapkan “Sasaran Keselamatan Pasien” yaitu: 1) identifikasi pasien secara efektif, 2) komunikasi efektif, 3) keamanan obat yang perlu diwaspadai, 4) memastikan tepat lokasi, tepat pasien, tepat tindakan operasi, 5) pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan 6) pencegahan risiko pasien jatuh.

Hasil wawancara dengan 5 kepala ruangan RS Haji Jakarta pada 01 Februari 2012 menyatakan kepala ruangan belum mempunyai pedoman perencanaan terkait dengan keselamatan pasien, terutama tentang “Sasaran Keselamatan Pasien. Pedoman perencanaan kepala ruang yang dapat disusun adalah: visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur dan aturan (Marquis & Huston, 2012). Kegiatan tersebut belum dilakukan oleh kepala ruangan.

Kegiatan yang dilakukan kepala ruangan RS Haji Jakarta terkait dengan enam sasaran keselamatan pasien adalah melakukan identifikasi dengan pemberian identitas pada gelang pasien walaupun baru dua identitas, melakukan pelevelan pasien risiko jatuh pada area tempat tidur pasien, mencatat dan membuat laporan kejadian bila terjadi kasus kejadian yang tidak diharapkan. Identifikasi yang tepat pada identitas pasien menggunakan tiga identitas yaitu nama pasien, nomor rekam medis pasien, dan tanggal lahir pasien (Permenkes RI, 2011).

Identifikasi pasien yang tepat akan memudahkan kepala ruang dalam melakukan perencanaannya. Perencanaan membantu untuk menjamin bahwa pasien akan menerima pelayanan keperawatan/kesehatan yang pasien inginkan dan membutuhkan pelayanan yang diberikan oleh perawat secara optimal (Swansburg, 1999). Hal ini bila dibiarkan dan tidak diatasi dengan segera akan berdampak pada pelayanan keperawatan.

Dampak yang terjadi akibat dari perencanaan yang kurang baik adalah mengakibatkan kejadian yang tidak diharapkan. Seperti pasien jatuh, kesalahan pemberian obat yang akan menambah hari rawat dan biaya perawatan. Woolever (2005; Encinosa & Helinger, 2005) mengatakan bahwa pasien yang mengalami peristiwa berpotensi KTD memiliki pengeluaran biaya rawat inap 52% lebih tinggi ($p < 0,001$), dan pengeluaran rawat jalan 11% lebih tinggi ($p = 0,05$). Kesalahan pemberian obat mengakibatkan biaya ekonomi dari kesalahan pengobatan sekitar \$ 5.000 per kesalahan di RS AS Dennison (2007). Hal ini menjadi perhatian dan kesadaran setiap perawat.

Kesadaran akan nilai keselamatan pasien dapat dibangun dengan menciptakan kepemimpinan dan kemampuan seorang kepala ruang dalam merencanakan program keselamatan pasien. Penelitian yang dilakukan Arista (2010) didapatkan tingkat kesadaran responden perawat terhadap keselamatan pasien rendah dan tingkat kesadaran dokter sedang, kesimpulan hasil penelitiannya terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan jabatan dengan kesadaran tentang keselamatan pasien.

Hasil wawancara dengan 5 perawat pelaksana RS Haji Jakarta pada 03 Pebruari 2012 didapatkan sebagian besar perawat sudah mendapat sosialisasi tentang program keselamatan pasien di rumah sakit secara umum. Namun sosialisasi tentang sasaran keselamatan pasien belum dilakukan, sehingga pelaksanaan program keselamatan pasien belum optimal seperti identifikasi risiko pasien jatuh belum ada. Pelatihan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit belum dilaksanakan.

Hasil wawancara dengan 9 kepala ruangan RSIJCP pada 09 April 2012 didapatkan, kepala ruangan belum menyusun perencanaan kepala ruang terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien, dikarenakan belum mempunyai pedoman untuk menyusun perencanaan kepala ruang. Kegiatan yang dilakukan kepala ruangan terkait dengan keselamatan pasien memberikan laporan bila terjadi kejadian yang tidak diharapkan kepada panitia keselamatan pasien RSIJCP. Kepala ruang juga mengatakan sebagian besar perawat pelaksana belum mendapatkan pelatihan keselamatan pasien, sehingga penerapan program pelaksanaan keselamatan pasien belum optimal. Pelatihan keselamatan pasien secara berkesinambungan dapat meningkatkan pengetahuan dan motivasi perawat.

Hal ini dapat dibuktikan hasil penelitian Aryani (2007) perawat yang telah mengikuti pelatihan, memiliki pengetahuan dan motivasi dalam mendukung keselamatan pasien. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan motivasi terhadap sikap mendukung penerapan program keselamatan pasien $p = 0,006$, $\text{Exp B} = 2,322$ dan $p = 0,020$, $\text{Exp B} = 2,093$.

Fenomena yang terlihat di Rumah Sakit Haji Jakarta dan Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih menunjukkan bahwa perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien belum tertata dengan baik, terutama program Enam Sasaran Keselamatan Pasien. Kepala ruangan belum mempunyai perencanaan yang baik, hanya melaksanakan kegiatan bila kejadian itu sudah berlangsung.

Pedoman kepala ruang untuk melaksanakan perencanaan belum ada. Penelitian ini berupaya untuk meningkatkan kemampuan kepala ruang dalam melaksanakan perencanaan melalui penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Haji Jakarta dan Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih.

1.2. Rumusan Masalah

Keselamatan pasien merupakan prinsip dasar dari pelayanan kesehatan yang memandang bahwa keselamatan merupakan hak bagi setiap pasien yang di rawat di rumah sakit. Pelaksanaan keselamatan pasien di Rumah Sakit Haji Jakarta masih dalam proses penataan, baik dalam pemberian pelayanan kepada pasien oleh semua tenaga kesehatan yang ada maupun dalam perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien. Perawat pelaksana belum mendapatkan pelatihan sasaran keselamatan pasien, sehingga masih ada kejadian yang tidak diharapkan seperti pasien jatuh 10 KTD, kesalahan pemberian obat 34 KTD, masalah dokumentasi 21 KTD, masalah komunikasi 9 KTD yang terjadi dari 2009-2011.

Fungsi perencanaan yang optimal dapat mempengaruhi kinerja kepala ruang yang selanjutnya berdampak pada kinerja stafnya. Belum semua kepala ruang memiliki kemampuan melakukan perencanaan dan memiliki pedoman perencanaan yang digunakan kepala ruang dalam meningkatkan kualitas pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. Kinerja perawat yang baik dapat mengindikasikan mutu layanan rumah sakit seperti yang telah disebutkan dalam visi dan misi rumah sakit. Dari latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah penelitian yang dijawab pada penelitian ini adalah belum diketahuinya pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Haji Jakarta.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengidentifikasi pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Haji Jakarta.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi:

- 1.3.2.1 Gambaran karakteristik perawat pelaksana (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, pelatihan).
- 1.3.2.2 Gambaran perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien.
- 1.3.2.3 Hubungan karakteristik perawat pelaksana terhadap pelaksanaan keselamatan pasien dan perencanaan kepala ruang.
- 1.3.2.4 Perbedaan perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- 1.3.2.5 Perbedaan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- 1.3.2.6 Pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini didasarkan sepanjang proses penelitian meliputi: manfaat aplikatif, keilmuan, dan metodologi.

1.4.1 Manfaat aplikatif

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan kontribusi yang bermanfaat bagi rumah sakit dan bidang keperawatan terkait dengan fungsi manajemen ruangan khususnya fungsi perencanaan kepala ruang dalam pelaksanaan program keselamatan pasien. Dengan tersusunnya

perencanaan kepala ruang pada masing-masing ruang rawat, diharapkan akan berdampak terhadap peningkatan mutu asuhan keperawatan.

1.4.2 Manfaat keilmuan

- 1.4.2.1 Perencanaan kepala ruang sebagai salah satu fungsi manajemen keperawatan yang diterapkan dalam mengelola suatu unit ruang rawat.
- 1.4.2.2 Pedoman perencanaan kepala ruang sebagai panduan bagi semua kepala ruang yang bekerja di rumah sakit
- 1.4.2.3 Penelitian pengaruh pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien sebagai *evidence based*.

1.4.3 Manfaat metodologi

- 1.4.3.1 Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan menerapkan dan mengembangkan model perencanaan kepala ruang terkait dengan keselamatan pasien berdasarkan kajian yang terbukti secara ilmiah.
- 1.4.3.2 Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai rujukan penelitian terkait dengan keselamatan pasien.
- 1.4.3.3 Hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar pengembangan untuk melakukan penelitian selanjutnya yang terkait dengan fungsi perencanaan kepala ruang terhadap keselamatan pasien.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Keselamatan pasien saat ini telah menjadi prioritas utama dan isu global untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan di rumah sakit yaitu: keselamatan pasien, keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang dapat berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Kelima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakit (Depkes RI, 2008).

Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dilakukan dengan berbagai macam kegiatan untuk menjamin kepuasan pelanggan. Sejak awal tahun 1900 institusi rumah sakit selalu meningkatkan mutu pada 3 elemen yaitu struktur, proses, dan *outcome* dengan bermacam-macam konsep dasar, program regulasi yang berwenang misalnya antara lain penerapan standar pelayanan rumah sakit, penerapan *quality assurance*, *total quality management*, *continous quality improvement*, perizinan, akreditasi, kredensialing, audit medis, indikator klinis, *clinical governance*, ISO, dan lain sebagainya. Program tersebut telah meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit baik pada aspek struktur, proses, maupun *output* dan *outcome* (Depkes RI, 2008).

ICN (2002) mengatakan bahwa keselamatan pasien merupakan hal mendasar dalam mutu pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan. Peningkatan keselamatan pasien meliputi tindakan nyata dalam rekrutmen, pelatihan dan retensi tenaga profesional, pengembangan kinerja, manajemen risiko dan lingkungan yang aman, pengendalian infeksi, penggunaan obat-obatan yang

aman, peralatan dan lingkungan perawatan yang aman serta akumulasi pengetahuan ilmiah yang terintegrasi serta berfokus pada keselamatan pasien yang disertai dengan dukungan infrastruktur terhadap pengembangan yang ada.

CNA (2009) mengatakan bahwa keselamatan pasien bukan hanya merupakan isu yang dibiarkan untuk berkembang dalam keperawatan ataupun merupakan bagian dari apa yang akan dilakukan perawat. Akan tetapi keselamatan pasien merupakan perwujudan dan komitmen perawat terhadap kode etik untuk menjaga keselamatan pasien, kompeten dan etis dalam keperawatan. Keselamatan pasien juga merupakan dasar dalam melakukan asuhan keperawatan di manapun perawat itu bekerja

2.1.1 Pengertian

Keselamatan pasien merupakan hal penting dalam pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai institusi pemberi pelayanan kesehatan harus dapat menjamin pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman (Permenkes RI, 2011). Sistem tersebut meliputi: asesmen risiko, identifikasi dan pengobatan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes RI, 2011).

Beberapa pakar mendefinisikan keselamatan pasien adalah bebas dari cedera fisik dan psikologis yang menjamin keselamatan pasien, melalui penetapan sistem operasional, meminimalisasi terjadinya kesalahan, mengurangi rasa tidak aman pasien dalam sistem perawatan kesehatan dan meningkatkan pelayanan yang optimal (*Canadian Nursing Association*, 2004; Davies., Hebert., & Hoffman, 2003; DMAA, 2005; KKPRS, 2008; Kohn., Corrigan., & Donaldson, 2000; Potter & Perry, 2010; WHO, 2007).

2.1.2 Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien meliputi: terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (Depkes RI, 2008; Permenkes RI, 2011).

Masalah keselamatan pasien di rumah sakit merupakan masalah yang perlu ditangani dengan segera. Kegiatan program keselamatan pasien di rumah sakit terdiri dari: standar keselamatan pasien, tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit, sembilan solusi keselamatan pasien di rumah sakit, dan sasaran keselamatan rumah sakit (Depkes RI, 2008; Permenkes RI, 2011).

2.1.3 Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini.

Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut:

- 1) ketepatan identifikasi pasien, 2) peningkatan komunikasi yang efektif, 3) peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, 4) kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, 5) pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, 6) pengurangan risiko pasien jatuh (Permenkes, 2011).

Uraian lengkap ada pada lampiran 16.

2.1.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Keselamatan Pasien.

Pelaksanaan keselamatan pasien sering mengalami kesalahan. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien yaitu faktor organisasi dan manajemen. Faktor-faktor tersebut adalah: budaya

keselamatan, manajer/pemimpin, komunikasi, petugas kesehatan, kerja sama/*team work*, stres, kelelahan, dan lingkungan kerja (Bennett & Brachman's, 2007; Haynes, 2009; Kennedy, 2001; KKP-RS, 2008; WHO, 2009):

2.1.4.1 Budaya keselamatan

Budaya keselamatan merupakan nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku berkomitmen untuk mendukung manajemen dan program keselamatan pasien (WHO, 2009). Budaya keselamatan pasien dasarnya mencerminkan sikap dan nilai pelaksana yang terkait dengan pengelolaan manajemen dan risiko keselamatan. Dimensi budaya keselamatan organisasi mencakup komitmen manajemen terhadap keselamatan, praktik kerja yang berkaitan dengan keselamatan, kepatuhan terhadap peraturan keselamatan, risiko manajemen, pelaporan kesalahan dan insiden.

Budaya keselamatan telah menjadi masalah yang signifikan bagi organisasi kesehatan berusaha untuk meningkatkan keselamatan pasien (Kennedy, 2001). Organisasi perlu mengubah budaya karyawan untuk mudah untuk melakukan hal yang benar dan tidak melakukan kesalahan dalam perawatan pasien. *Institute of medicine* menyatakan, kesehatan organisasi perawatan harus mengembangkan budaya keselamatan sehingga proses desain organisasi dan tenaga kerja yang difokuskan pada tujuan yang jelas, peningkatan kompetensi dan proses keamanan perawatan (Kohn et al, 1999).

2.1.4.2 Manajer/pemimpin

Manajer/pemimpin mempunyai kemampuan untuk mempengaruhi orang terhadap pencapaian tujuan organisasi. Para manajer bertanggung jawab menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dibuat dan telah disepakati bersama terkait dengan keselamatan pasien di tingkat unit pelayanan masing-masing dan memegang peranan pada setiap tingkat manajemen, mulai dari manajer bawah (kepala ruang), manajer menengah dan top manajer (Naylor, 2004).

Manajer/pemimpin memainkan peran penting dalam mengembangkan program keselamatan pasien. Manajer memimpin perubahan dan bertanggung jawab untuk menetapkan arah bagi suatu unit yang dipimpinnya. Manajer/pemimpin berkomitmen dan memberikan contoh yang dinyatakan dalam tindakan untuk keberhasilan program keselamatan pasien (Bennett & brachman's, 2007).

Manajer tingkat menengah dan atas harus menunjukkan komitmen terhadap keselamatan pasien dengan cara mengunjungi ruang rawat secara periodik, sehingga mempengaruhi budaya keselamatan para perawat pelaksana. Manajer tingkat bawah (kepala ruangan) sebagai manajer di ruang rawat mempunyai peran yang sangat penting, salah satunya adalah membuat perencanaan ruangan. Perencanaan merupakan tahap yang sangat penting dan menjadi prioritas di antara fungsi manajemen yang lain. Tanpa perencanaan yang adekuat, proses manajemen akan mengalami kegagalan. Perencanaan merupakan pedoman untuk melaksanakan tindakan dalam mencapai tujuan, perencanaan harus fleksibel dan memungkinkan penyesuaian kembali jika terjadi sesuatu yang tidak diharapkan (Marquis & Huston, 2012).

Perencanaan yang disusun mencakup visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan (Marquis & Huston 2012; Swansburg, 1999). Terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien, kepala ruang menyusun pedoman perencanaan pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di ruang rawat inap. Perencanaan sebagai kunci bagian dari keperawatan yang memberikan arah, keterpaduan, dan kepercayaan (Swansburg, 1999).

2.1.4.3 Komunikasi

Komunikasi sangat penting untuk efisiensi kerja dan untuk koordinasi antara pelaksana, tim dan manajer. Komunikasi dalam organisasi biasanya digambarkan sebagai satu arah (misalnya dalam instruksi tertulis) atau dua arah (percakapan misalnya dengan telepon). Perbedaan utama antara satu dan komunikasi dua arah adalah bahwa dua arah memberikan umpan balik yang memungkinkan pengirim dan penerima untuk memastikan bahwa arti dalam informasi tersebut telah

dipahami. Masalah komunikasi dapat dikategorikan sebagai kegagalan sistem, pesan dan penerimaan, dapat menyebabkan kesalahan yang dapat terjadi sebagai individu gagal untuk menerima atau untuk menyampaikan informasi atau berkomunikasi (CAA, 2006).

Kegagalan komunikasi merupakan penyebab utama membahayakan pasien. Analisis peristiwa 2.455 kejadian sentinel dilaporkan ke badan akreditasi di Amerika Serikat (JCAHO) mengungkapkan bahwa penyebab utama kejadian sentinel tersebut 70% adalah kegagalan komunikasi (Leonard, Graham, & Bonacum, 2004). Beberapa masalah utama berkaitan dengan *shift* atau *hand offer* pasien, kualitas informasi yang dicatat di dokumen pasien, catatan kasus dan insiden laporan, efek status staf junior menghambat pelaporan, dan kesulitan transmisi informasi di suatu organisasi. Hal ini perlu diciptakan memberikan kesempatan kepada semua anggota tim untuk berbicara dan bertukar informasi dengan baik (Haynes, 2009).

Permenkes RI (2011) mengemukakan komunikasi yang efektif masuk dalam sasaran keselamatan pasien pada sasaran II peningkatan komunikasi yang efektif yaitu komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.

2.1.4.4 Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan memiliki kemampuan untuk peduli dan perhatian bagi keselamatan pasien. Terkait dengan keselamatan pasien yang paling mudah dilakukan oleh petugas kesehatan adalah menjaga kebersihan tangan, untuk membatasi penularan patogen. Kepatuhan menjaga kebersihan tangan merupakan perubahan perilaku yang mendasar bagi petugas kesehatan (Bennett & brachman's, 2007).

Karakteristik petugas dan individu mempengaruhi perilaku yang bekerja dengan cara yang dapat mempengaruhi kesehatan dan keselamatan yaitu umur dan tingkat perkembangan. Seseorang akan belajar untuk menjaga diri terhadap kemungkinan bahaya melalui proses belajar dan pengalaman yang didapat dalam lingkungan. Kemampuan untuk mengenali dan mencegah bahaya seiring dengan penambahan usia dan tingkat perkembangannya (Potter & Perry, 2010)

2.2 Pedoman Perencanaan Kepala Ruang

2.2.1 Pedoman

Pedoman merupakan acuan untuk melakukan tindakan di suatu unit kerja. Pengertian pedoman menurut beberapa kamus adalah suatu kebijakan atau prosedur yang digunakan sebagai acuan atau pegangan untuk membuat kegiatan yang digunakan di unit kerja (*American Heritage Dictionary*, 2003; *Collins English Dictionary*, 2003).

Pedoman merupakan kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan. Dengan demikian dapat diartikan bahwa pedoman mengatur beberapa hal (KARS, 2012). Pedoman perencanaan merupakan suatu kebijakan atau prosedur yang dimiliki oleh seorang kepala ruangan untuk menyusun perencanaan kegiatan yang sistematis di suatu unit kerja berdasarkan visi, misi, filosofi, dan tujuan dari rumah sakit/bidang keperawatan untuk mencapai tujuan organisasi.

2.2.2 Perencanaan

Perencanaan merupakan fungsi dasar dari manajemen dan merupakan tugas utama setiap manager. Perencanaan harus sistematis, dapat diukur, dapat dicapai, realistis dan berorientasi pada waktu. Perencanaan merupakan tahap yang sangat penting dan menjadi prioritas di antara fungsi manajemen yang lain. Tanpa perencanaan yang adekuat, proses manajemen akan mengalami kegagalan. Perencanaan merupakan pedoman untuk melaksanakan tindakan dalam mencapai

tujuan, perencanaan harus fleksibel dan memungkinkan penyesuaian kembali jika terjadi sesuatu yang tidak diharapkan (Marquis & Huston, 2012).

Banyak pendapat tentang perencanaan namun dapat disimpulkan perencanaan merupakan suatu proses berpikir untuk merencanakan kegiatan yang sistematis, merancang proses dan hasilnya, dapat diukur, dapat dicapai, realistis, berorientasi pada waktu, memutuskan apa yang akan dilakukan, siapa yang melakukan, bagaimana, kapan, dan dimana hal tersebut dilakukan, memberikan umpan balik, berdasarkan visi, misi, filosofi, dan tujuan dari rumah sakit/bidang keperawatan untuk mencapai tujuan organisasi (Gillies, 1996; Ilyas, 2004; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999).

Perencanaan merupakan keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang hal-hal yang akan dikerjakan di masa mendatang dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan yang matang akan memberikan petunjuk dan mempermudah dalam melaksanakan suatu kegiatan dan merupakan pola pikir yang dapat menentukan keberhasilan suatu kegiatan dan titik tolak dari kegiatan pelaksanaan kegiatan selanjutnya (Marquis & Huston, 2012).

Leos (2008) mengatakan bahwa untuk meningkatkan keselamatan pasien pada perawat onkologi dengan menciptakan perencanaan lingkungan perawatan yang aman yaitu dengan meningkatkan penyediaan cuci tangan untuk mencegah infeksi jamur. Pendapat lain Leos (2008) mengatakan bahwa kesenjangan yang dapat menyebabkan kesalahan tanpa disadari sebagai akibat dari keputusan yang dibuat dalam perencanaan yang kurang optimal.

2.2.3 Jenis-Jenis Perencanaan di Ruang Rawat

Ada beberapa jenis perencanaan menurut beberapa pakar keperawatan antara lain: perencanaan strategis, perencanaan taktis/operasional, perencanaan harian, mingguan, bulanan, dan tahunan (Gillies, 1996; Huber, 2010; Marquis & Huston, 2012; Swansburg, 1999).

2.2.3.1 Perencanaan strategis

Perencanaan strategis merupakan perspektif perencanaan jangka panjang, pendekatan ini menentukan tujuan secara keseluruhan dan arah organisasi, proses berkesinambungan proses yang sistematis dalam pembuatan dan pengambilan keputusan masa kini. Contohnya pada visi, misi, dan tujuan utama, pengembangan standar, identifikasi kebutuhan dan penyusunan prioritas, perumusan kebijakan, aturan, regulasi, metoda dan prosedur (Cherry & Jakob, 2011; Gillies, 1996; Huber, 2010; Swansburg, 1999; Tomey, 2009). Sedangkan pendapat Martin (1998 dalam Marquis & Huston 2012) menyatakan bahwa rencana strategis meramalkan keberhasilan organisasi di masa depan dengan menyesuaikan dan menyelaraskan kapabilitas dengan kesempatan eksternal.

2.2.3.2 Perencanaan taktis/operasional

Perencanaan taktis/operasional merupakan perspektif perencanaan jangka pendek, pendekatan ini menentukan rincian yang spesifik pelaksanaan tujuan, contohnya perencanaan proyek, perencanaan kepegawaian, dan perencanaan pemasaran (Huber, 2010; Gillies, 1996; Swansburg, 1999).

2.2.3.3 Perencanaan Harian

Perencanaan harian kepala ruang merupakan bagian dari perencanaan jangka pendek. Perencanaan harian kepala ruang memuat peran dan fungsi serta tugas dan tanggung jawab kepala ruang yang mengacu pada fungsi manajemen keperawatan. Perencanaan harian kepala ruang memuat: perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, dan pengendalian (Marquis & Huston, 2012; Permenkes RI, 2011; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999) antara lain:

1) Perencanaan (*Planning*)

Dimulai dengan penerapan filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan. Membuat perencanaan untuk mencapai visi, misi, dan tujuan organisasi. Menetapkan biaya-biaya untuk setiap kegiatan. Merencanakan dan mengelola perubahan.

- (1) Perencanaan perawatan pasien meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, penetapan rencana perawatan, implementasi, dan evaluasi yang dilakukan oleh ketua tim/perawat primer.
- (2) Perencanaan program keselamatan pasien
- (3) Perencanaan administrasi pasien: mencatat sensus rata-rata pasien setiap hari, rata-rata lama dirawat, kapasitas tempat tidur, jumlah kelahiran, jumlah operasi, jumlah pasien pulang.
- (4) Perencanaan harian terkait kebutuhan logistik : menyediakan kebutuhan linen, kebutuhan peralatan kesehatan, kebutuhan alat tulis kantor (ATK), kebutuhan obat-obatan, dan kebutuhan rumah tangga.

2) Pengorganisasian (*Organizing*)

Meliputi pembentukan struktur untuk melaksanakan perencanaan, menentukan jenis metode pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang tepat, mengelompokkan kegiatan untuk mencapai tujuan unit, melakukan peran dan fungsi dalam organisasi, dan menggunakan kekuatan serta wewenang secara tepat.

- (1) Merumuskan metode/sistem pemberian asuhan keperawatan yang akan digunakan.
- (2) Merumuskan klasifikasi pasien.
- (3) Mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien.
- (4) Merumuskan tujuan sistem penugasan.
- (5) Membuat rincian tugas dan tanggung jawab ketua tim dan anggota tim secara jelas.
- (6) Membuat rentang kendali.
- (7) Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan.
- (8) Memberi wewenang kepada petugas administrasi untuk mengurus administrasi ruangan, mengatur penugasan: jadwal pekarya, identifikasi masalah dan penugasan.
- (9) Menyediakan form penilaian risiko pasien jatuh dengan menggunakan skala jatuh "morse"

3) Ketenagaan (*Staffing*)

Meliputi pengaturan ketenagaan (merekruit, memilih, wawancara, mengorientasikan staf), penjadwalan, pengembangan staf, sosialisasi staf, *team building*/membangun tim.

- (1) Membuat daftar kegiatan
- (2) Menunjuk ketua tim yang bertugas di ruangan.
- (3) Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien per *shif* per hari.
- (4) Menentukan jumlah tenaga perawat untuk setiap *shif*.
- (5) Membagi jumlah tenaga perawat ke dalam tim.
- (6) Membagi rasio pasien dengan jumlah perawat yang ada
- (7) Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan saat kekurangan dan kelebihan tenaga perawat.
- (8) Membuat rotasi dinas/jadwal dinas: pagi, sore, dan malam.
- (9) Mengatur jadwal kerja staf terkait dengan ijin, libur, sakit, mengikuti rapat, tidak masuk kerja tanpa alasan.

4) Pengarahan (*Actuating*)

Meliputi tanggung jawab dalam mengelola sumber daya manusia seperti motivasi, mengatasi konflik, komunikasi, supervisi, ronde keperawatan, pendelegasian, dan memfasilitasi konflik.

- (1) Memberi pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim/penanggung jawab *shif*
- (2) Memberi pengarahan pada saat *pre* dan *post conference*.
- (3) Memberi pujian kepada ketua tim dan anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik.
- (4) Memberi motivasi dalam meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan sikap.
- (5) Memberikan kebebasan kepada staf untuk mengungkapkan perasaan/ide-ide dan kreativitasnya dalam mengembangkan diri.
- (6) Menerima masukan dari staf tentang kriteria staf dalam program seleksi perawat baru.

- (7) Memberikan umpan balik kepada ketua tim dan anggota.
- (8) Mendelegasikan tugas saat kepala ruangan tidak ada ditempat kepada ketua tim.
- (9) Menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan.
- (10) Melibatkan bawahan dari awal hingga akhir kegiatan.
- (11) Membimbing bawahan yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya, memberi teguran kepada bawahan yang melakukan kesalahan, meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim.
- (12) Melakukan komunikasi yang baik: mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim maupun pelaksana mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, menjadi pendengar yang baik.
- (13) Mengatasi konflik internal maupun eksternal.
- (14) Memfasilitasi konflik.
- (15) Melakukan ronde keperawatan sesuai jadwal yang ditentukan.
- (16) Melakukan ronde keselamatan pasien

5) Pengendalian (*Controlling*)

Meliputi penilaian kinerja dari penampilan kerja, pengawasan umum, pengawasan aspek legal etik, pengawasan peningkatan mutu, dan pengawasan keprofesionalisme perawat.

- (1) Melakukan evaluasi kerja pelaksanaan asuhan keperawatan dengan membandingkan perencanaan yang telah disusun bersama ketua tim.
- (2) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi kerja pelaksanaan asuhan keperawatan.
- (3) Melakukan evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan, apakah setiap pasien mempunyai rencana perawatan, apakah tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan rencana perawatan.
- (4) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan.
- (5) Melakukan pemantauan pelaksanaan *pre* dan *post conference* setiap *shift*

- (6) Melakukan tindak lanjut hasil pemantauan pelaksanaan *pre* dan *post conference* setiap *shift*
- (7) Melakukan pemantauan keamanan dan kebersihan ruangan
- (8) Melakukan evaluasi keselamatan pasien
- (9) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi keselamatan pasien
- (10) Melakukan surveilen infeksi
- (11) Melakukan pemantauan pasien telah teridentifikasi dengan penggunaan identitas minimal dua (nama pasien, nomor rekam medik pasien, atau tanggal lahir pasien) pada gelang tangan pasien.
- (12) Melakukan pemantauan pasien yang akan dilakukan operasi tercatat dengan benar.
- (13) Melakukan pemantauan perawat di ruangan terhadap pencegahan risiko infeksi.
- (14) Melakukan pemantauan penilaian risiko pasien jatuh
- (15) Melakukan evaluasi penilaian risiko pasien jatuh
- (16) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi penilaian risiko pasien jatuh
- (17) Melakukan pemantauan pasien risiko jatuh terpasang dengan gelang warna kuning.
- (18) Melakukan pemantauan pelaksanaan pengisian peta risiko ruang rawat.
- (19) Melakukan pencatatan dan membuat laporan KTD/KNC bila terjadi KTD/KNC kepada Panitia Keselamatan Pasien Rumah Sakit untuk tindak lanjut.

2.2.3.4 Perencanaan Mingguan

Perencanaan mingguan kepala ruang memuat (Marquis & Huston, 2012; Permenkes RI, 2011; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999) antara lain:

- 1) Perencanaan (*Planning*)
 - (1) Perencanaan perawatan pasien dalam satu minggu
 - (2) Perencanaan program keselamatan pasien dalam satu minggu
 - (3) Perencanaan administrasi pasien dalam satu minggu

- (4) Perencanaan mingguan terkait kebutuhan logistik: menyediakan kebutuhan linen, kebutuhan peralatan kesehatan, kebutuhan alat tulis kantor (ATK), kebutuhan obat-obatan, dan kebutuhan rumah tangga.
- 2) Pengorganisasian (*Organizing*)
 - (1) Menetapkan metode/sistem pemberian asuhan keperawatan yang telah digunakan
 - (2) Menetapkan klasifikasi pasien
 - (3) Menghitung tingkat ketergantungan pasien
 - 3) Ketenagaan (*Staffing*)
 - (1) Pengaturan jadwal ijin kerja
 - (2) Pengaturan jadwal libur
 - 4) Pengarahan (*Actuating*)
 - (1) Melakukan ronde keperawatan
 - (2) Melakukan supervisi keperawatan
 - 5) Pengendalian (*Controlling*)
 - (1) Melakukan evaluasi jadwal kerja dan kehadiran staf.
 - (2) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi jadwal kerja dan kehadiran staf.
 - (3) Melakukan evaluasi jadwal dinas pagi, sore, dan malam.
 - (4) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi jadwal dinas pagi, sore, dan malam.
 - (5) Melakukan evaluasi rasio pasien dengan jumlah perawat yang ada.
 - (6) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi rasio pasien dengan jumlah perawat yang ada.
 - (7) Melakukan evaluasi pelaksanaan *pre* dan *post conference* setiap *shift*.
 - (8) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pelaksanaan *pre* dan *post conference* setiap *shift*.
 - (9) Melakukan evaluasi keamanan dan kebersihan ruangan.
 - (10) Melakukan evaluasi pendelegasian tugas kepala ruang.
 - (11) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pendelegasian tugas kepala ruang.
 - (12) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi surveilan infeksi.

2.2.3.5 Perencanaan Bulanan

Perencanaan bulanan kepala ruang memuat (Marquis & Huston, 2012; Permenkes RI, 2011; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999) antara lain:

- 1) Perencanaan (*Planning*)
 - (1) Perencanaan perawatan pasien dalam satu bulan.
 - (2) Perencanaan program keselamatan pasien dalam satu bulan
 - (3) Perencanaan administrasi pasien dalam satu bulan (mencatat BOR, LOS, TOI, BTO).
 - (4) Perencanaan bulanan terkait dengan kebutuhan logistik: perencanaan kebutuhan linen, kebutuhan peralatan kesehatan, kebutuhan alat tulis kantor (ATK), kebutuhan obat-obatan, kebutuhan rumah tangga.
- 2) Pengorganisasian (*Organizing*)
 - (1) Pertemuan dengan staf setiap bulan/sesuai kebutuhan ruangan secara individual.
 - (2) Membuat daftar nama semua tenaga di ruang rawat dan merencanakan pertemuan bulanan secara individual. Pada pertemuan individual dibahas bagaimana individu memenuhi filosofi dan objektif rumah sakit, uraian tugas dan penampilan kerja.
 - (3) Permintaan bahan/material di ruang rawat. Rencana permintaan bahan dilakukan berdasarkan kebutuhan dengan mengidentifikasi kebutuhan dalam satu bulan.
 - (4) Mengorganisir jadwal CI dan Ketua Tim
 - (5) Mengorganisir presentasi kasus ruangan
 - (6) Terkait sasaran keselamatan pasien: membuat format peta risiko.
- 3) Ketenagaan (*Staffing*)
 - (1) Pengaturan jadwal dinas dalam satu bulan.
 - (2) Pengaturan jadwal cuti staf.
 - (3) Mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan staf terkait dengan penampilan kerja.

- (4) Melakukan program orientasi bagi perawat baru/peserta didik/peserta pelatihan.
 - (5) Mengidentifikasi adanya tenaga perawat yang terampil/profesional untuk memenuhi tujuan organisasi.
 - (6) Melakukan sosialisasi terkait dengan nilai organisasi dan unit kerja.
 - (7) Merencanakan staf yang mengikuti *In House Training* (IHT)
 - (8) Melakukan rapat bulanan dengan semua staf (misalnya pada diskusi kasus/konference).
- 4) Pengarahan (*Actuating*)
- (1) Menyusun jadwal ronde keperawatan, supervisi keperawatan ketua tim.
 - (2) Melakukan supervisi: melalui pengawasan langsung dengan inspeksi, pengawasan tidak langsung melalui daftar hadir ketua tim, membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan, mendengarkan laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas.
 - (3) Memberi umpan balik dan penghargaan serta mengidentifikasi perbaikan.
 - (4) Mengarahkan ketua tim untuk pelaksanaan ronde keperawatan, supervisi keperawatan secara berkelanjutan.
 - (5) Melaksanakan program bimbingan pagi peserta didik/peserta pelatihan.
 - (6) Melaksanakan bimbingan dan pembinaan dalam pelaksanaan standar/prosedur pelayanan keperawatan.
 - (7) Mengidentifikasi potensi kelebihan dan kekurangan serta kepuasan staf.
 - (8) Mensosialisasikan visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus ruang rawat secara berkelanjutan setiap pertemuan staf.
 - (9) Mensosialisasikan kebijakan, prosedur, dan aturan yang telah ditetapkan secara berkelanjutan setiap pertemuan staf.
- 5) Pengendalian (*Controlling*)
- (1) Melakukan evaluasi metode pemberian asuhan keperawatan yang dilaksanakan dengan menggunakan instrumen evaluasi A, B, C setiap bulan.

- (2) Melakukan penilaian kinerja perawat dan staf lainnya untuk penilaian dalam satu bulan.
- (3) Melakukan evaluasi penjadwalan dinas dalam satu bulan.
- (4) Melakukan penilaian kinerja perawat terkait dengan sasaran keselamatan pasien: memantau/monitoring hasil peta risiko.
- (5) Melakukan evaluasi prioritas apa penyebab peta risiko.
- (6) Melakukan evaluasi dan tindak lanjut implementasi 6 sasaran keselamatan pasien
- (7) Melakukan evaluasi dan tindak lanjut hasil evaluasi program CI
- (8) Membuat laporan bulanan jumlah pasien yang mengalami KTD/KNC, pembinaan petugas yang melakukan KTD/KNC bekerja sama dengan panitia keselamatan pasien rumah sakit.

2.2.3.6 Perencanaan Tahunan

Perencanaan tahunan kepala ruang memuat (Marquis & Huston, 2012; Permenkes RI, 2011; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999) antara lain:

1) Perencanaan (*Planning*)

- (1) Membuat perencanaan tahunan dimulai dengan penerapan filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan. Membuat perencanaan untuk mencapai visi, misi, dan tujuan organisasi.
- (2) Menyusun rencana kerja kegiatan tahunan.
- (3) Perencanaan perawatan pasien dalam satu tahun
- (4) Perencanaan program keselamatan pasien dalam satu tahun
- (5) Perencanaan administrasi pasien dalam satu tahun (mencatat BOR, LOS, TOI, BTO)
- (6) Perencanaan tahunan terkait dengan kebutuhan logistik: perencanaan kebutuhan linen, kebutuhan peralatan kesehatan, kebutuhan alat tulis kantor (ATK), kebutuhan obat-obatan, kebutuhan rumah tangga
- (7) Perencanaan sistim informasi keperawatan secara komputerisasi
- (8) Perencanaan kesejahteraan staf

- 2) Pengorganisasian (*Organizing*)
 - (1) Mengorganisir sumber daya manusia (perawat) untuk pencapaian metode pemberian asuhan keperawatan untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan,
 - (2) Pertemuan seluruh staf secara berkelanjutan.
 - (3) Menyusun pendanaan yang dibutuhkan.
 - (4) Melaksanakan koordinasi pelaksanaan kegiatan keperawatan dengan unit terkait.
- 3) Ketenagaan (*Staffing*)
 - (1) Merencanakan jumlah tenaga perawat yang *up to date* tiap tahun sesuai kebutuhan.
 - (2) Membuat prediksi masa yang akan datang dengan memahami pelaksanaan fungsi ketenagaan saat ini dan masa lalu.
 - (3) Merencanakan peningkatan kompetensi perawat di ruangan.
 - (4) Merencanakan kebutuhan sumber daya: peralatan yang diperlukan.
 - (5) Merencanakan pengembangan dan peningkatan pengetahuan, keterampilan perawat (pendidikan, pelatihan, seminar).
 - (6) Merencanakan jadwal cuti tahunan staf
- 4) Pengarahan (*Actuating*)
 - (1) Mengarahkan ketua tim untuk melaksanakan asuhan keperawatan pasien secara optimal.
 - (2) Mengusulkan untuk memberikan penghargaan kepada staf yang telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik.
- 5) Pengendalian (*Controlling*)
 - (1) Melakukan penilaian peningkatan mutu asuhan keperawatan.
 - (2) Melakukan evaluasi visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan yang telah ada.
 - (3) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan yang telah ada
 - (4) Melakukan evaluasi penilaian kinerja perawat ruangan.
 - (5) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi penilaian kinerja perawat ruangan.

- (6) Melakukan evaluasi metode pemberian asuhan keperawatan yang dilaksanakan di ruang rawat inap tiap tahun (kepuasan perawat, kepuasan dokter dan profesi lain, kepuasan pasien).
- (7) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi terhadap metode pemberian asuhan keperawatan.
- (8) Melakukan evaluasi standar/prosedur yang ada.
- (9) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi standar/prosedur pelayanan keperawatan.
- (10) Melakukan evaluasi pelaksanaan supervisi keperawatan
- (11) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pelaksanaan supervisi keperawatan.
- (12) Melakukan evaluasi pelaksanaan ronde keperawatan
- (13) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pelaksanaan ronde keperawatan.
- (14) Melakukan evaluasi pelaksanaan infeksi nosokomial bekerja sama dengan tim ICN.
- (15) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pelaksanaan infeksi nosokomial.
- (16) Melakukan evaluasi ketenagaan (kebutuhan tenaga, penilaian kinerja, pengembangan keprofesian).
- (17) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi ketenagaan.
- (18) Melakukan evaluasi kebutuhan peralatan.
- (19) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi kebutuhan peralatan.
- (20) Melakukan evaluasi penyusunan visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus ruang rawat.
- (21) Terkait dengan sasaran keselamatan pasien: melakukan tindak lanjut terhadap prioritas penyebab peta risiko.

2.2.4 Hirarki Perencanaan

Hirarki perencanaan meliputi penetapan visi, misi, filosofi, sasaran, tujuan, kebijakan, prosedur, dan peraturan (Marquis & Huston, 2012; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999; Tomey, 2009) menjabarkan hirarki perencanaan sebagai berikut:

2.2.4.1 Visi

Visi adalah suatu hal yang terlihat dalam mimpi. Suatu visi memberikan informasi tentang bentuk dan gambaran suatu hal pada masa yang akan datang yang bermanfaat bagi organisasi dan orang yang bekerja di dalamnya (Marquis & Huston, 2012; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999; Tomey, 2009). Visi ruang rawat inap terkait sasaran keselamatan pasien adalah: keselamatan pasien menjadi menjadi tujuan utama perawatan kami.

2.2.4.2 Misi

Pernyataan misi suatu organisasi menggambarkan manfaat keberadaan organisasi tersebut. Misi adalah pernyataan singkat yang mengidentifikasi alasan keberadaan organisasi dan tujuan serta fungsi organisasi di masa depan. Misi ini bagi organisasi merupakan suatu alat/cara untuk mengarahkan setiap individu dalam organisasi tersebut untuk berperan secara produktif (Marquis & Huston, 2012; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999; Tomey, 2009).

Misi ruang rawat inap terkait sasaran keselamatan pasien adalah: memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang aman terhadap keselamatan pasien dengan tidak meninggalkan nuansa keislaman yang kental, untuk meningkatkan kualitas hidup manusia seutuhnya.

2.2.4.3 Filosofi

Pernyataan filosofi mencakup nilai-nilai, konsep, keyakinan yang dianut suatu organisasi. Pernyataan nilai-nilai konsep dan keyakinan menggambarkan atau mewarnai bagaimana misi suatu organisasi dicapai (Marquis & Huston, 2012; Swansburg, 1999; Tomey, 2009). Filosofi ruang rawat inap terkait dengan sasaran keselamatan pasien adalah: kami menyadari bahwa semua pasien mendapat asuhan keperawatan yang aman secara individual dari semua perawat, dan asuhan yang diberikan berupa pelayanan profesional yang Islami mencakup kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual.

2.2.4.5 Tujuan

Tujuan merupakan akhir kegiatan suatu organisasi/rumah sakit. Semua filosofi harus diterjemahkan ke dalam sasaran dan tujuan yang spesifik sehingga dapat dicapai. Artinya filosofi dioperasionalkan pada sasaran dan tujuan. Sasaran didefinisikan sebagai hasil akhir semua upaya yang dilakukan suatu organisasi. Tujuan dapat diterjemahkan dalam tujuan umum dan tujuan khusus (Marquis & Huston, 2012; Swansburg, 1999).

1) Tujuan Umum

Tujuan umum dapat didefinisikan sebagai hasil yang diinginkan melalui usaha yang dilakukan secara terarah (Marquis & Huston, 2012; Tomey, 2009). Tujuan umum juga merupakan tujuan filosofi. Tujuan umum ruang rawat inap terkait dengan sasaran keselamatan pasien adalah: memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif yang aman berdasarkan pengkajian perawat profesional dengan memperhatikan kebutuhan biopsikososial spiritual pasien dan keluarga.

2) Tujuan Khusus

Tujuan khusus dapat berfokus pada proses yang diinginkan atau hasil yang diinginkan. Tujuan khusus memotivasi orang menuju akhir yang spesifik dan jelas, dapat diukur, dapat diobservasi atau dapat diulang, dan dapat dicapai (Marquis & Huston, 2012; Tomey, 2009). Tujuan khusus ruang rawat inap terkait dengan sasaran keselamatan pasien adalah semua perawat mampu: (1) Mengidentifikasi pasien secara efektif, (2) meningkatkan komunikasi yang efektif, (3) meningkatkan keamanan obat-obatan yang ada di ruang rawat inap, (4) melibatkan pasien dan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, (5) meningkatkan pencegahan risiko infeksi, (6) meningkatkan pencegahan risiko pasien jatuh (Permenkes RI, 2011).

2.2.4.6 Kebijakan

Kebijakan adalah rencana dalam bentuk pernyataan atau instruksi yang dibuat sesuai dengan prosedur yang diuraikan mengarahkan organisasi dalam pengambilan keputusan (Marquis & Huston, 2012; McEachen & Keogh, 2007;

Tomey, 2009). Kebijakan bersifat garis besar maka untuk penerapan kebijakan tersebut perlu disusun pedoman/panduan dan prosedur sehingga ada kejelasan langkah-langkah untuk melaksanakan kebijakan tersebut (KARS, 2012).

Kebijakan ditetapkan dengan peraturan atau keputusan direktur/pimpinan RS. Kebijakan dapat dituangkan dalam pasal-pasal di dalam peraturan/keputusan tersebut, atau merupakan lampiran dari peraturan/keputusan. Kebijakan tertulis tentang keselamatan pasien di Rumah Sakit Haji Jakarta tertuang dalam bentuk Keputusan Direktur Rumah Sakit Haji Jakarta Nomor. 021/RSHJ/DIR/SK/I/2009 tentang Panitia Keselamatan Pasien Rumah Sakit (PKPRS) Rumah Sakit Haji Jakarta (Bagian SDM RS Haji Jakarta, 2012).

Kebijakan perlu ditetapkan disetiap ruang rawat, kebijakan tersebut antara lain tentang jumlah dan jenis tenaga keperawatan, metoda pemberian asuhan keperawatan, sarana dan prasarana dan lain-lain. Sebelum menentukan kebijakan di suatu ruang rawat, perlu diidentifikasi data-data berikut: rata-rata jumlah pasien per hari berdasarkan derajat ketergantungan pasien, BOR, rata-rata lama hari rawat, jumlah kelahiran, jumlah operasi, kecenderungan populasi pasien (diagnosis, umum), kecenderungan teknologi (prosedur diagnostik, prosedur terapi, prosedur keperawatan), analisis lingkungan (keadaan pola ketenagaan: jumlah, tingkat pendidikan, kecenderungan dalam keperawatan, perkembangan keprofesian).

Terkait dengan pelaksanaan sasaran keselamatan pasien kebijakan yang perlu kepala ruangan perhatikan adalah:

- 1) SK pedoman identifikasi pasien dengan tepat di RS.
- 2) SK komunikasi efektif.
- 3) SK pedoman peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai.
- 4) SK *check list safe surgery* di kamar bedah.
- 5) SK upaya mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
- 6) SK pengurangan risiko pasien jatuh.

2.2.4.7 Prosedur

Prosedur merupakan petunjuk yang digunakan untuk melakukan suatu tindakan. Prosedur adalah pedoman untuk melakukan tugas yang berisi rencana detail ketrampilan perawat yang terdiri dari langkah-langkah dalam bentuk urutan suatu tindakan (Huber, 2010; Marquis & Huston, 2012; McEachen & Keogh, 2007; Swansburg, 1999; Tomey, 2009). Sedangkan menurut KARS (2012) prosedur adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.

Prosedur biasanya ditulis dalam rincian yang memadai untuk memberikan informasi yang diperlukan oleh semua orang terlibat dalam kegiatan ini. Prosedur harus mencakup pernyataan tujuan dan mengidentifikasi siapa yang akan melakukan kegiatan tersebut. Prosedur akan mencakup langkah yang diperlukan dan daftar perlengkapan dan peralatan yang dibutuhkan. Prosedur mengidentifikasi proses atau langkah yang dibutuhkan untuk mengimplementasikan kebijakan dan biasanya terdapat pada manual di tingkat organisasi.

Prosedur yang berkaitan dengan sasaran keselamatan pasien (Permenkes, 2011) adalah:

- 1) Melakukan identifikasi pasien dengan tepat (prosedur pemasangan identifikasi gelang tangan pasien, prosedur identifikasi yang akan dilakukan pemeriksaan klinis, prosedur identifikasi yang akan dilakukan pemberian pengobatan, prosedur identifikasi yang akan dilakukan, prosedur penyerahan bayi saat pulang atau pindah ruangan). Gunakan setidaknya dua pengidentifikasi pasien saat memberikan pelayanan, pengobatan, dan tindakan (Kozier & Erb's, 2012). Pada pemberian pengobatan harus menggunakan prinsip 6 benar : benar obat, benar dosis, benar pasien, benar rute, benar waktu, dan benar dokumen (Potter & Perry, 2010). Namun Kozier & Erb's (2012) menambahkan menjadi 10 benar yaitu: benar informasi, benar pengkajian, benar ada penolakan klien, dan benar evaluasi.

- 2) Melakukan komunikasi efektif (prosedur komunikasi pada saat operan/*hand-off*, prosedur komunikasi lisan atau melalui telepon, prosedur komunikasi saat visite bersama dokter). IJHCQ (2011) mengatakan bahwa pentingnya komunikasi, umpan balik, saran, budaya melaporkan kesalahan yang baik secara signifikan mempengaruhi perbaikan keselamatan pasien. Nazam (2009) mengemukakan kemacetan komunikasi penyebab terjadinya sentinel.
- 3) Meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai/*high-alert* (prosedur identifikasi obat yang perlu diwaspadai, prosedur pengelolaan cairan elektrolit konsentrat). Dennison (2007) mengatakan bahwa obat-obat dengan kewaspadaan tinggi seperti cairan konsentrat memerlukan pengamanan khusus untuk mengurangi risiko cedera pada pasien, karena 80% kematian dari kesalahan pengobatan.
- 4) Memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi (prosedur pelayanan perioperasi). Koziar & Erb's (2012) menjelaskan untuk mencegah lokasi operasi yang salah, prosedur yang salah, operasi pasien yang salah diperlukan beberapa langkah. Langkah pertama melakukan verifikasi praoperasi. Proses verifikasi tergantung pada jenis dan kompleksitas prosedur. Langkah kedua melibatkan pasien menandai daerah luka operasi yang permanen. Langkah ketiga disebut "*time out*". Sebelum pasien dioperasi tim bedah mengambil waktu "*time out*" untuk melakukan verifikasi akhir pada pasien dengan benar, prosedur yang benar dan penandaan lokasi bedah yang akan dilakukan.
- 5) Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan (prosedur mencuci tangan, prosedur penggunaan alat proteksi diri /APD). Potter & Perry (2010) mengatakan jalur utama penularan patogen yang ditemukan dalam lingkungan pelayanan kesehatan adalah tangan tenaga kesehatan yang tidak dicuci. Alat yang digunakan dipelayanan kesehatan dapat menjadi sumber penularan patogen. Semua personal rumah sakit yang memberikan pelayanan langsung dan individual yang menjalankan fasilitas pendukung dan

diagnostik harus mengikuti praktik pencegahan dan kontrol infeksi untuk meminimalkan penyebaran infeksi.

- 6) Mengurangi risiko pasien jatuh (prosedur pengurangan risiko pasien jatuh di ruang perawatan). *Department of veteran Affairs* (2012) mengatakan bahwa pasien dan keluarga diberitahu dan memahami faktor risiko jatuh dan mengetahui strategi untuk mencegah pasien jatuh. Melibatkan keluarga secara aktif pada pasien yang mengalami risiko jatuh. Potter & Perry (2010) mengatakan bahwa untuk mengurangi risiko pasien jatuh sering menggunakan *restrain*. Penggunaan *restrain* membutuhkan penyesuaian psikologi klien dan keluarganya. Jika *restrain* diperlukan, perawat membantu keluarga dan klien dengan menjelaskan alasan penggunaan pelayanan yang diharapkan saat klien dipasang *restrain*, tindakan yang harus diambil untuk menghindari cedera dan bahwa *restrain* hanya bersifat sementara dan protektif.

2.2.4.8 Aturan

Aturan pekerjaan adalah prosedur yang merupakan interpretasi kebijakan dan memberikan arahan kepada karyawan tentang tata cara melakukan pekerjaan/tindakan. Sebagai bagian pernyataan kebijakan dan prosedur, aturan menjelaskan situasi yang memungkinkan hanya satu pilihan tindakan (Marquis & Huston, 2012; McEachen & Keogh, 2007). Sedangkan Swansburg (1999) mengatakan aturan dan peraturan menggambarkan apa yang dapat atau yang tidak dapat dikerjakan dalam keadaan tertentu.

Aturan terkait dengan sasaran keselamatan pasien (Permenkes RI, 2011):

- 1) Mengidentifikasi pasien secara efektif: a) lakukan identifikasi pasien dengan dua/tiga identitas pada gelang tangan pasien: nama, nomor rekam medis, tanggal lahir. b) jangan menggunakan identitas pasien dengan nomor kamar pasien).

- 2) Meningkatkan komunikasi yang efektif: a) lakukan konfirmasi ulang apabila menerima informasi melalui telepon. b) catat dengan jelas pada dokumen pasien informasi yang diterima.
- 3) Meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert*) yang ada di ruang rawat inap: a) jangan meletakkan obat cairan konsentrat di sembarang tempat. b) perhatikan teknik 6 benar (Benar Obat, Benar Dosis, Benar Pasien, Benar Rute, Benar Waktu, Benar Dokumen. c) perhatikan teknik 10 Benar (ditambah: Benar Informasi, Benar Pengkajian, Benar ada penolakan klien dalam pengobatan, Benar Evaluasi).
- 4) Memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien dalam tindakan operasi: a) libatkan pasien dalam penandaan lokasi operasi pasien. b) gunakan *check list* pada saat pasien akan dibawa ke kamar operasi.
- 5) Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan: a) lakukan cuci tangan sesuai prosedur sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada pasien. b) gunakan alat proteksi diri (APD) sesuai prosedur.
- 6) Mengurangi risiko pasien jatuh: a) jangan tinggalkan sendiri pasien yang berisiko jatuh. b) berikan label pada gelang tangan pasien warna kuning atau label pada tempat tidur pasien yang berisiko jatuh. c) tempatkan pasien yang berisiko jatuh pada tempat tidur yang berpagar atau kamar yang dekat dengan *nurse station*. d) kunci roda tempat tidur pasien. e) pastikan lantai kamar mandi tidak licin. f) pastikan pencahayaan ruangan dan kamar pasien cukup terang.

2.3 Kepala Ruang

2.3.1 Pengertian

Kepala ruang adalah tenaga perawat yang diberikan tugas memimpin satu ruang rawat dan bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan (hasil nyata dari pelayanan keperawatan). Kepala ruang adalah manajer yaitu seseorang yang diberi tanggung jawab melakukan manajemen di suatu ruang rawat dan diharapkan menjadi seorang pemimpin (Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999).

Sitorus & Panjaitan, (2011); Swansburg (1999) menyatakan kepala ruang perlu membuat perencanaan karena dapat: 1) meningkatkan keberhasilan pencapaian tujuan, 2) meningkatkan analisis kepala ruang tentang kondisi yang ada, 3) membuat kerangka kerja berdasarkan misi rumah sakit, 4) mempersiapkan staf untuk melakukan kegiatan, 5) mencegah terjadinya situasi krisis, 6) menjadi pedoman manajemen tentang penampilan kerja individu, 7) meningkatkan keterlibatan staf dan meningkatkan komunikasi, 8) membuat pembiayaan efektif.

2.3.2 Peran dan Fungsi Kepala Ruang

2.3.2.1 Peran kepala ruang (Marquis & Huston, 2012; McEachen & Keogh, 2007; Mostacki & Burke, 2011) adalah: (1) menyusun kegiatan visi, misi di suatu unit kerjanya, terutama visi, misi sasaran keselamatan pasien di ruang rawat inap, (2) mensosialisasikan kegiatan yang telah disusun kepada staf di suatu unit kerjanya, (3) mengarahkan staf, mendengarkan aktif, dan memberikan umpan balik, (4) mengkomunikasikan dan mengklarifikasi tujuan dan nilai organisasi kepada staf, (5) memotivasi staf untuk terlibat dalam membuat kebijakan, termasuk mengembangkan, mengimplementasikan, serta menelaah filosofi, tujuan umum, khusus, kebijakan, prosedur dan aturan dalam unit, (6) secara periodik melakukan klarifikasi nilai melalui mendengarkan aktif dan memberikan umpan balik, (7) mempengaruhi dan menginspirasi staf agar secara aktif terlibat dalam perencanaan kepala ruang baik jangka pendek, menengah dan panjang, (8) mengkaji lingkungan internal dan eksternal organisasi dalam meramalkan dan mengidentifikasi kekuatan pendorong dan hambatan terhadap perencanaan strategis, (9) terbuka untuk ide-ide baru dan berbagi ide, (10) menjadi *role model* model dalam menerapkan metode perencanaan proaktif bagi bawahan.

2.3.2.2 Fungsi kepala ruang (Marquis & Huston, 2012; McEachen & Keogh, 2007; Mostacki & Burke, 2011) adalah: (1) menyusun filosofi suatu unit yang mencerminkan filosofi organisasi. Terkait dengan sasaran keselamatan pasien, kepala ruangan menyusun filosofi keselamatan pasien sebagai falsafah pelaksanaan keselamatan pasien, (2) menyusun tujuan umum dan tujuan khusus di suatu unit kerjanya, (3) membuat kebijakan, prosedur, dan aturan suatu unit yang mengoperasionalkan tujuan khusus, (4) secara periodik mengkaji ulang filosofi,

tujuan umum, khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan serta memperbaikinya agar dapat memenuhi perubahan kebutuhan unit, (5) secara aktif berpartisipasi dalam perencanaan strategis organisasi dengan menjelaskan dan melaksanakan rencana strategis tersebut di tingkat unit, (6) secara periodik mengkaji hambatan dan aset unit untuk menentukan sumber daya yang tersedia untuk perencanaan, (7) mengkoordinasikan perencanaan tingkat unit agar sejalan dengan tujuan organisasi, (8) memberikan kesempatan kepada staf untuk berpartisipasi dalam perencanaan, (9) memahami dan menggunakan teknik yang tepat dalam perencanaan individu dan organisasi, (10) mampu memahami perkembangan politik, hukum, ekonomi, sosial, dan politik yang mempengaruhi perencanaan pelayanan kesehatan.

2.4 Karakteristik Perawat Pelaksana

Individu mempunyai karakteristik yang berbeda-beda yang dapat mempengaruhi seseorang dalam bekerja. Karakteristik individu merupakan komponen pertama yang berdampak langsung dengan penampilan kinerja dalam keselamatan pasien. Karakteristik individu meliputi semua kompetensi individu di tempat mereka bekerja, seperti pengetahuan tentang pendidikan, pelatihan tentang keterampilan teknis, sikap tentang kesadaran, kelelahan, motivasi, pengalaman kerja, kemampuan sensori, dan peristiwa organisasi. Faktor organisasi pada saat yang sama juga dapat menimbulkan kelelahan dan stress yang mempengaruhi pengetahuan seseorang (sebagai faktor perancu) (Henriksen et al, 2008).

2.4.1 Usia

Faktor usia mempunyai hubungan langsung dengan logika berfikir dan pengetahuan seseorang. Semakin matang usia seseorang biasanya cenderung bertambah pengetahuan dan tingkat kedewasaannya. Kemampuan mengendalikan emosi psikisnya dapat mengurangi terjadinya kecelakaan sehingga kinerja pun meningkat (Robbins, 2003).

Usia mempunyai hubungan dengan produktivitas, kehadiran, dan kepuasan kerja individu tersebut. Produktivitas seseorang akan menurun dengan semakin

bertambahnya usia, karena dengan bertambahnya usia maka terjadi penurunan kecepatan, kecekatan, koordinasi dengan berjalannya waktu dan adanya kebosanan yang berlarut-larut serta kurangnya rangsangan intelektual (Robbins, 2003).

Dewit (2009) yang mengelompokkan rentang usia yang mengadopsi dalam perkembangan psikososial dari Erikson menjadi 3 yaitu: dewasa muda 19-25 tahun, dewasa tengah 25-50 tahun (produktif, aktif meningkatkan kinerja, bekerja sama dengan orang lain, berorientasi pada masa depan), dewasa tua > 50 tahun.

Penelitian Nilasari (2010) mengelompokkan usia menjadi tiga yaitu: kelompok umur muda 0-14 tahun, kelompok usia kerja 15-64 tahun (usia produktif), dan kelompok umur tua 65 tahun ke atas.

2.4.2 Jenis Kelamin

Pria dan wanita memiliki peran yang sama dalam organisasi dalam pengaturan norma-norma, pengawasan kinerja staf, dan pemberian informasi dalam organisasi. Robbins & Judge (2008) berpendapat bahwa di Amerika Utara tingkat absensi antara wanita lebih besar dari pada pria, karena masalah rumah tangga lebih besar dibebankan pada wanita dari pada laki-laki. Penelitian Yulia (2010) yang membuktikan tidak adanya hubungan signifikan antara umur, jenis kelamin, dan masa kerja dengan penerapan keselamatan pasien. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Robbins (2001) yang mengemukakan bahwa tidak ada perbedaan yang jelas antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dalam meningkatkan pengetahuan walaupun kemampuan analisa laki-laki lebih baik dibandingkan perempuan. Kemampuan penyelesaian masalah, dorongan, kompetitif, motivasi dan kemampuan belajar pada laki-laki maupun perempuan adalah sama.

Robbins (2003) menyatakan tidak ada perbedaan antara jenis kelamin perempuan dan pria dalam meningkatkan pengetahuan namun dalam hal analisis kemampuan pria lebih baik dibandingkan perempuan. Kecenderungan analisis yaitu kemampuan menyatakan suatu gambaran serta mampu membedakan obyek-obyek, mampu memandang sesuatu dengan analisis lebih banyak dimiliki oleh

pria dibandingkan perempuan. Hal ini disebabkan pria memiliki harapan atas keberhasilan lebih besar dibandingkan dengan perempuan (Robbins (2003).

Perbedaan gender tidak menjadi masalah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Robbins (2001) mengatakan bahwa tidak ada perbedaan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan kemampuan memecahkan masalah, motivasi, dan kemampuan belajar.

2.4.3 Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu metode pengembangan organisasi, dimana staf mendapatkan pengetahuan dan keterampilan, untuk tujuan positif dan staf mendapat pengetahuan yang penting untuk penampilan kinerjanya dalam hal kognitif, psikomotor, dan sikap. Pendidikan merupakan indikator yang menunjukkan kemampuan individu dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya (Hasibuan, 2008).

2.4.4 Masa Kerja

Masa kerja memberikan hubungan pengalaman kerja dan produktivitas. Pengalaman kerja berhubungan dengan kinerja seseorang (Quinones, Ford, & Teachout, 2006). Orang yang telah lama bekerja belum tentu lebih produktivitas dibandingkan dengan karyawan yang senioritasnya lebih rendah (Robbins, 2003). Hasil penelitian yang dilakukan Purbadi dan Sofiana (2006) mengatakan bahwa perawat yang berstatus junior memiliki tingkat pengembangan diri yang masih rendah dibandingkan dengan perawat yang memiliki jabatan sebagai senior.

Masa kerja dapat mencerminkan pengalaman kerja yang dapat meningkatkan pengetahuan terhadap sesuatu hal. Individu yang masa kerjanya lebih lama akan mendapatkan pengetahuan yang lebih banyak dari pada individu yang masih baru oleh karena itu kinerja individu yang senior menjadi role model bagi junior sehingga dapat membentuk budaya organisasi (Huber, 2010).

Masa kerja akan memberikan pengalaman yang lebih banyak, pengalaman kerja mengiringi produktifitas yang dihasilkan. Perawat yang memiliki masa kerja lebih lama seharusnya akan mengalami peningkatan yang lebih baik dalam kinerja dan produktifitas, tetapi hal ini juga dapat terjadi sebaliknya seperti yang dijelaskan oleh Robbins (2001) bahwa orang yang telah lama bekerja belum tentu lebih produktif dibandingkan dengan karyawan dengan pengalaman yang masih rendah.

Pendapat Notoatmodjo (2007) mengatakan bahwa pengalaman belajar selama bekerja dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dan keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya. Pada penelitian Nilasari (2010) mengelompokkan lama kerja dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu: kelompok 1-3 tahun belum berpengalaman dan kelompok > dari 3 tahun berpengalaman.

Depkes (2006) mengembangkan jenjang karir perawat berdasarkan tingkat pendidikan dan pengalaman kerja klinik. Perawat klinik I memiliki pengalaman kerja 2 tahun untuk D3 keperawatan. Perawat klinik II memiliki pengalaman kerja 5 tahun untuk D3 keperawatan dan 3 tahun S1 keperawatan. Perawat klinik III memiliki pengalaman kerja 9 tahun dan 6 tahun S1 keperawatan.

Hasil penelitian Juslida (2001) mengatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna pengetahuan responden setelah kelompok intervensi mengikuti pelatihan antara responden yang memiliki masa kerja < 20 tahun dan \geq 20 tahun. Penelitian oleh Saljan (2005) dan Amira (2008) mengenai perbedaan hasil pelatihan pada perawat pelaksana dengan lama kerja yang berbeda-beda menemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan peningkatan kinerja setelah pelatihan.

Hasil penelitian tersebut didukung oleh McNamara (2011) mengatakan bahwa keperawatan adalah profesi yang membutuhkan belajar seumur hidup di antaranya: 1) perawat harus meningkatkan pendidikan dan pelatihan. 2) perawat harus mencapai tingkat pendidikan yang lebih tinggi melalui pendidikan dan

pelatihan. 3) perawat harus menjadi mitra penuh dengan dokter dan profesional lainnya. 4) perawat harus mampu merencanakan tenaga kerja perawat yang efektif, membuat kebijakan dengan mengumpulkan data dan informasi yang baik.

2.4.5 Pelatihan

Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mengurangi hingga mungkin meniadakan kecelakaan adalah dengan memberikan pelatihan. Pelatihan adalah proses sistematis perubahan perilaku para pegawai dalam suatu arah guna meningkatkan tujuan-tujuan organisasi (Sulistiyani & Rosidah, 2003). Sedangkan Soeroso (2003) mengatakan pelatihan adalah proses mengajarkan kepada karyawan baru atau karyawan yang telah ada tentang keterampilan dasar yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan mereka sebagai individu maupun sebagai anggota tim untuk mencapai sasaran yang ditetapkan dalam organisasi dengan sebaik-baiknya.

Pelatihan merupakan proses secara sistematis bagi individu untuk mendapatkan dan mengembangkan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk kinerja yang lebih baik. Pelatihan adalah proses meningkatkan pengetahuan dan keterampilan karyawan (Kaswan, 2011). Pelatihan merupakan bagian pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan keterampilan di luar sistem pendidikan yang berlaku dalam waktu yang relatif singkat. Keterampilan yang dimaksud dalam hal ini adalah keterampilan dalam berbagai bentuk antara lain *physical skill*, *intelektual skill*, *social skill*, dan *managerial skill* (Rivai dan Sagala, 2009).

Marquis & Huston (2012) mendefinisikan pelatihan sebagai metode yang terorganisir untuk memastikan bahwa individu memiliki pengetahuan dan keterampilan tertentu dan individu memperoleh pengetahuan yang baik mengenai kewajiban dalam pekerjaannya. Pengetahuan tersebut dapat meningkatkan kemampuan afektif, psikomotor, dan kognitif sehingga akan diperoleh suatu peningkatan produktifitas atau hasil yang baik.

Hasil survey menunjukkan pelatihan dengan melakukan kegiatan hasilnya jauh lebih efektif (90%), dengan berkata dan menulis (70%), mendengarkan dan melihat (50%), melihat saja (30%), mendengar saja (20%), dan membaca saja (10%) (Hardjana, 2001). Pelatihan dapat dilangsungkan di tempat kerja atau di tempat yang disimulasikan sebagai tempat kerja. Proses pelatihan difokuskan pada pelaksanaan pekerjaan dan penerapan pemahaman serta pengetahuan pada pelaksanaan tugas tertentu.

Marquis & Huston (2012) mengatakan tujuan pelatihan adalah menstransfer pembelajaran baru ke lingkungan kerja. Agar hal ini dapat dilakukan, pertama harus ada kesamaan antara konteks pelatihan dan pekerjaan. Kedua, pelatihan yang memadai adalah keharusan dan dianjurkan belajar terus-menerus. Ketiga, pelatihan sebaiknya mencakup berbagai situasi yang berbeda sehingga pengetahuan dapat digeneralisasikan. Keempat, peserta pelatihan memahami prinsip dasar yang mendasari tugas tersebut dan cara memodifikasi berbagai situasi agar tugas selesai.

Peran perawat dalam pencegahan terhadap kesalahan dan kejadian nyaris cidera membawa konsekuensi mengenai perlunya optimalisasi perkembangan individu perawat. Hal ini didukung oleh pendapat Lumenta (2008) yang mengatakan bahwa hal yang berpengaruh terhadap kemampuan organisasi untuk meningkatkan mutu melalui aspek keselamatan pasien dipengaruhi oleh faktor individu. Hal ini berarti bahwa optimalisasi perkembangan individu perawat memerlukan upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan secara khusus dalam lingkup keselamatan pasien.

Gillies (1996) menjelaskan pelatihan dibidang keperawatan merupakan salah satu kegiatan pengembangan staf yang bertujuan untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia perawat. Pelatihan memiliki kemanfaatan yang sangat besar baik dari aspek staf maupun organisasi. Peneliti menyimpulkan bahwa melalui pelatihan seorang pegawai akan mengingat kembali informasi-informasi yang pernah dimiliki dan akan menerima informasi-informasi baru yang sebelumnya

tidak dimiliki, sehingga akan meningkatkan kemampuan pegawai minimal aspek kognitif.

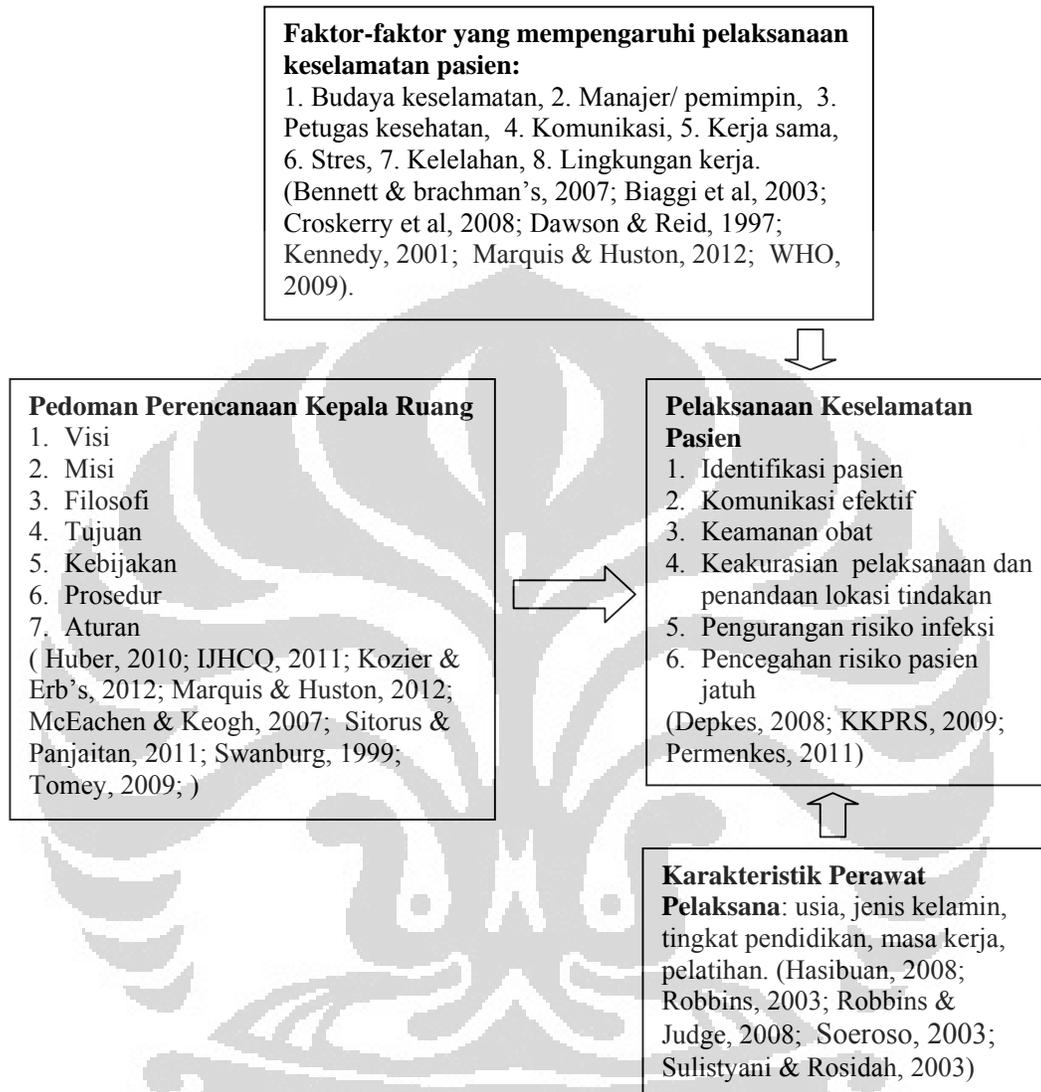
Rivai dan Sagala (2009) mengatakan bahwa jika kemampuan peserta pelatihan meningkat secara signifikan, artinya program pelatihan secara aktual menyebabkan terjadinya perbedaan kemampuan. Program pelatihan dapat dikatakan berhasil apabila peningkatan kemampuan dapat memenuhi kriteria evaluasi dan dapat transfer ke pekerjaan serta mengakibatkan perubahan sikap yang dapat diukur dengan meningkatkan *performance* pekerjaan. Pendapat tersebut didukung oleh Gillies (1996) yang mengatakan bahwa hasil pembelajaran dalam pelatihan juga akan lebih efektif jika staf diberikan kesempatan untuk menerapkan fungsi tertentu.

2.5 Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori penelitian pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Haji Jakarta ini diuraikan dengan mengadopsi dari beberapa literatur. Makna dari kerangka teori ini adalah pelaksanaan keselamatan pasien di ruang rawat dipengaruhi oleh beberapa faktor (budaya keselamatan pasien, majaner/pemimpin, komunikasi, kerja sama, stres, kelelahan, lingkungan kerja dan karakteristik perawat itu sendiri. Penelitian ini diukur dari persepsi perawat pelaksana dalam pelaksanaan keselamatan pasien (sasaran keselamatan pasien).

Pelaksanaan keselamatan pasien di ruang rawat diperlukan suatu perencanaan yang baik yang disusun oleh kepala ruangan. Perencanaan yang baik diperlukan suatu pedoman sebagai acuan langkah-langkah untuk menyusun perencanaan kepala ruangan terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien. Kerangka teori dapat dilihat pada skema 2.1.

Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian.



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis, dan definisi operasional. Uraian ini untuk membantu mempermudah memahami masing-masing variabel penelitian dan hipotesis yang akan dibuktikan, serta batasan dari masing-masing variabel penelitian.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan landasan berpikir dalam melakukan penelitian yang dikembangkan berdasarkan teori. Burns & Grove, (2009) mengatakan kerangka teori/konsep adalah struktur abstrak dan logis tentang pengertian yang menuntun pengembangan studi dan memungkinkan peneliti untuk menghubungkan penemuan dengan kumpulan/tubuh pengetahuan keperawatan. Dalam kerangka konsep ini dijelaskan tentang variabel-variabel yang dapat diukur dalam penelitian. Variabel-variabel yang dimaksud adalah sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismael, 2011):

3.1.1 Variabel Terikat (*dependent variable*).

Variabel terikat adalah variabel yang berubah akibat perubahan variabel bebas. Variabel terikat pada penelitian ini adalah pelaksanaan keselamatan pasien (*patient safety*) oleh perawat pelaksana.

3.1.2 Variabel Bebas (*independent variable*).

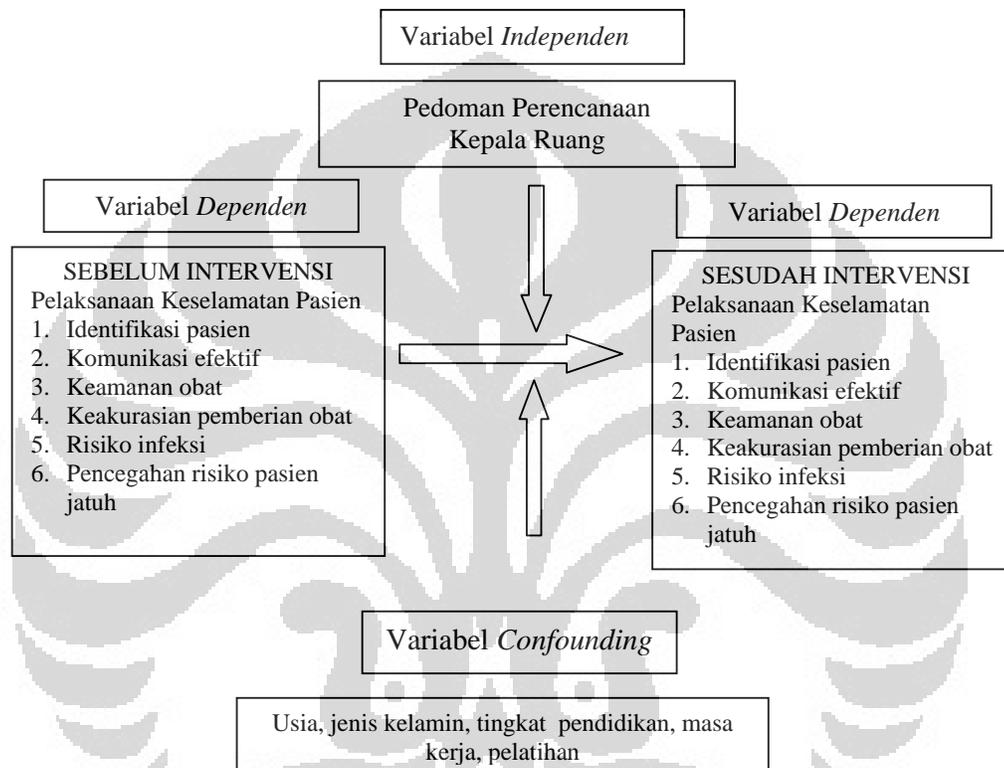
Variabel bebas adalah variabel yang apabila ia berubah akan mengakibatkan perubahan pada variabel lain. Variabel bebas pada penelitian ini adalah pedoman perencanaan kepala ruang.

3.1.3 Variabel Perancu (*confounding variable*)

Variabel perancu adalah jenis variabel yang berhubungan dengan variabel bebas dan terikat. Variabel perancu ini adalah karakteristik perawat pelaksana (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, pelatihan).

Hubungan antara variabel-variabel dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.1

Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Haji Jakarta dan RS Islam Jakarta Cempaka Putih



3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan formal tentang hubungan yang diharapkan antara dua variabel atau lebih pada populasi khusus (Hamid, 2010). Sedangkan Dahlan (2008) mengatakan hipotesis adalah suatu pernyataan yang merupakan jawaban sementara peneliti terhadap pertanyaan penelitian. Hipotesis inilah yang akan dibuktikan oleh peneliti melalui penelitian. Ada dua kemungkinan hasil apakah hipotesis penelitian terbukti atau tidak terbukti. Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- 3.2.1 Ada gambaran perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Haji dan RS Islam Jakarta Cempaka Putih.
- 3.2.2 Ada hubungan karakteristik perawat pelaksana (usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan) terhadap perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien
- 3.2.3 Ada perbedaan perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol.
- 3.2.4 Ada perbedaan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol.
- 3.2.5 Ada pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Haji dan RS Islam Jakarta Cempaka Putih.

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional masing-masing variabel dijelaskan dalam tabel 3.1.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<i>Dependen</i>				
Pelaksanaan Keselamatan pasien	Asuhan pasien yang aman di rumah sakit yang yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana terdiri dari 6 sasaran keselamatan pasien (1. Ketepatan identifikasi pasien, 2. Komunikasi efektif, 3. Keamanan obat yang perlu diwaspadai, 4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, 5. Pengurangan risiko infeksi, 6. Pengurangan risiko pasien jatuh.	Kuisisioner B terdiri dari 20 item pernyataan positif, dengan pengukuran <i>skala likert</i> terdiri dari: 1) tidak pernah, 2) jarang, 3) sering, 4) selalu. 11 item pernyataan negatif, terdiri dari: 1) selalu, 2) sering, 3) jarang, 4) tidak pernah. Pernyataan nomor 1-31	Jumlah skor dari pelaksanaan keselamatan pasien dengan menggunakan nilai maksimal 124 dan minimal 31	Interval
a. Ketepatan identifi kasi pasien	Pengecekan identitas yang jelas, tepat dan pengecekan sebelum melakukan tindakan pasien yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien	Kuisisioner B terdiri dari 4 item pernyataan positif, dengan pengukuran <i>skala likert</i> terdiri dari: 1) tidak pernah, 2) jarang, 3) sering, 4) selalu. 1 item pernyataan negatif,	Jumlah skor dari ketepatan identifi kasi pasien dengan menggunakan nilai	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
		terdiri dari: 1) selalu, 2) sering, 3) jarang, 4) tidak pernah. Pernyataan nomor 1-5	maksimal 20 dan nilai minimal 5	
b. Komuni kasi efektif	Penerimaan informasi secara lisan/melalui telepon dengan jelas dan melalui dokumentasi yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana dalam pelaksanaan keselamatan pasien	Kuisisioner B terdiri dari 3 item pernyataan positif, dengan pengukuran <i>skala likert</i> terdiri dari: 1) tidak pernah, 2) jarang, 3) sering, 4) selalu. 2 item pernyataan negatif, terdiri dari: 1) selalu, 2) sering, 3) jarang, 4) tidak pernah. Pernyataan nomor 6-10	Jumlah skor dari komunikasi efektif dengan menggunakan nilai maksimal 20 dan nilai minimal 5	Interval
c.Keamanan obat yang perlu diwaspadai	Pelaksanaan tentang pengecekan, pemberian dengan benar, penyimpanan obat-obat yang berisiko tinggi yang dapat menyebabkan dampak yang tidak diharapkan yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana dalam pelaksanaan keselamatan pasien	Kuisisioner B terdiri dari 3 item pernyataan positif, dengan pengukuran <i>skala likert</i> terdiri dari: 1) tidak pernah, 2) jarang, 3) sering, 4) selalu. 3 item pernyataan negatif, terdiri dari: 1) selalu, 2) sering, 3) jarang, 4) tidak pernah. Pernyataan nomor 11-15	Jumlah skor dari keamanan obat yang perlu diwaspadai dengan menggunakan nilai maksimal 20 dan nilai minimal 5	Interval
d.Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi	Pelaksana tentang penandaan area yang akan dioperasi, pelaksanaan tindakan bedah pada pasien yang benar, yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana dalam pelaksanaan keselamatan pasien	Kuisisioner B terdiri dari 4 item pernyataan positif, dengan pengukuran <i>skala likert</i> terdiri dari: 1) tidak pernah, 2) jarang, 3) sering, 4) selalu. 1 item pernyataan negatif, terdiri dari: 1) selalu, 2) sering, 3) jarang, 4) tidak pernah. Pernyataan nomor 16-20	Jumlah skor dari kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi dengan menggunakan nilai maksimal 20 dan nilai minimal 5	Interval
e.Mengurangi risiko infeksi	Pelaksanaan tentang pencegahan dan pengendalian transmisi silang di ruang rawat yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana dalam pelaksanaan keselamatan pasien	Kuisisioner B terdiri dari 3 item pernyataan positif, dengan pengukuran <i>skala likert</i> terdiri dari: 1) tidak pernah, 2) jarang, 3) sering, 4) selalu. 2 item pernyataan negatif, terdiri dari: 1) selalu, 2) sering, 3) jarang, 4) tidak pernah. Pernyataan nomor 21-25	Jumlah skor dari mengurangi resiko infeksi dengan menggunakan nilai maksimal 20 dan nilai minimal 5	Interval
f.Mengurangi risiko pasien jatuh	Persepsi perawat pelaksana tentang asesmen pencegahan pasien yang berisiko jatuh	Kuisisioner B terdiri dari 3 item pernyataan positif, dengan pengukuran <i>skala likert</i> terdiri dari: 1) tidak pernah, 2) jarang, 3) sering, 4) selalu.	Jumlah skor dari mengurangi resiko pasien jatuh dengan menggunakan	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<i>Independen</i>		3 item pernyataan negatif, terdiri dari: 1) selalu, 2) sering, 3) jarang, 4) tidak pernah Pernyataan nomor 26-31	nilai maksimal 24 dan nilai minimal 6	
Pedoman perencanaan kepala ruang	Acuan/langkah-langkah yang digunakan oleh seorang manajer untuk membuat program kerja di ruang rawat, yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana terdiri dari 8 hirarki/tahapan.	Kuisisioner C terdiri dari 40 item penilaian pernyataan terdiri dari: 1) sangat tidak setuju, 2) tidak setuju, 3) setuju, 4) sangat setuju. Pernyataan nomor 1-40	Jumlah skor dari pedoman perencanaan pulang dengan menggunakan nilai maksimal 160 dan nilai minimal 40	Interval
a. Visi	Mimpi/pandangan kedepan yang dimiliki ruangan yang dibuat oleh kepala ruang dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien	Kuisisioner C terdiri dari 3 item penilaian pernyataan terdiri dari: 1) sangat tidak setuju, 2) tidak setuju, 3) setuju, 4) sangat setuju . Pernyataan nomor 1-3	Jumlah skor dari visi dengan menggunakan nilai maksimal 12 dan nilai minimal 3	Interval
b. Misi	Gambaran ruang rawat yang dikelola kepala ruangan dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien	Kuisisioner C terdiri dari 3 item penilaian pernyataan terdiri dari: 1) sangat tidak setuju, 2) tidak setuju, 3) setuju, 4) sangat setuju . Pernyataan nomor 4-6	Jumlah skor dari misi dengan menggunakan nilai maksimal 12 dan nilai minimal 3	Interval
c. Filosofi	Nnilai-nilai yang diterapkan kepala ruang dalam memberikan pelayanan sasaran keselamatan pasien	Kuisisioner C terdiri dari 3 item penilaian pernyataan terdiri dari: 1) sangat tidak setuju, 2) tidak setuju, 3) setuju, 4) sangat setuju . Pernyataan nomor 7-9	Jumlah skor dari filosofi dengan menggunakan nilai maksimal 12 dan nilai minimal 3	Interval
d. Tujuan Umum	Hasil yang ingin dicapai oleh kepala ruangan dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien	Kuisisioner C terdiri dari 3 item penilaian pernyataan terdiri dari: 1) sangat tidak setuju, 2) tidak setuju, 3) setuju, 4) sangat setuju . Pernyataan nomor 10-12	Jumlah skor dari tujuan umum dengan menggunakan nilai maksimal 12 dan nilai minimal 3	Interval
e. Tujuan Khusus	Fokus yang ingin dicapai oleh kepala ruangan dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien	Kuisisioner C terdiri dari 3 item penilaian pernyataan terdiri dari: 1) sangat tidak setuju, 2) tidak setuju, 3) setuju, 4) sangat setuju . Pernyataan nomor 13-15	Jumlah skor dari tujuan khusus dengan menggunakan nilai maksimal 12	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
f. Kebijakan	Intruksi yang dikeluarkan oleh pimpinan dalam bentuk SK dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien	Kuisisioner C terdiri dari 6 item penilaian pernyataan terdiri dari: 1) sangat tidak setuju, 2) tidak setuju, 3) setuju, 4) sangat setuju. Pernyataan nomor 16-21	Jumlah skor dari kebijakan dengan menggunakan nilai maksimal 24 dan nilai minimal 3	Interval
g. Prosedur	Petunjuk /langkah-langkah yang disusun secara detail yang digunakan untuk melakukan tindakan dalam pelaksanaan keselamatan pasien	Kuisisioner C terdiri dari 14 item penilaian pernyataan terdiri dari: 1) sangat tidak setuju, 2) tidak setuju, 3) setuju, 4) sangat setuju. Pernyataan nomor 22-35	Jumlah skor dari prosedur dengan menggunakan nilai maksimal 56 dan nilai minimal 14	Interval
h. Aturan	Tata cara yang dibuat oleh kepala ruang atau pimpinan dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien	Kuisisioner C terdiri dari 5 item penilaian pernyataan terdiri dari: 1) sangat tidak setuju, 2) tidak setuju, 3) setuju, 4) sangat setuju . Pernyataan nomor 36-40	Jumlah skor dari aturan dengan menggunakan nilai maksimal 20 dan nilai minimal 5	Interval
<i>Confounding</i>				
a. Usia	Umur responden yang dihitung dalam tahun dihitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir	Kuisisioner A item pertanyaan data demografi	Usia dalam tahun	Ratio
b. Jenis kelamin	Gender yang terdiri dari laki-laki dan perempuan	Kuisisioner A item pernyataan data demografi	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
c. Pendidikan	Ijazah formal terakhir yang ditempuh oleh perawat dan telah dinyatakan lulus	Kuisisioner A item pernyataan data demografi	1. Rendah (D3 Kep/ Keb) 2. Tinggi (S1 Kep)	Ordinal
d. Lama bekerja di RS Haji Jakarta	Jumlah tahun di mana perawat menjalankan tugas di RS Haji sampai saat penelitian	Kuisisioner A item pernyataan data demografi	Waktu dalam tahun	Interval
e. Lama bekerja di ruang saat ini	Jumlah tahun di mana perawat menjalankan tugas di tempat sekarang	Kuisisioner A item pernyataan data demografi	Waktu dalam tahun	Interval
f. Pelatihan	Gambaran pernah tidaknya perawat mengikuti <i>inhouse training</i> tentang keselamatan pasien dan sasaran keselamatann pasien	Kuisisioner A item pernyataan data demografi	1. Tidak Pernah 2. Pernah	Nominal

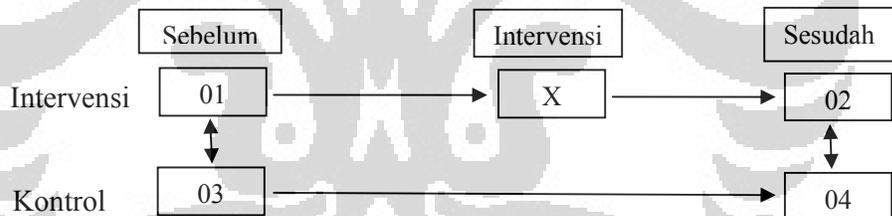
BAB 4 METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metode penelitian yang terdiri dari: desain penelitian, populasi dan sampel, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, uji coba instrumen, pengumpulan data dan analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah kuasi eksperimen dengan rancangan “*Pretest-Posttest Control Group Design*” yaitu rancangan sebelum dimulai perlakuan kedua kelompok diberi tes awal atau pretest untuk mengukur kondisi awal (01). Selanjutnya pada kelompok eksperimen diberi perlakuan (X) dan pada kelompok pembandingan tidak diberi. Sesudah selesai perlakuan kedua kelompok diberi tes lagi sebagai post tes (02) (Arikunto, 2010). Bentuk rancangan ini dapat dilihat pada skema 4.1.

Skema 4.1 Desain penelitian pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Haji Jakarta dan RS Islam Jakarta Cempaka Putih



Keterangan:

- 01 : Perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana kelompok intervensi sebelum mendapat intervensi.
- 02 : Perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana kelompok intervensi setelah mendapat intervensi.
- 03 : Perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana kelompok kontrol yang tidak mendapat intervensi (sebelum)
- 04 : Perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana kelompok kontrol yang tidak mendapat intervensi (sesudah).
- 02-01 : Perbedaan perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum dan sesudah mendapat intervensi.
- 04-03 : Perbedaan perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum dan sesudah mendapat intervensi pada kelompok kontrol.
- 01-03 : Perbedaan perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum mendapat intervensi pada

- kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- 02-04 : Perbedaan perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah mendapat intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- X : Intervensi pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana.

4.2 Populasi dan sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan kelompok, individu dalam jumlah besar dari suatu unit atau objek penelitian yang menjadi target akan diteliti (Brockopp & Tolsma, 2000; Hastono & Sabri, 2010; Kasjono, 2010; Notoatmodjo, 2010; Prasetyo & Jannah (2010). Pendapat lain menyatakan populasi adalah seluruh set individual atau elemen yang memenuhi kriteria sampling (Burns & Grove, 2009).

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana ruang rawat inap RS Haji Jakarta pada kelompok intervensi berjumlah 190 orang, terdiri dari 9 ruangan: 1. Ruang Istiqomah, 2. Ruang Sakinah, 3. Ruang Hasanah I, 4. Ruang Hasanah II, 5. Ruang Syifa, 6. Ruang Perinatologi, 7. Afiah, 8. Musdalifah, 9. Amanah. Populasi pada kelompok kontrol adalah perawat pelaksana ruang rawat inap RS Islam Jakarta Cempaka Putih berjumlah 192 orang terdiri dari 9 ruangan: 1. Warwah atas, 2. Marwah Bawah, 3. Multazam Atas, 4. Multazam Bawah, 5. Arafah Atas, 6. Arafah Bawah, 7. Matahari II, 8. Zam-Zam, 9. Shafa-Shafa.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmojo, 2010). Hastono & Sabri (2010) mengatakan sampel adalah sebagian dari populasi yang nilai/karakteristiknya kita ukur dan yang nantinya kita pakai untuk menduga karakteristik dari populasi. Sampel pada penelitian ini ada dua macam yaitu: kepala ruang dan perawat pelaksana.

4.2.2.1 Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel pada kepala ruang dengan menggunakan *total sampling*, karena jumlah kepala ruangan 9 orang. Sedangkan teknik pengambilan sampel pada perawat pelaksana menggunakan teknik *proportional sampling*, yaitu

satu teknik yang menunjuk pada ukuran besarnya bagian sampel dan peneliti mengambil wakil-wakil dari tiap-tiap kelompok yang ada dalam populasi yang jumlahnya disesuaikan dengan jumlah anggota subjek yang ada di dalam masing-masing kelompok tersebut (Arikunto, 2010). Semua responden yang sesuai kriteria inklusi mendapatkan kesempatan sebagai responden, maka untuk pengambilan responden dilakukan dengan lotre.

Sampel yang diambil dalam penelitian ini didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi yang dibuat peneliti. Kriteria inklusi untuk perawat pelaksana adalah: 1) bersedia menjadi responden, 2) pendidikan minimal D3 Keperawatan, 3) telah bekerja diruangan saat ini minimal 1 tahun. Kriteria eksklusi pada penelitian ini untuk perawat pelaksana adalah: 1) sedang dalam cuti, 2) sakit.

4.2.2.2 Besar sampel

Besar sampel untuk kepala ruang pada penelitian ini dilakukan dengan total sampling, karena jumlah kepala ruang hanya 9 orang, sedangkan untuk perawat pelaksana menggunakan rumus uji hipotesis terhadap dua kelompok independen (Sastroasmoro & Ismael, 2011):

$$n_1=n_2=2 \left[\frac{(Z_\alpha + Z_\beta)S}{(x_1 - x_2)} \right]^2$$

Keterangan:

- n : Besar sampel kelompok intervensi dan kelompok kontrol
- Z_α : Kesalahan tipe I, α (1,96)
- Z_β : Kesalahan tipe II, β (0,84)
- Sd : Simpangan baku dari rerata selisih (dari penelitian terdahulu: 1,775)
- x_1-x_2 : Selisih rerata (*clinical judgment*/1)

Berdasarkan penelitian Nilasari (2010) diketahui: Sd rerata *pretest* dan *posttest* = 1,775 maka:

$$n_1=n_2=2 \left[\frac{(1,96 + 0,84)1,775^2}{(1)} \right]$$

$n = 40, 40$ (dibulatkan menjadi 50 orang).

Besar sampel minimal dalam penelitian ini berdasarkan rumus tersebut untuk jumlah sampel kelompok intervensi 50 orang dan kelompok kontrol 50 orang.

Untuk mengantisipasi *drop out*, dalam penelitian ini perlu memperbesar jumlah sampel dilakukan dengan rumus (Sastroasmoro & Ismael, 2011):

$$n' = \frac{N}{1 - L}$$

Keterangan:

n' = Ukuran sampel setelah direvisi
 n = Ukuran sampel asli
 L = *Non response rate* (proporsi subyek yang hilang = 10%)

$$n' = \frac{50}{1 - 0,1} = 55$$

Besar sampel setelah direvisi untuk kelompok intervensi dan kontrol masing-masing adalah 55 responden.

Proporsi jumlah sampel setelah dilakukan perhitungan untuk masing-masing ruangan (Prasetyo & Jannah, 2010) didapatkan:

$$\frac{\text{Jumlah populasi di ruangan}}{\text{Jumlah total populasi di ruang rawat inap}} \times \text{Jumlah total sampel}$$

Tabel 4.1 Populasi dan jumlah sampel penelitian pada kelompok intervensi

No	Ruang Perawatan	Populasi	Jumlah Sampel
1	Sakinah	17	5
2	Istiqomah	21	6
3	Syifa	23	7
4	Hasanah 2	15	4
5	Neonatus	12	3
6	Hasanah 1	41	12
7	Afiah	34	10
8	Muzdalifah	11	3
9	Amanah	16	5
	Jumlah	190	55

Sampel pada penelitian berdasarkan perhitungan minimal 55 sampel, namun untuk menambah jumlah sampel peneliti menambah masing-masing ruangan 2 sampel sehingga menjadi 73 sampel pada kelompok intervensi. Penentuan sampel dilakukan secara random dengan cara lotre. Sampel yang berada dinas sore dan malam dititipkan pada kepala ruangan untuk menyampaikan maksud dan tujuan penelitian.

Tabel 4.2 Populasi dan jumlah sampel penelitian pada kelompok kontrol

No	Ruang Perawatan	Populasi	Jumlah Sampel
1	Marwah atas	25	7
2	Marwah bawah	30	9
3	Multazam Atas	28	8
4	Multazam Bawah	19	5
5	Arafah atas	22	6
6	Arafah Bawah	21	6
7	Matahari II	20	6
8	Zam-Zam	13	4
9	Shafa-Shafa	14	4
	Jumlah	192	55

Sampel pada penelitian berdasarkan perhitungan minimal 55 sampel, namun untuk menambah jumlah sampel peneliti menambah masing-masing ruangan 2 sampel sehingga menjadi 73 sampel. Penentuan sampel dilakukan secara random dengan cara lotre. Sampel yang berada dinas sore dan malam dititipkan pada kepala ruangan untuk menyampaikan maksud dan tujuan penelitian.

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

4.3.1 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada 18 April-15 Mei 2012 pada kelompok intervensi dan kontrol, dengan rincian waktu pelaksanaan kegiatan penelitian dapat dilihat pada tabel 4.3. Lampiran 6

4.3.2 Tempat Penelitian

Tempat penelitian untuk kelompok intervensi dilaksanakan di ruang rawat inap Rumah Sakit Haji Jakarta (1. Ruang Istiqomah, 2. Ruang Sakinah, 3. Ruang Hasanah I, 4. Ruang Hasanah II, 5. Ruang Syifa, 6. Ruang Perinatologi, 7. Afiah, 8. Musdalifah, 9. Amanah). Tempat penelitian untuk kelompok kontrol dilaksanakan di ruang rawat inap RS Islam Jakarta Cempaka Putih (1. Warwah atas, 2. Marwah Bawah, 3. Multazam Atas, 4. Multazam Bawah, 5. Arafah Atas, 6. Arafah Bawah, 7. Matahari II, 8. Zam-Zam, 9. Shafa-Shafa). Rumah Sakit ini dipilih karena kesamaan karakteristik RS Islam dan kesamaan tipe B.

4.4 Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan memperhatikan dan menjunjung tinggi kaidah etika penelitian, meliputi penerapan prinsip-prinsip etik dan *informed consent*.

4.4.1 Prinsip Etik

Penelitian ini dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip-prinsip atau isu-isu etik, yang meliputi: *beneficence*, *autonomy*, dan *justice*.

4.4.1.1 *Beneficence*

Prinsip penelitian ini menjaga responden dari rasa tidak nyaman, tidak boleh membahayakan, meminimalkan risiko dan meningkatkan manfaat (Hamid 2010). Penelitian ini berusaha untuk meminimalkan semua jenis bahaya dan ketidaknyamanan yang dapat merugikan responden baik bersifat fisik (cedera, kelelahan), pada penelitian ini tidak menimbulkan cedera secara fisik karena penelitian ini dilakukan dengan kuisioner. Secara psikologis (stres, takut), ini dapat terjadi apabila responden tidak diberikan penjelasan dengan benar sebelum penelitian. Penelitian ini memberikan manfaat pada kepala ruangan dengan memberikan pelatihan sesuai pedoman perencanaan kepala ruangan dalam pelaksanaan keselamatan pasien (sasaran keselamatan pasien). Pada penelitian ini responden yang keluar namanya setelah dilotre, menerima menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

4.4.1.2 *Autonomy*

Suatu bentuk kebebasan personal untuk memilih atau menerima tanggung jawab atas pilihan seseorang (Marquis & Huston, 2012). Sebelum penelitian dilakukan responden diberikan penjelasan secara lengkap meliputi tujuan penelitian, prosedur, gambaran risiko atau ketidaknyamanan yang mungkin terjadi, serta keuntungan atau manfaat penelitian. Setelah diberikan penjelasan oleh peneliti semua responden bersedia dan berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani surat persetujuan menjadi responden penelitian.

4.4.1.3 *Justice* (keadilan)

Semua responden berhak mendapatkan perlakuan yang adil baik sebelum, selama, dan sesudah berpartisipasi dalam penelitian. Hamid (2010) berpendapat prinsip keadilan mengandung hak subjek untuk mendapatkan perlakuan yang adil dan hak mereka untuk mendapatkan keleluasaan pribadi. Semua responden tetap menjalankan pekerjaan sebagai perawat pelaksana di ruang rawat inap. Pada kelompok intervensi diberikan pelatihan perencanaan kepala ruang sebelum dilakukan intervensi. Sedangkan pada kelompok kontrol pelatihan diberikan setelah dilakukan penelitian pada 29 Juni 2012.

4.4.2 *Informed Consent*

Informed Consent adalah penyampaian ide dan isi penting dari peneliti kepada calon subjek dan persetujuan dari calon subjek untuk berperan serta dalam penelitian sebagai subjek, yang diperoleh setelah memahami semua informasi penting (Hamid, 2010). Lembar *informed consent* diberikan kepada responden untuk ditandatangani setelah sebelumnya diberikan penjelasan prosedur penelitian, keuntungan dan kerugian bagi responden, serta manfaat dari penelitian. Tidak ada unsur paksaan bagi responden yang ingin bergabung atau menarik diri dari penelitian ini. Selama penelitian berlangsung responden yang telah sesuai inklusi menerima sebagai responden dan menandatangani lembar persetujuan penelitian, dan mengembalikan kuisioner pada waktu yang ditentukan.

4.5 Alat dan Prosedur Pengumpulan Data

4.5.1 Alat pengumpul data

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan kuisioner. Kuisioner berisi item pernyataan yang dikembangkan sendiri oleh peneliti dengan menggunakan pendekatan manajemen pada fungsi perencanaan dan pedoman sasaran keselamatan pasien. Kuisioner pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. Kuisioner dibagi tiga: kuisioner A mencakup data demografi responden terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja di RS, masa kerja di ruang saat ini, dan pelatihan. Kuisioner B mencakup pelaksanaan

keselamatan pasien (sasaran keselamatan pasien) terdiri dari 20 pernyataan positif dan 11 pernyataan negatif. Kuisiner C mencakup perencanaan kepala ruang terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien (sasaran keselamatan pasien) terdiri dari 40 pernyataan. Pengukuran menggunakan pengukuran skala *likert* (Polit & Beck, 2010). Kriteria pengukuran terdiri dari empat kriteria yaitu: untuk kuisiner pelaksanaan keselamatan pasien pernyataan positif: 4= selalu, 3= sering, 2= jarang, 1= tidak pernah, untuk pernyataan negatif: 4= tidak pernah, 3= jarang, 2= sering, 1= selalu. Sedangkan kuisiner perencanaan kepala ruang menggunakan 4= sangat setuju, 3= setuju, 2= tidak setuju, 1= sangat tidak setuju.

Tabel 4.4 Kisi-kisi pernyataan kuisiner pengaruh penggunaan pedoman pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Haji Jakarta dan RS Islam Jakarta Cempaka Putih sebelum dan sesudah Uji Coba

No	Variabel	Pernyataan Positif		Pernyataan Negatif		Jumlah	
		Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Pelaksanaan Keselamatan Pasien							
1	Identifikasi pasien	1,2,4,5	1, 2,4, 5	3,6	3	6	5
2	Komunikasi efektif	7,8,11	6, 7, 9	9,10,12	8, 10	6	5
3	Keamanan obat-obatan	14,17,18	12, 14, 15	13,15,16,	11, 13	6	5
4	Tepat lokasi, prosedur, operasi	19, 22, 23, 24,	16, 18, 19, 20	20, 21,	17	6	5
5	Risiko infeksi	25, 26,30	21, 22, 25	27, 28,29	23, 24	6	5
6	Risiko pasien jatuh	31, 33, 34	26, 28, 29	32, 35,36	27, 30, 31	6	6
	Jumlah	20	20	16	11	36	31
Pedoman Perencanaan Kepala Ruang							
1	Visi	3	3	-	-	3	3
2	Misi	3	3	-	-	3	3
3	Filosofi	3	3	-	-	3	3
4	Tujuan Umum	3	3	-	-	3	3
5	Tujuan Khusus	3	3	-	-	3	3
6	Kebijakan	6	6	-	-	6	6
7	Prosedur	14	14	-	-	14	14
8	Aturan	5	5	-	-	5	5
	Jumlah	40	40	-	-	40	40

4.5.2 Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan penyebaran kuisiner pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap. Pengumpulan data dilakukan dua periode sebelum dan sesudah dilakukan pemberian pedoman perencanaan kepala

ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien pada kelompok intervensi. Sedangkan pada kelompok kontrol dilakukan dua periode sebelum dan sesudah tanpa dilakukan intervensi. Sebelum pelaksanaan pengumpulan data, kuisisioner yang digunakan diujicoba terlebih dahulu.

4.5.2.1 Uji coba kuisisioner

Uji coba kuisisioner dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan data yang akurat dan objektif (Hastono, 2007). Uji instrumen mencakup pengkajian pemahaman responden terhadap isi kalimat, mengukur reliabilitas dan validitas kuisisioner. Reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen penelitian konsisten dalam memberikan penilaian atas apa yang diukur sehingga dapat dipercaya. Validitas menunjukkan pada ketepatan alat ukur yang berarti instrumen penelitian itu benar-benar mengukur apa yang seharusnya diukur (Notoatmodjo, 2010).

Uji validitas dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor total. Teknik korelasi yang digunakan korelasi *pearson product moment* (Hastono, 20207). Keputusan uji membandingkan nilai r hasil tiap item pernyataan dengan r tabel. Nilai r hasil dilihat pada kolom *corrected item-total correlation* dan nilai r tabel dilihat pada tingkat kemaknaan 5%. Apabila r hasil $\geq r$ tabel maka item pernyataan tersebut valid dan sebaliknya r hasil, $<$ dari r tabel maka pernyataan tersebut tidak valid. Item pernyataan yang tidak valid selanjutnya direvisi atau dihilangkan.

Item yang sudah valid secara bersama-sama diukur reliabilitasnya. Uji *reliabilitas* dilakukan dengan membandingkan *Cronbach's Alpha* dengan r tabel. Apabila $\text{Alpha Cronbach's} \geq r$ tabel maka instrumen tersebut *reliabel*, dan sebaliknya bila $\text{Alpha Cronbach's} < r$ tabel maka instrumen tersebut tidak *reliabel*.

Uji validitas dilakukan di Rumah Sakit Haji Jakarta pada responden yang bukan sebagai responden penelitian yaitu pada ruang ICU dan IGD. Uji validitas dilakukan pada 29-31 Maret 2012 dengan 30 responden ($df=n-2$ yaitu 0.361 dengan tingkat kepercayaan 95%). Hasil validitas pada kuisisioner B yang terdiri dari 36 item dengan nilai *Cronbach's Alpha* 0,436. Dari 36 item ada

beberapa item pernyataan yang memiliki nilai kurang dari r tabel maka perlu diperbaiki. Sehingga kuisisioner B menjadi 31 item pernyataan. Hasil validitas pada kuisisioner C yang terdiri dari 40 item dengan nilai *Cronbach's Alpha* 0,937. Dari 40 item nilai *corrected item-total correlation* menunjukkan di atas nilai r tabel, maka semua item pernyataan kuisisioner C valid.

Kuisisioner B yang telah diperbaiki diuji validitas pada perawat FIK UI pada 16 April 2012 sebanyak 15 responden didapatkan nilai r tabel 0,514. Hasil validitas didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* 0,977 dan nilai *corrected item-total correlation* menunjukkan di atas nilai r tabel. Instrumen yang telah diperbaiki kuisisioner B 31 item pernyataan dan kuisisioner C 40 item pernyataan (lampiran 12 dan 13) digunakan untuk pengambilan data sebelum penelitian pada kelompok intervensi sebanyak 73 responden. Selanjutnya dilakukan uji validitas, dari 73 responden didapatkan ($df=n-2$ yaitu 0.232). Hasil validitas didapatkan kuisisioner B nilai *Cronbach's Alpha* 0,947 dengan range masing-masing item 0.242-0.969 dan Kuisisioner C nilai *corrected item-total correlation* 0.991 dengan range masing-masing item 0.294-0.971, maka kuisisioner B dan C valid dan reliabel. Pada kelompok kontrol hasil validitas didapatkan kuisisioner B nilai *Cronbach's Alpha* 0,870 dengan range masing-masing item 0.238-0.735 dan Kuisisioner C nilai *corrected item-total correlation* 0.965 dengan range masing-masing item 0.244-0.903, maka kuisisioner B dan C valid dan reliabel. Sedangkan uji instrumen untuk pedoman perencanaan kepala ruang dikonsultasikan kepada pakar perawat yang berkualifikasi S2 keperawatan yang berpengalaman dipelayanan dan pendidikan keperawatan.

4.5.2.2 Tahapan pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data dilakukan dalam beberapa tahap yaitu:

1) Persiapan instrumen

Pada tahap ini peneliti mempersiapkan instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data berupa kuisisioner yang disusun oleh peneliti dengan pendekatan manajemen keperawatan pada fungsi perencanaan dan pedoman sasaran keselamatan pasien yang kemudian diuji validitas dan reliabilitasnya.

2) Persiapan administrasi

Pada tahap ini peneliti mengurus perijinan tempat penelitian dengan mengajukan surat permohonan ijin penelitian dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, yang ditujukan ke Direktur Rumah Sakit Haji Jakarta dan Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih, dan mendapat balasan persetujuan penelitian serta surat lolos kaji etik (lampiran 5).

4.5.2.3 Langkah-langkah intervensi

Pada tahap ini peneliti melakukan pengumpulan data melalui langkah-langkah:

- 1) Melakukan koordinasi dengan bidang keperawatan RS Haji Jakarta pada 18 April 2012 terkait pelaksanaan penelitian, penggunaan ruangan yang akan diteliti untuk perawat pelaksana dan, kepala ruangan yang akan dilakukan intervensi dan alokasi waktu pelaksanaan pemberian pedoman perencanaan kepala ruang.
- 2) Bersama staf bidang keperawatan menuju ruang rawat inap tempat calon responden dan kepala ruangan bekerja.
- 3) Menemui kepala ruangan untuk menentukan calon responden dan memberikan informasi pelatihan pemberian pedoman perencanaan kepala ruang.
- 4) Bersama kepala ruang menentukan calon responden sesuai kriteria inklusi dan memberikan penjelasan tentang prosedur penelitian kepada responden. Responden menandatangani lembar persetujuan, mengisi kuisioner dan mengembalikan pada 20 April 2012.
- 5) Responden yang tidak ada pada saat itu akan diberikan penjelasan oleh kepala ruang yang telah dijelaskan oleh peneliti.
- 6) Melakukan koordinasi dengan bidang keperawatan RS Islam Jakarta Cempaka Putih pada 19 April 2012 terkait pelaksanaan penelitian, penggunaan ruangan yang akan diteliti untuk perawat pelaksana
- 7) Bersama staf bidang keperawatan menuju ruang rawat inap tempat calon responden dan kepala ruangan bekerja.
- 8) Menemui kepala ruangan untuk menentukan calon responden dan bersama kepala ruang menentukan calon responden sesuai kriteria inklusi dan

memberikan penjelasan tentang prosedur penelitian kepada responden. Responden menandatangani lembar persetujuan, mengisi kuisisioner dan mengembalikan pada 21 April 2012.

- 9) Responden yang tidak ada pada saat itu akan diberikan penjelasan oleh kepala ruang yang telah dijelaskan oleh peneliti.
- 10) Melakukan sosialisasi pemberian pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien pada 9 kepala ruang RS Haji Jakarta sebagai kelompok intervensi 20 April 2012.
- 11) Setelah dilakukan intervensi peneliti memberikan bimbingan penyusunan perencanaan kepala ruang hingga tersusun perencanaan kepala ruang.
- 12) Perencanaan kepala ruang tersusun dan disetujui oleh kepala bidang keperawatan RS Haji Jakarta untuk disosialisasikan dan dilaksanakan di ruang rawat pada 30 April 2012.
- 13) Perencanaan kepala ruang yang telah disusun disosialisasikan pada perawat pelaksana di ruang masing-masing oleh kepala ruang.
- 14) Pada 09 Mei 2012, peneliti memberikan kuisisioner *post test* pada perawat pelaksana RS Haji Jakarta untuk menilai penerapan pedoman perencanaan kepala ruang yang sudah dilakukan oleh kepala ruang dan dikumpulkan pada 12 Mei 2012.
- 15) Pada 10 Mei 2012 peneliti memberikan kuisisioner *post test* pada perawat pelaksana RS Islam Jakarta Cempaka Putih dan dikumpulkan pada 15 Mei 2012.

4.5.2.3 Kerangka Penelitian

Tabel 4.5 Kerangka Penelitian

KEGIATAN	RS HAJI Jakarta	RS Islam Jakarta
Surat Perijinan FIK	22 Maret 2012	22 Maret 2012
Surat Balasan	31 Maret 2012	19 April 2012
Validitas Instrumen	31 Maret-04 April 2012	-
Pengambilan Data Awal	18 April 2012	19 April 2012
Intervensi Pelatihan	20 April 2012	29 Juni 2012
Bimbingan	21-28 April 2012	-
Pengesahan	30 April 2012	-
Sosialisasi	31 April-08 Mei 2012	-
Pengambilan Data Akhir	09-12 Mei 2012	10-15 Mei 2012

4.6 Pengolahan dan Analisis Data

4.6.1 Pengolahan data

Pengolahan data menurut Notoatmodjo (2010); Hastono (2007) dilakukan melalui beberapa tahapan: proses *editing*, *coding*, *entry* data, dan *cleaning* data. 1) *Editing* peneliti melakukan *check* untuk melihat kelengkapan data, setelah data lengkap peneliti melakukan pengkodean, 2) *Coding* yaitu peneliti memberi kode pada setiap lembar kuisioner untuk membedakan kelompok intervensi dan kontrol, 3) *Entry* data, yaitu peneliti memasukkan data ke dalam program komputer untuk dilakukan analisis menggunakan *softwear* statistik dan komputer, dan, 4) *Cleaning* data yaitu kegiatan yang dilakukan untuk mengecek kembali apakah masih terdapat kesalahan data atau tidak. Semua data yang sudah dimasukkan kedalam komputer dipastikan benar dan tidak ada kesalahan, maka dilanjutkan dengan analisis data menggunakan komputer.

4.6.2 Analisis data

4.6.2.1 Analisis univariat

Analisis ini dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti sehingga kumpulan data tersebut dapat disederhanakan dan diringkas menjadi informasi yang berguna. Berdasarkan jenis data pada penelitian ini yaitu kategorik, maka data dianalisis dengan menggunakan rumus prosentase sehingga pada penyajian data berupa tabel distribusi frekuensi dan prosentase. Data yang berupa numerik menggunakan nilai mean, median, standar deviasi, nilai minimal, maksimal dan nilai *confidence interval*/CI (Hastono, 2007).

4.6.2.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menguji hubungan antara dua variabel atau perbedaan antara dua atau lebih kelompok. Analisis bivariat digunakan untuk mengidentifikasi hubungan antara variabel dependen dan independen (Hastono, 2007). Pemilihan uji statistik yang digunakan berdasarkan pada jenis data serta jumlah variabel yang diteliti. Jenis data pada penelitian ini variabel yang dihubungkan berbentuk numerik dan katagorik, sehingga untuk menguji

hubungan antara kedua variabel tersebut digunakan uji *t independen* dengan derajat kemaknaan 5% (α 0,05) atau tingkat kepercayaan 95%, selanjutnya untuk kesimpulan dilihat p, dimana bermakna jika $p < 0,05$.

Tabel 4.6 Analisis kesetaraan karakteristik responden

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1.	Usia (ratio)	Usia (ratio)	<i>Independen t -test</i>
2.	Masa kerja di RS (interval)	Masa kerja di RS (interval)	
3.	Masa kerja di ruangan saat ini (interval)	Lama kerja di ruangan saat ini (interval)	
4.	Pelaksanaan keselamatan pasien	Pelaksanaan keselamatan pasien	
5.	Perencanaan kepala ruang	Perencanaan kepala ruang	<i>Chi Square</i>
6.	Jenis kelamin (nominal)	Jenis kelamin (nominal)	
7.	Pendidikan (ordinal)	Pendidikan (ordinal)	
8.	Pelatihan (nominal)	Pelatihan (nominal)	

Tabel 4.7 Analisis variabel pelaksanaan keselamatan pasien

Variabel	Pelaksanaan keselamatan pasien
	Kelompok intervensi dan kontrol
Umur	<i>Independent t test</i>
Jenis Kelamin	<i>Chi square</i>
Pendidikan	<i>Chi square</i>
Pelatihan	<i>Chi square</i>
Masa kerja RS	<i>Independent t test</i>
Masa kerja ruangan	<i>Independent t test</i>
Perencanaan kepala ruang sebelum	<i>Independent t test</i>
Pelaksanaan keselamatan pasien sebelum	<i>Independent t test</i>

Tabel 4.8 Perbedaan perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1.	Perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana kelompok intervensi sesudah intervensi (interval)	Perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana kelompok kontrol sesudah intervensi (interval)	<i>Mann - Whitney</i>
2.	Pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana kelompok intervensi sesudah intervensi (interval)	Pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana kelompok kontrol sesudah intervensi (interval)	<i>Independen t - test</i>

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
3	Perbedaan perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi (interval)		<i>Wilcoxon</i>
4		Perbedaan perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi (interval)	<i>Wilcoxon</i>
5	Perbedaan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi (interval)		<i>Wilcoxon</i>
6.		Perbedaan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi	<i>Dependen t-test</i>
7.	Pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana	Pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana	<i>Korelasi Pearson</i>

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian tentang pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana yang telah dilaksanakan di RS Haji Jakarta sebagai kelompok intervensi dan RS Islam Jakarta Cempaka Putih sebagai kelompok kontrol. Pelaksanaan penelitian dilaksanakan pada 18 April sampai dengan 15 Mei 2012 dengan jumlah sampel 73 pada kelompok intervensi dan 73 sampel kelompok kontrol.

5.1 Karakteristik Perawat Pelaksana

Karakteristik perawat pelaksana disajikan sesuai jenis data, yaitu data numerikal dan kategorikal. Data numerikal meliputi umur, masa kerja di RS, dan masa kerja di ruang saat ini, dengan menggunakan nilai mean, median, standar deviasi, nilai minimal-maksimal, dan nilai *confidence interval* (CI) masing-masing kelompok disajikan pada tabel 5.1. Distribusi data karakteristik responden pada kelompok kontrol memiliki distribusi data tidak normal karena memiliki $p < 0.05$. Demikian juga data pada kelompok intervensi memiliki distribusi data tidak normal kecuali variabel umur yang memiliki $p > 0.05$. Data kategorikal terdiri dari jenis kelamin, tingkat pendidikan, pelatihan keselamatan pasien, dan pelatihan sasaran keselamatan pasien dilakukan dengan menjelaskan angka/nilai, jumlah dan presentase masing-masing kelompok disajikan pada tabel 5.2.

Tabel 5.1 Karakteristik perawat menurut umur, masa kerja RS dan masa kerja ruangan di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Variabel	Kelompok Intervensi (n=73)			Kelompok Kontrol (n=73)		
	Median	sd	Min-Maks	Median	sd	Min-Maks
Umur	33.00	5.828	23-52	31.00	7.413	22-54
Masa kerja RS	9.00	3.459	3-17	10.00	6.801	2-34
Masa Kerja Ruang	4.00	2.957	2-15	5.00	2.140	2-11

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa baik responden pada kelompok intervensi maupun kontrol berusia produktif, masa kerja RS dan masa kerja ruangan berpengalaman.

Tabel 5.2 Karakteristik perawat menurut jenis kelamin, tingkat pendidikan, pelatihan keselamatan pasien, dan pelatihan sasaran keselamatan pasien di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Variabel	Kelompok Intervensi (n=73)		Kelompok Kontrol (n=73)	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Jenis Kelamin:				
1. Laki-laki	13	17.8	8	11.0
2. Perempuan	60	82.2	65	89.0
Total	73	100	73	100
Tingkat Pendidikan:				
1. D 3 Kep	49	67.1	68	93.2
2. S1 Kep	24	32.9	5	6.8
Total	73	100	73	100
Pelatihan Sasaran Keselamatan Pasien				
1. Tidak Pernah	2	2.7	52	71.2
2. Pernah	71	97.3	21	28.8
Total	73	100	73	100

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa responden baik pada kelompok intervensi dan kontrol sebagian besar berjenis kelamin perempuan (82.2% dan 89.0%), dan sebagian besar berpendidikan D3 Keperawatan (67.1% dan 93.2%). Sebagian besar (97.3%) kelompok intervensi mendapat pelatihan sasaran keselamatan pasien sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar belum pernah mendapat pelatihan sasaran keselamatan pasien (71.2%).

5.2 Gambaran perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien

Gambaran perencanaan dan pelaksanaan keselamatan pasien dijelaskan secara deskriptif masing-masing variabel dan secara total.

5.2.1 Perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien

Tabel 5.3 Perencanaan kepala ruang di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Variabel	Kelompok Intervensi (n=73)			Kelompok Kontrol (n=73)		
	Median	sd	Min-Maks	Median	sd	Min-Maks
Sebelum						
Visi	9.00	0.638	6-9	9.00	1.086	6-12
Misi	9.00	0.687	6-9	9.00	1.256	6-12
Filosofi	9.00	0.830	6-9	9.00	1.217	6-12
Tujuan Umum	9.00	0.687	6-9	9.00	0.912	8-12
Tujuan Khusus	9.00	0.687	6-9	9.00	0.966	7-12
Kebijakan	18.00	1.205	12-18	18.00	1.357	17-24
Prosedur	42.00	2.675	28-42	42.00	4.000	36-56
Aturan	15.00	1.042	10-15	15.00	1.463	13-20
Setelah						
Visi	12.00	0.000	12-12	8.00	0.881	6-9
Misi	12.00	0.000	12-12	9.00	0.777	7-9
Filosofi	12.00	0.000	12-12	8.00	0.804	7-9
Tujuan Umum	12.00	0.000	12-12	8.00	1.048	5-9
Tujuan Khusus	12.00	0.000	12-12	8.00	0.751	6-9
Kebijakan	24.00	0.000	24-24	17.00	0.661	16-18
Prosedur	56.00	0.000	56-56	39.00	1.224	34-42
Aturan	20.00	0.434	19-20	15.00	0.414	13-15

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa perencanaan kepala ruang sebelum intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol variabel visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan didapatkan nilai 75% sedangkan sesudah intervensi pada kelompok intervensi terjadi kenaikan menjadi 100%, sebaliknya pada kelompok kontrol sesudah intervensi tidak terjadi kenaikan.

Variabel visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus jumlah pernyataan 3 item dengan nilai tertinggi 12, variabel kebijakan jumlah pernyataan 6 item dengan nilai tertinggi 24, variabel prosedur jumlah pernyataan 14 item dengan nilai tertinggi 56, variabel aturan jumlah pernyataan 5 item dengan nilai tertinggi 20.

Tabel 5.4 Perencanaan kepala ruang total di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Variabel	Kelompok Intervensi (n=73)				Kelompok Kontrol (n=73)		
	Median	Sd	Selisih Median	Min-Mak	Median	sd	Min-Mak
Sebelum	120.00	6.982	40.0	115-138	120.00	9.643	108-160
Sesudah	160.00	0.432		159-160	112.00	2.336	105-117

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa perencanaan kepala ruang total sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi terdapat peningkatan nilai dengan selisih 40, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat peningkatan nilai.

Tabel 5.5 Pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Variabel	Kelompok Intervensi (n=73)			Kelompok Kontrol (n=73)		
	Median	sd	Min-Maks	Median	sd	Min-Maks
Sebelum						
Identifikasi	14.00	0.681	13-19	16.00	1.571	12-19
Komunikasi	15.00	0.608	14-20	17.00	2.089	13-20
Keamanan obat	14.00	0.975	11-19	18.00	1.525	13-19
Ketepatan prosedur	15.00	0.595	15-20	20.00	1.478	15-20
Risiko Infeksi	15.00	0.595	15-20	19.00	1.516	15-20
Risiko Jatuh	18.00	0.714	17-24	21.00	2.551	14-24
Sesudah						
Identifikasi	19.00	0.351	16-19	17.00	1.816	12-20
Komunikasi	20.00	0.595	15-20	16.00	2.402	12-20
Keamanan obat	19.00	0.000	19-19	17.00	1.619	13-20
Ketepatan prosedur	20.00	0.000	20-20	18.00	1.937	12-20
Risiko Infeksi	20.00	0.000	20-20	20.00	1.912	12-20
Risiko Jatuh	24.00	0.000	24-24	21.00	2.504	13-24

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum intervensi variabel identifikasi, komunikasi, keamanan obat, ketepatan prosedur, risiko infeksi, dan risiko jatuh didapatkan nilai 70-75% dan pada kelompok kontrol didapatkan nilai 80-100%. Sedangkan sesudah intervensi pada kelompok intervensi didapatkan nilai 95-100% dan pada kelompok kontrol didapatkan nilai 80-100%. Pada kelompok kontrol sesudah intervensi terjadi penurunan pada variabel komunikasi dari 85% menjadi 80%, variabel keamanan obat dari 90% menjadi 85%, dan variabel ketepatan prosedur dari 100% menjadi 90%.

Variabel identifikasi, komunikasi, keamanan obat, ketepatan prosedur, dan risiko infeksi jumlah pernyataan 5 item dengan nilai tertinggi 20, variabel risiko jatuh jumlah pernyataan 6 item dengan nilai tertinggi 24.

Tabel 5.6 Pelaksanaan keselamatan pasien total oleh perawat pelaksana di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Variabel	Kelompok Intervensi (n=73)				Kelompok Kontrol (n=73)		
	Median	sd	Selisih Median	Min-Mak	Median	sd	Min-Mak
Sebelum	108.00	5.622	14.0	98-122	109.00	8.199	90-122
Sesudah	122.00	0.942		114-122	108.00	9.195	76-121

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa pelaksanaan keselamatan pasien total sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi terdapat peningkatan nilai dengan selisih 14. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat peningkatan nilai atau penurunan nilai.

5.2.2 Karakteristik Kesetaraan Perawat Pelaksana.

Analisis kesetaraan dilakukan untuk melihat kesetaraan karakteristik perawat pelaksana pada kelompok intervensi dengan kontrol.

Tabel 5.7 Karakteristik kesetaraan responden di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Variabel	Kelompok Intervensi (n=73)	Kelompok Kontrol (n=73)	p
	Mean	Mean	
1. Umur	32.68	32.78	0.931
2. Masa Kerja di RS	9.25	10.44	0.185
3. Masa Kerja di ruang saat ini	4.70	4.58	0.773
4. Pelaksanaan Keselamatan Pasien sebelum intervensi	107.70	109.32	0.167
5. Perencanaan Kepala Ruang sebelum intervensi	123.58	122.19	0.322

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa karakteristik responden dan nilai pelaksanaan keselamatan pasien serta perencanaan kepala ruang pada kelompok intervensi dan kontrol adalah setara ($p = 0.931$).

5.2.3 Hasil analisis uji normalitas

Hasil analisis uji normalitas pelaksanaan keselamatan pasien pada kelompok intervensi sebelum intervensi berdistribusi normal sesudah intervensi tidak

normal. Sedangkan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi berdistribusi normal. Perencanaan kepala ruang pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah intervensi berdistribusi tidak normal.

5.3 Hubungan karakteristik perawat pelaksana terhadap perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien

Tabel 5.8 Hubungan karakteristik perawat menurut umur, masa kerja rs, dan ruangan terhadap perencanaan kepala ruang di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Karakteristik perawat	Perencanaan kepala ruangan			
	Kelompok Intervensi (n=73)		Kelompok Kontrol (n=73)	
	r	p	r	p
Umur	0.095	0.423	0.185	0.117
Masa kerja RS	0.087	0.463	0.044	0.713
Masa kerja ruangan	-0.113	0.342	-0.053	0.656

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara karakteristik perawat (umur, masa kerja rs dan ruangan) dengan perencanaan kepala ruang baik pada kelompok intervensi dan kontrol ($p > 0.001$).

Tabel 5.9 Hubungan karakteristik perawat menurut jenis kelamin dan pendidikan terhadap perencanaan kepala ruang di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Variabel	Perencanaan kepala ruang							
	Kelompok Intervensi (n=73)				Kelompok Kontrol (n=73)			
	n	Mean	sd	p	n	Mean	sd	p
Jenis Kelamin								
Laki-laki	13	159.77	0.439	0.886	8	118.50	3.505	0.254
Perempuan	60	159.75	0.437		65	121.82	8.021	
Pendidikan								
D3 Kep	49	159.69	0.466	0.064	68	120.97	6.432	0.430
S1 Kep	24	159.88	0.338		5	128.00	17.889	

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara karakteristik perawat (jenis kelamin dan pendidikan) dengan perencanaan kepala ruang baik pada kelompok intervensi dan kontrol ($p > 0.001$).

Tabel 5.10 Hubungan karakteristik perawat menurut umur, masa kerja rs, dan ruangan terhadap pelaksanaan keselamatan pasien di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Karakteristik perawat	Pelaksanaan keselamatan pasien			
	kelompok intervensi (n=73)		kelompok kontrol (n=73)	
	r	p	r	p
Umur	0.119	0.315	0.135	0.254
Masa kerja RS	0.014	0.908	0.121	0.307
Masa kerja ruangan	0.121	0.307	0.050	0.673

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik perawat (umur, masa kerja rs dan ruangan) dengan pelaksanaan keselamatan pasien pada kelompok intervensi dan kontrol ($p > 0.001$)

Tabel 5.11 Hubungan karakteristik perawat menurut jenis kelamin dan pendidikan terhadap pelaksanaan keselamatan pasien di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Variabel	Perencanaan kepala ruang							
	Kelompok Intervensi (n=73)				Kelompok Intervensi (n=73)			
	n	Mean	sd	p	n	Mean	sd	p
Jenis Kelamin								
Laki-laki	13	121.92	0.277	0.846	8	105.13	4.422	0.421
Perempuan	60	121.87	1.033		65	107.92	9.597	
Pendidikan								
D3 Kep	49	121.98	0.143	0.358	68	107.37	9.256	0.398
S1 Kep	24	121.67	1.633		5	111.00	8.456	

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara karakteristik perawat (jenis kelamin dan pendidikan) dengan pelaksanaan keselamatan pasien pada kelompok intervensi dan kontrol ($p > 0.001$).

5.4 Perbedaan perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol.

Tabel 5.12 Perbedaan perencanaan kepala ruang dan keselamatan pasien di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Variabel	Kelompok Intervensi (n=73)		Kelompok Kontrol (n=73)	
	median	p	median	p
Perencanaan kepala ruang				
Sebelum	123.58	0.0001□	122.19	0.689
Sesudah	159.75		141.41	
Pelaksanaan keselamatan pasien				
Sebelum	107.70	0.0001□	109.32	0.179
Sesudah	121.88		107.62	

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien terhadap sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi ($p = 0.0001$). Sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang bermakna terhadap sebelum dan sesudah dilakukan intervensi ($p > 0.0001$).

5.5 Perbedaan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol.

Tabel 5.13 Perbedaan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah dilakukan intervensi di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Variabel	Kelompok intervensi (n=73)	Kelompok kontrol (n=73)	p
	Median	Median	
Keselamatan pasien	121.88	107.62	0.0001□

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah dilakukan intervensi terhadap kelompok intervensi dan kontrol ($p = 0.001$).

5.6 Pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana.

Tabel 5.14 Pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Haji dan RS Islam Jakarta

Variabel	Pelaksanaan keselamatan pasien			
	Kelompok Intervensi (n=73)		Kelompok Kontrol (n=73)	
	r	p	r	p
Perencanaan kepala ruang	0.230	0.050	0.115	0.335

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.14 menunjukkan bahwa ada pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah intervensi pada kelompok intervensi ($p = 0.050$) namun hubungan masih lemah dan berkorelasi positif. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada pengaruh perencanaan kepala ruang

dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah intervensi pada kelompok kontrol ($p = 0.335$) Kekuatan hubungan dua variabel dapat dibagi dalam 4 area (Colton dalam Hastono, 2007).

$r = 0.00-0.25 \rightarrow$ tidak ada hubungan/hubungan lemah

$r = 0.26-0.50 \rightarrow$ hubungan sedang

$r = 0.51-0.75 \rightarrow$ hubungan kuat

$r = 0.76-1.00 \rightarrow$ hubungan sangat kuat/sempurna



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian, dan implikasi hasil penelitian terhadap bidang penelitian dan pelayanan keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan tinjauan pustaka dan hasil-hasil penelitian yang relevan.

Keterbatasan penelitian dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Sedangkan implikasi penelitian diuraikan pengembangan lebih lanjut bagi pelayanan keperawatan, pendidikan, dan penelitian.

6.1 Interpretasi hasil penelitian

6.1.1 Karakteristik Perawat

Karakteristik perawat terdiri dari umur, masa kerja, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pelatihan. Pembahasan menguraikan hasil univariat karakteristik responden kelompok intervensi di Instalasi Rawat Inap RS Haji Jakarta dan kelompok kontrol di Instalasi Rawat Inap RS Islam Jakarta Cempaka Putih.

6.1.1.1 Usia

Hasil analisis menunjukkan bahwa baik perawat pada kelompok intervensi maupun kontrol pada 33 dan 31. Dewit (2009) yang mengelompokkan rentang usia yang mengadopsi dalam perkembangan psikososial dari Erikson menjadi 3 yaitu: dewasa muda 19-25 tahun, dewasa tengah 25-50 tahun (produktif, aktif meningkatkan kinerja, bekerja sama dengan orang lain, berorientasi pada masa depan), dewasa tua > 50 tahun. Penelitian Nilasari (2010) mengelompokkan usia menjadi tiga yaitu: kelompok umur muda 0-14 tahun, kelompok usia kerja 15-64 tahun (usia produktif), dan kelompok umur tua 65 tahun ke atas. Sejalan dengan pengelompokan usia maka rentang usia hasil penelitian ini pada kelompok produktif.

Faktor usia mempunyai hubungan langsung dengan logika berfikir dan pengetahuan seseorang (Robbins, 2003). Semakin matang usia seseorang biasanya pengetahuan dan tingkat kedewasaannya cenderung meningkat. Kemampuan mengendalikan emosi psikisnya dapat mengurangi terjadinya kecelakaan sehingga kinerja pun meningkat.

Usia mempunyai hubungan dengan produktivitas, kehadiran, dan kepuasan kerja individu tersebut. Produktivitas seseorang akan menurun dengan semakin bertambahnya usia, karena dengan bertambahnya usia maka terjadi penurunan kecepatan, kecekatan, koordinasi dengan berjalannya waktu dan adanya kebosanan yang berlarut-larut serta kurangnya rangsangan intelektual. Hal ini tidak terlihat pada responden kelompok intervensi dan kontrol, karena dapat dilihat dari daftar kehadiran kerja yang rata-rata tiap bulan tidak ada kemangkiran kerja tanpa alasan kecuali libur, ijin dan sakit. Kematangan individu dengan pertambahan usia berhubungan erat dengan kemampuan analisis terhadap permasalahan atau fenomena yang ditemukan (Robbins, 2003).

6.1.1.2 Masa kerja

Hasil analisis menunjukkan bahwa masa kerja perawat di rumah sakit pada kelompok intervensi maupun kontrol rata-rata diatas 9 tahun. Depkes RI (2006) mengembangkan jenjang karir perawat berdasarkan tingkat pendidikan dan pengalaman kerja klinik. Perawat klinik I memiliki pengalaman kerja 2 tahun untuk D3 keperawatan dan 0 tahun S1 Keperawatan. Perawat klinik II memiliki pengalaman kerja 5 tahun untuk D3 keperawatan dan 3 tahun S1 keperawatan. Perawat klinik III memiliki pengalaman kerja 9 tahun dan 6 tahun S1 keperawatan. Pada penelitian Nilasari (2010) mengelompokan lama kerja dikelompokan menjadi dua kelompok yaitu: kelompok 1-3 tahun belum berpengalaman dan kelompok > dari 3 tahun berpengalaman. Sejalan hasil penelitian ini perawat pelaksana mempunyai masa kerja berpengalaman setara dengan perawat klinik III yaitu: mampu melakukan asuhan keperawatan tingkat lanjut, mampu memahami konsep biomedik tingkat lanjut, mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien dengan risiko/komplikasi pada 12 sistem

tubuh secara mandiri, mampu menyusun rencana asuhan keperawatan yang menggambarkan intervensi pada klien dengan risiko/komplikasi pada 12 sistem tubuh (Depkes RI, 2006).

Seseorang dengan pengalaman kerja yang relatif lebih lama dibandingkan dengan teman sekerjanya dikatakan sebagai karyawan senior. Pengalaman kerja sebagai variabel individu mempunyai efek secara tidak langsung dengan perilaku dan kinerja individu.

Orang yang telah lama bekerja belum tentu lebih produktivitas dibandingkan dengan karyawan yang senioritasnya lebih rendah (Robbins, 2003). Hasil penelitian yang dilakukan Purbadi dan Sofiana (2006) mengatakan bahwa perawat yang berstatus junior memiliki tingkat pengembangan diri yang masih rendah dibandingkan dengan perawat yang memiliki jabatan sebagai senior.

Masa kerja memberikan hubungan pengalaman kerja dan produktivitas. Pengalaman kerja berhubungan dengan kinerja seseorang (Quinones, Ford, & Teachout, 2006). Masa kerja dapat mencerminkan pengalaman kerja yang dapat meningkatkan pengetahuan terhadap sesuatu hal. Individu yang masa kerjanya lebih lama akan mendapatkan pengetahuan yang lebih banyak dari pada individu yang masih baru oleh karena itu kinerja individu yang senior menjadi role model bagi junior sehingga dapat membentuk budaya organisasi (Huber, 2010).

Masa kerja akan memberikan pengalaman yang lebih banyak, pengalaman kerja mengiringi produktivitas yang dihasilkan. Perawat yang memiliki masa kerja lebih lama seharusnya akan mengalami peningkatan yang lebih baik dalam kinerja dan produktivitas, tetapi hal ini juga dapat terjadi sebaliknya seperti yang dijelaskan oleh Robbins (2001) bahwa orang yang telah lama bekerja belum tentu lebih produktif dibandingkan dengan karyawan dengan pengalaman yang masih rendah.

6.1.1.3 Jenis kelamin

Hasil analisis menunjukkan bahwa baik responden pada kelompok intervensi maupun kontrol sebagian besar berjenis kelamin perempuan. Robbins (2003) menyatakan tidak ada perbedaan antara jenis kelamin perempuan dan pria dalam meningkatkan pengetahuan namun dalam hal analisis kemampuan pria lebih baik dibandingkan perempuan. Kecenderungan analisis yaitu kemampuan menyatakan suatu gambaran serta mampu membedakan obyek-obyek, mampu memandang sesuatu dengan analisis lebih banyak dimiliki oleh pria dibandingkan perempuan. Hal ini disebabkan pria memiliki harapan atas keberhasilan lebih besar dibandingkan dengan perempuan (Robbins (2003)).

Pria dan wanita memiliki peran yang sama dalam organisasi dalam pengaturan norma-norma, pengawasan kinerja staf, dan pemberian informasi dalam organisasi. Robbins & Judge (2008) berpendapat bahwa di Amerika Utara tingkat absensi antara wanita lebih besar dari pada pria, karena masalah rumah tangga lebih besar dibebankan pada wanita dari pada laki-laki.

Perbedaan gender tidak menjadi masalah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Robbins (2001) mengatakan bahwa tidak ada perbedaan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan kemampuan memecahkan masalah, motivasi, dan kemampuan belajar.

6.1.1.4 Tingkat pendidikan

Hasil analisis menunjukkan bahwa baik perawat kelompok intervensi dan kontrol sebagian besar adalah berpendidikan D3 Keperawatan 67,1 % dan 93,2%. Pada kelompok intervensi perawat yang berpendidikan S1 keperawatan 32,9%, sebaliknya kelompok kontrol 6,8%. Perbedaan tingkat pendidikan ini dikarenakan secara diskriptif jumlah keseluruhan S1 Keperawatan masih relatif sedikit, di kelompok intervensi hanya 18% dari 335 perawat, sedangkan kelompok kontrol 6,5% dari 502 perawat.

Pendidikan merupakan proses penyampaian informasi kepada seseorang untuk mendapatkan perubahan perilaku. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin kritis, logis dan sistematis cara berpikirnya. Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Pendidikan merupakan indikator yang menunjukkan kemampuan individu dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya (Hasibuan, 2008).

6.1.1.5 Pelatihan sasaran keselamatan pasien

Hasil analisis menunjukkan bahwa perawat yang bekerja di Instalasi Rawat Inap RS Haji Jakarta pada kelompok intervensi sebagian besar telah mendapatkan pelatihan sasaran keselamatan pasien 97,3%. Hal ini dikarenakan RS Haji Jakarta telah berkomitmen dalam pelaksanaan program keselamatan pasien terutama sasaran keselamatan pasien di mana RS Haji Jakarta akan melaksanakan akreditasi program keselamatan pasien pada Desember 2012 dengan mengacu pada standar *Joint Commission International* (JCI). Sedangkan perawat yang bekerja di Instalasi Rawat Inap RS Islam Jakarta Cempaka Putih sebagian besar belum mendapatkan pelatihan sasaran keselamatan pasien 71,2%. Hal ini dikarenakan program pelatihan keselamatan pasien di RS IJCP tidak berjalan dengan baik.

Hasil nilai awal sebelum pelaksanaan keselamatan pasien pada kelompok kontrol mendapat nilai lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok intervensi. Namun pada nilai sesudah intervensi kelompok intervensi terjadi kenaikan. Sedangkan pada kelompok kontrol terjadi penurunan dari nilai sebelum intervensi dilakukan. Terjadinya kenaikan nilai yang fantastis pada kelompok intervensi dari sebelum dan sesudah intervensi itu bukan karena murni pengaruh intervensi yang dilakukan oleh peneliti tetapi oleh faktor lain di antaranya kebijakan penerapan keselamatan pasien di RS Haji Jakarta telah dicanangkan untuk mengikuti akreditasi pada Desember 2012. Jika dikaitkan dengan setelah mendapat pelatihan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak mendapat pelatihan

melalui hasil pengukuran *post test* pada kelompok kontrol tidak ada peningkatan. Hal ini disebabkan karena tidak adanya stimulus berupa pelatihan pada kelompok kontrol sehingga penelitian ini menunjukkan perbedaan yang bermakna antara kelompok yang diberikan pelatihan dan yang tidak.

Perbedaan pelaksanaan keselamatan pasien pada kelompok intervensi dan kontrol pada penelitian ini bersifat individual dan sangat tergantung pada keterpaparan seseorang tentang keselamatan pasien perlu didukung dengan langkah-langkah pemecahan yang mengarah pada perbaikan pemahaman perawat mengenai program keselamatan pasien. Peran perawat dalam pencegahan terhadap kesalahan dan kejadian nyaris cedera membawa konsekuensi mengenai perlunya optimalisasi perkembangan individu perawat. Hal ini didukung oleh pendapat Lumenta (2008) yang mengatakan bahwa hal yang berpengaruh terhadap kemampuan organisasi untuk meningkatkan mutu melalui aspek keselamatan pasien dipengaruhi oleh faktor individu. Hal ini berarti bahwa optimalisasi perkembangan individu perawat memerlukan upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan secara khusus dalam lingkup keselamatan pasien.

Gillies (1996) menjelaskan pelatihan dibidang keperawatan merupakan salah satu kegiatan pengembangan staf yang bertujuan untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia perawat. Pelatihan memiliki kemanfaatan yang sangat besar baik dari aspek staf maupun organisasi. Peneliti menyimpulkan bahwa melalui pelatihan seorang pegawai akan mengingat kembali informasi-informasi yang pernah dimiliki dan akan menerima informasi-informasi baru yang sebelumnya tidak dimiliki, sehingga akan meningkatkan kemampuan pegawai minimal aspek kognitif.

6.1.2 Gambaran perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien

6.1.2.1 Gambaran Perencanaan Kepala Ruang

Perencanaan kepala ruang dalam penelitian ini sebagai variabel independen. Perencanaan kepala ruang diukur sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada

kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil analisis menunjukkan bahwa perencanaan kepala ruang secara diskriptif sebelum intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol didapatkan nilai 75%, sedangkan sesudah intervensi pada kelompok intervensi terjadi kenaikan menjadi 100%. Sebaliknya pada kelompok kontrol sesudah intervensi tidak terjadi kenaikan. Secara total sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi terdapat peningkatan nilai dengan selisih median 40. Hal ini dikarenakan telah dilakukan penyusunan perencanaan kepala ruang tentang pelaksanaan keselamatan pasien dan telah disosialisasikan oleh kepala ruang kepada perawat pelaksana di ruangan. Pada kelompok kontrol tidak terdapat peningkatan nilai. Hal ini dikarenakan belum dilakukan penyusunan perencanaan kepala ruang tentang pelaksanaan keselamatan pasien.

Pengelolaan keselamatan pasien dapat dilaksanakan di ruang rawat dan dipimpin oleh kepala ruang. Kepala ruangan sebagai bagian dari pimpinan dan pengelola kesehatan di rumah sakit berperan sebagai pimpinan dalam pengorganisasian keselamatan pasien melaksanakan fungsi manajemen termasuk dalam fungsi perencanaan. Hal ini didukung oleh Marquis & Huston (2012; Swansburg, 1999) mengatakan fungsi perencanaan kepala ruang di ruang rawat sangat penting dan menjadi prioritas di antara fungsi manajemen lainnya. Tanpa perencanaan yang memadai, pelaksanaan keselamatan pasien akan mengalami kendala. Perencanaan tersebut memuat rincian kegiatan yang akan dilakukan, bagaimana kegiatan dilaksanakan, kapan dan dimana kegiatan itu berlangsung. Fungsi perencanaan yang disusun oleh kepala ruangan adalah: visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan.

6.1.2.2 Gambaran pelaksanaan keselamatan pasien

Pelaksanaan keselamatan pasien dalam penelitian ini sebagai variabel dependen. Pelaksanaan keselamatan pasien diukur sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil analisis menunjukkan bahwa pelaksanaan keselamatan pasien sebelum intervensi secara diskriptif variabel identifikasi, komunikasi, keamanan obat, ketepatan prosedur, risiko infeksi, dan risiko jatuh pada kelompok intervensi didapatkan nilai 70-75% dan

pada kelompok kontrol didapatkan nilai 80-100%. Sedangkan sesudah intervensi pada kelompok intervensi didapatkan nilai 95-100% (yang belum mencapai 100% identifikasi pasien dan keamanan obat) dan pada kelompok kontrol didapatkan nilai 80-100%.

Kelompok kontrol sesudah intervensi terjadi penurunan pada variabel komunikasi dari 85% menjadi 80%, variabel keamanan obat dari 90% menjadi 85%, dan variabel ketepatan prosedur dari 100% menjadi 90%. Secara total sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi terdapat peningkatan nilai dengan selisih median 14. Pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan nilai sebelum dan sesudah intervensi.

Hasil analisis menunjukkan terjadi kenaikan nilai pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana setelah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini dikarenakan telah dilakukan pelatihan oleh RS tentang sasaran keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di RS.

Pelaksanaan keselamatan pasien dilaksanakan oleh perawat pelaksana yang diawali dengan penyusunan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien yang dibuat oleh peneliti yang sudah disetujui oleh pakar keperawatan untuk diterapkan di rumah sakit. Pedoman diberikan kepada kepala ruang untuk menyusun perencanaan kepala ruang dalam bentuk pelatihan. Sebelum pelatihan diberikan peneliti memberikan kuisisioner *pre test* pengambilan data awal kepada perawat pelaksana untuk mengetahui persepsi perawat pelaksana tentang perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien. Selanjutnya peneliti memberikan pelatihan perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien dengan pedoman yang telah disusun oleh peneliti selama satu hari. Setelah dilakukan pelatihan, peneliti memberikan bimbingan pada kepala ruang untuk menyusun perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien sesuai kondisi rumah sakit selama 9 hari. Perencanaan kepala ruang yang telah tersusun disyahkan oleh bidang

keperawatan dan disosialisasikan kepada perawat pelaksana selama 9 hari. Selanjutnya dilakukan *post test* pengambilan data akhir, untuk mengetahui sejauh mana persepsi perawat pelaksana menerima sosialisasi yang diberikan oleh kepala ruang.

Pelatihan merupakan proses secara sistematis bagi individu untuk mendapatkan dan mengembangkan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk kinerja yang lebih baik. Pelatihan adalah proses meningkatkan pengetahuan dan keterampilan karyawan (Kaswan, 2011). Pelatihan merupakan bagian pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan keterampilan di luar sistem pendidikan yang berlaku dalam waktu yang relatif singkat. Keterampilan yang dimaksud dalam hal ini adalah keterampilan dalam berbagai bentuk antara lain *physical skill*, *intelektual skill*, *social skill*, dan *managerial skill* (Rivai dan Sagala, 2009).

Marquis & Huston (2012) mendefinisikan pelatihan sebagai metode yang terorganisir untuk memastikan bahwa individu memiliki pengetahuan dan keterampilan tertentu dan individu memperoleh pengetahuan yang baik mengenai kewajiban dalam pekerjaannya. Pengetahuan tersebut dapat meningkatkan kemampuan afektif, psikomotor, dan kognitif sehingga akan diperoleh suatu peningkatan produktivitas atau hasil yang baik.

Kelompok intervensi setelah diberikan pelatihan masih ada variabel yang belum mencapai 100% (yaitu identifikasi pasien dan keamanan obat). Hal ini banyak faktor mempengaruhi karena pelatihan memberikan kemungkinan peserta untuk berperan dan bekerja sama dengan orang lain. Dengan pelatihan diharapkan peserta dapat menambah pengetahuan, memperbaiki sikap, dan meningkatkan kecakapan serta keterampilan. Dari hasil survey menunjukkan pelatihan dengan melakukan kegiatan hasilnya jauh lebih efektif (90%), dengan berkata dan menulis (70%), mendengarkan dan melihat (50%), melihat saja (30%), mendengar saja (20%), dan membaca saja (10%) (Hardjana, 2001). Dalam hal ini perawat pelaksana dapat menerima sosialisasi dari kepala ruang sebanyak 50% karena

hanya mendengarkan dan melihat. Pelatihan dapat dilangsungkan di tempat kerja atau di tempat yang disimulasikan sebagai tempat kerja.

Proses pelatihan difokuskan pada pelaksanaan pekerjaan dan penerapan pemahaman serta pengetahuan pada pelaksanaan tugas tertentu. Untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil yang sudah dicapai perlu konsistensi pemberian pelatihan yang berkelanjutan, karena sasaran akhir program pelatihan dalam organisasi adalah pembelajaran yang terjadi selama pelatihan ditransfer kembali ke pekerjaan. Transfer pelatihan dapat didefinisikan sebagai penerapan pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang dipelajari dalam pelatihan pada situasi kerja dan selanjutnya memeliharanya selama periode waktu tertentu (Kaswan, 2011). Perubahan perilaku dan peningkatan pengetahuan serta keterampilan tidak akan berarti banyak apabila penerapan dalam situasi kerja tidak memberikan dampak peningkatan kinerja. Transfer pelatihan ke situasi pekerjaan amat penting bagi kesuksesan usaha-usaha pelatihan.

Marquis & Huston (2012) mengatakan tujuan pelatihan adalah menransfer pembelajaran baru ke lingkungan kerja. Agar hal ini dapat dilakukan, pertama harus ada kesamaan antara konteks pelatihan dan pekerjaan. Kedua, pelatihan yang memadai adalah keharusan dan dianjurkan belajar terus-menerus. Ketiga, pelatihan sebaiknya mencakup berbagai situasi yang berbeda sehingga pengetahuan dapat digeneralisasikan. Keempat, peserta pelatihan memahami prinsip dasar yang mendasari tugas tersebut dan cara memodifikasi berbagai situasi agar tugas selesai. Program pelatihan perawat merupakan program efektif untuk meningkatkan produktifitas perawat dalam pelaksanaan keselamatan pasien. Keselamatan pasien merupakan prinsip dasar dari pelayanan kesehatan yang memandang bahwa keselamatan merupakan hak bagi setiap pasien dalam menerima pelayanan kesehatan. Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien terdiri dari: 1) ketepatan identifikasi pasien, 2) peningkatan komunikasi yang efektif, 3) peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, 4) kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, 5) pengurangan risiko infeksi

terkait pelayanan kesehatan, 6) pengurangan risiko pasien jatuh (Permenkes, 2011). Hal ini sesuai dengan pendapat *Medical News Today* (MNT), 2009 mengatakan bahwa perawat memegang peran penting dalam memenuhi tujuan keselamatan pasien dalam hal obat-obatan, komunikasi dan keamanan pasien. Peran yang lain melaporkan kejadian tidak diharapkan, mendidik diri sendiri dan sesama perawat, memberikan rekomendasi tentang perubahan dalam prosedur dan kebijakan, melibatkan dalam mengidentifikasi masalah (Ramsey, 2005).

Kelompok kontrol tidak terjadi kenaikan nilai pelaksanaan keselamatan pasien bahkan terjadi penurunan, dikarenakan pada kelompok kontrol belum dilakukan pelatihan sasaran keselamatan pasien oleh RS. Salah satu variabel pelaksanaan keselamatan pasien yang terjadi penurunan adalah komunikasi efektif. Komunikasi sangat penting untuk efisiensi kerja dan untuk koordinasi antara pelaksana, tim dan manajer. Komunikasi dalam organisasi biasanya digambarkan sebagai satu arah (misalnya dalam instruksi tertulis) atau dua arah (percakapan misalnya dengan telepon). Perbedaan utama antara satu dan komunikasi dua arah adalah bahwa dua arah memberikan umpan balik yang memungkinkan pengirim dan penerima untuk memastikan bahwa arti dalam informasi tersebut telah dipahami. Masalah komunikasi dapat dikategorikan sebagai kegagalan sistem, pesan dan penerimaan, dapat menyebabkan kesalahan yang dapat terjadi sebagai individu gagal untuk menerima atau untuk menyampaikan informasi atau berkomunikasi (CAA, 2006).

Kegagalan komunikasi merupakan penyebab utama membahayakan pasien. Analisis peristiwa 2.455 kejadian sentinel dilaporkan ke badan akreditasi di Amerika Serikat (JCAHO) mengungkapkan bahwa penyebab utama kejadian sentinel tersebut 70% adalah kegagalan komunikasi (Leonard, Graham, & Bonacum, 2004). Beberapa masalah utama berkaitan dengan *shift* atau *hand offer* pasien, kualitas informasi yang dicatat di dokumen pasien, catatan kasus dan insiden laporan, efek status staf junior menghambat pelaporan, dan kesulitan transmisi informasi di suatu organisasi. Hal ini perlu diciptakan memberikan

kesempatan kepada semua anggota tim untuk berbicara dan bertukar informasi dengan baik (Haynes, 2009).

Permenkes RI (2011) mengemukakan komunikasi yang efektif masuk dalam sasaran keselamatan pasien pada sasaran II peningkatan komunikasi yang efektif yaitu komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Nazam (2009) mengemukakan bahwa kemacetan komunikasi penyebab terjadinya sentinel.

Kelompok kontrol tidak mengalami kenaikan nilai pelaksanaan keselamatan pasien bahkan menurun berdasarkan pengukuran sebelum dan sesudah intervensi tanpa disertai intervensi berupa pelatihan pedoman perencanaan kepala ruang terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien, menunjukkan bahwa tidak akan ada perubahan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dalam kurun waktu tertentu jika tidak ada stimulus berupa informasi yang diberikan melalui pelatihan.

Perbedaan nilai awal yang dihasilkan pada pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum intervensi pada kelompok kontrol lebih tinggi dibandingkan kelompok intervensi dapat dihubungkan dengan adanya perbedaan kondisi dimulainya penerapan program keselamatan pasien di RS Haji Jakarta dengan RSIJCP. Penerapan program keselamatan pasien di RSIJCP dilaksanakan sejak Januari 2007, sedangkan di RS Haji Jakarta pada November 2010. Hal ini berarti keterpaparan perawat terhadap penerapan program keselamatan pasien di RSIJCP relatif lebih lama dibandingkan dengan RS Haji Jakarta.

Perbedaan nilai yang dihasilkan pada pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada kedua kelompok dapat dihubungkan dengan adanya perbedaan kondisi organisasi antara RS Haji Jakarta dengan RSIJCP. Kebijakan pelaksanaan program keselamatan pasien di RS Haji Jakarta telah mempersiapkan untuk pelaksanaan akreditasi yang menggunakan standar *Joint Commission*

International (JCI). Sedangkan RSIJCP belum mempersiapkan untuk pelaksanaan akreditasi program keselamatan pasien.

Perbedaan yang nyata juga ditemukan terkait dengan pelatihan sasaran keselamatan pasien pada kedua RS. Pada RS Haji Jakarta sebagian besar perawat pelaksana telah mendapatkan pelatihan sasaran keselamatan pasien (97.3%). Sedangkan pada RSIJCP sebagian besar perawat pelaksana belum mendapatkan pelatihan sasaran keselamatan pasien (71.2%).

6.1.3 Hubungan karakteristik perawat pelaksana terhadap perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien

Hasil penelitian ini menemukan hubungan antara karakteristik perawat (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, dan pelatihan) dengan perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien pada kelompok intervensi dan kontrol didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna. Walaupun tingkat pendidikan tidak ada hubungan yang bermakna dengan perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien, namun pendidikan S1 Keperawatan sangat diperlukan, karena secara umum seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Pendidikan merupakan indikator yang menunjukkan kemampuan individu dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya (Hasibuan, 2008).

Hasil penelitian yang didapatkan dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian Yulia (2010) yang membuktikan tidak adanya hubungan signifikan antara umur, jenis kelamin, dan masa kerja dengan penerapan keselamatan pasien. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Robbins (2001) yang mengemukakan bahwa tidak ada perbedaan yang jelas antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dalam meningkatkan pengetahuan walaupun kemampuan analisa laki-laki lebih baik dibandingkan perempuan. Kemampuan penyelesaian masalah, dorongan, kompetitif, motivasi dan kemampuan belajar pada laki-laki maupun perempuan adalah sama.

Pengalaman kerja seseorang sering dikaitkan dengan lama kerja yang dimiliki seseorang. Pendapat Notoatmodjo (2007) mengatakan bahwa pengalaman belajar selama bekerja dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dan keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

Hasil penelitian Juslida (2001) mengatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna pengetahuan responden setelah kelompok intervensi mengikuti pelatihan antara responden yang memiliki masa kerja < 20 tahun dan ≥ 20 tahun. Penelitian oleh Saljan (2005) dan Amira (2008) mengenai perbedaan hasil pelatihan pada perawat pelaksana dengan lama kerja yang berbeda-beda menemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan peningkatan kinerja setelah pelatihan.

Hasil penelitian tersebut didukung oleh McNamara (2011) mengatakan bahwa keperawatan adalah profesi yang membutuhkan belajar seumur hidup di antaranya: 1) perawat harus meningkatkan pendidikan dan pelatihan. 2) perawat harus mencapai tingkat pendidikan yang lebih tinggi melalui pendidikan dan pelatihan. 3) perawat harus menjadi mitra penuh dengan dokter dan profesional lainnya. 4) perawat harus mampu merencanakan tenaga kerja perawat yang efektif, membuat kebijakan dengan mengumpulkan data dan informasi yang baik.

Hasil penelitian dan konsep tersebut memberikan gambaran bahwa lama kerja tidak selalu dapat dihubungkan dengan peningkatan yang berkaitan dengan pelaksanaan keselamatan pasien yang mendukung pengalaman perawat mengenai hal-hal yang bersifat baru yang diperolehnya. Kebijakan penerapan pelaksanaan keselamatan pasien pada kedua rumah sakit yang menjadi tempat penelitian ini relatif masih baru sehingga keterpaparan perawat mengenai program keselamatan pasien juga masih belum optimal.

6.1.4 Perbedaan perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol

Hasil analisis perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana terdapat perbedaan yang bermakna positif terhadap sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi. Hal ini dikarenakan pada kelompok intervensi telah dilakukan penyusunan perencanaan kepala ruang tentang pelaksanaan keselamatan pasien dan telah disosialisasikan oleh kepala ruang kepada perawat pelaksana di ruangan. Hasil penelitian ini didukung oleh Leos (2008) yang mengatakan bahwa untuk meningkatkan keselamatan pasien pada perawat onkologi dengan menciptakan perencanaan lingkungan perawatan yang aman yaitu dengan meningkatkan penyediaan cuci tangan untuk mencegah infeksi jamur.

Pendapat lain Leos (2008) mengatakan bahwa kesenjangan yang dapat menyebabkan kesalahan tanpa disadari sebagai akibat dari keputusan yang dibuat dalam perencanaan yang kurang optimal. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitiannya Juslida (2001) yang mengatakan bahwa pada kelompok intervensi didapatkan perbedaan nilai rata-rata sebelum dan sesudah intervensi. Penelitian lain didukung oleh hasil penelitiannya Yulia (2010) menunjukkan bahwa ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum dan sesudah mendapat intervensi pada kelompok intervensi dan tidak ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol.

Hasil penelitian pada kelompok intervensi yang menunjukkan ada perbedaan perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum dan sesudah intervensi membuktikan bahwa pelatihan dapat mempengaruhi pemahaman kepala ruang untuk menyusun perencanaan kepala

ruang dan mensosialisasikan perencanaan yang telah disusun kepada perawat pelaksana merupakan peningkatan hasil yang diharapkan dari pemberian intervensi berupa pelatihan.

Sejalan dengan pendapat Rivai dan Sagala (2009) mengatakan bahwa jika kemampuan peserta pelatihan meningkat secara signifikan, artinya program pelatihan secara aktual menyebabkan terjadinya perbedaan kemampuan. Program pelatihan dapat dikatakan berhasil apabila peningkatan kemampuan dapat memenuhi kriteria evaluasi dan dapat transfer ke pekerjaan serta mengakibatkan perubahan sikap yang dapat di ukur dengan meningkatkan *performance* pekerjaan. Terkait dengan hal tersebut walaupun secara nyata terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi yang mendapat pelatihan dan kelompok kontrol tidak mendapat pelatihan, tetap diperlukan suatu tindak lanjut program pelatihan yang seharusnya dapat dilakukan secara terprogram.

Pertimbangan yang mendasari pendapat peneliti akan hal ini adalah untuk mengetahui seberapa lama dan seberapa baik hasil pelatihan dapat bertahan serta menimbulkan perubahan sikap dan kinerja perawat dalam menerapkan keselamatan pasien. Pendapat tersebut didukung oleh Gillies (1996) yang mengatakan bahwa hasil pembelajaran dalam pelatihan juga akan lebih efektif jika staf diberikan kesempatan untuk menerapkan fungsi tertentu.

Perencanaan merupakan fungsi dasar dari manajemen dan merupakan tugas utama setiap manager. Perencanaan harus sistematis, dapat diukur, dapat dicapai, realistik dan berorientasi pada waktu. Perencanaan merupakan pedoman untuk melaksanakan tindakan dalam mencapai tujuan, perencanaan harus fleksibel dan memungkinkan penyesuaian kembali jika terjadi sesuatu yang tidak diharapkan (Marquis & Huston, 2012). Kepala ruangan sebagai manager juga membuat dan mengimplementasikan rencana perbaikan kualitas bagi unit yang dipimpinnya (Potter & Perry, 2010). Perencanaan kepala ruang meliputi perencanaan tahunan, bulanan, mingguan, dan harian (Swansburg, 1999).

6.1.5 Perbedaan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol.

Hasil analisis pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah dilakukan intervensi terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol. Perbedaan hasil analisis antara kelompok intervensi dan kontrol menunjukkan bahwa ternyata kelompok intervensi dan kontrol memberikan respon yang berbeda berdasarkan ada atau tidak adanya stimulus berupa pemberian pelatihan pedoman perencanaan kepala ruang yang kemudian kepala ruang menyusun perencanaan kepala ruang terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien.

Keselamatan pasien bukan hanya merupakan isu yang dibiarkan untuk berkembang dalam keperawatan ataupun merupakan bagian dari apa yang akan dilakukan perawat. Akan tetapi keselamatan pasien merupakan perwujudan dan komitmen perawat terhadap kode etik untuk menjaga keselamatan pasien, kompeten dan etis dalam keperawatan. Keselamatan pasien juga merupakan dasar dalam melakukan asuhan keperawatan di manapun perawat itu bekerja (CNA, 2009).

ICN (2002) mengatakan bahwa keselamatan pasien merupakan hal mendasar dalam mutu pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan. Peningkatan keselamatan pasien meliputi tindakan nyata dalam rekrutmen, pelatihan dan retensi tenaga profesional, pengembangan kinerja, manajemen risiko dan lingkungan yang aman, pengendalian infeksi, penggunaan obat-obatan yang aman, peralatan dan lingkungan perawatan yang aman serta akumulasi pengetahuan ilmiah yang terintegrasi serta berfokus pada keselamatan pasien yang disertai dengan dukungan infrastruktur terhadap pengembangan yang ada. Tujuan keselamatan pasien meliputi: terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (Depkes RI, 2008; Permenkes RI, 2011).

6.1.6 Pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana.

Hasil analisis pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana ada pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah intervensi pada kelompok intervensi, namun hubungan masih lemah dan berkorelasi positif, artinya dengan adanya perencanaan kepala ruang sesuai dengan pedoman perencanaan kepala ruang yang meningkat, pelaksanaan keselamatan pasien semakin baik namun hubungan masih lemah. Walaupun ada pengaruh perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien, namun dalam penyusunan perencanaan kepala ruang masih merasakan hambatan-hambatan di antaranya kepala ruang belum memahami konsep manajemen keperawatan yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, dan pengendalian (Marquis & Huston, 2012). Selain itu juga dipengaruhi oleh faktor pendeknya waktu internalisasi untuk mensosialisasikan perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien kepada perawat pelaksana hanya 9 hari, sehingga belum optimal proses sosialisasi perencanaan kepala ruang kepada perawat pelaksana, kemudian dilakukan *post test*/pengambilan data akhir persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan keselamatan pasien. Hal ini dapat menjadi landasan bagi rumah sakit bahwa pedoman perencanaan kepala ruang diperlukan di ruang rawat dan sosialisasi fungsi perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien kepada perawat pelaksana perlu ditingkatkan.

Perubahan perilaku dapat diukur setelah 2-3 bulan seseorang setelah mendapat intervensi (Sirajuddin, 2011). Penelitian ini hanya menggunakan waktu 9 hari untuk sosialisasi kepada perawat pelaksana setelah dilakukan intervensi penyusunan perencanaan kepala ruang. Waktu 9 hari ini memang masih terlalu dini untuk dapat menerima perubahan perilaku seseorang dari tidak tahu menjadi tahu yang akhirnya akan berdampak pada perubahan perilaku dalam memberikan pelayanan keselamatan pasien, karena hanya 23% pencapaian yang didapatkan.

Untuk mencapai 75-100% diperlukan banyak faktor selain waktu yang diperlukan 2-3 bulan ada faktor lain seperti: faktor budaya keselamatan pasien, faktor manajer/pimpinan, faktor komunikasi, faktor petugas kesehatan sendiri.

Pelaksanaan fungsi perencanaan kepala ruang dalam penelitian ini terdiri dari 8 variabel yaitu: visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan (Marquis & Huston, 2012). Kepala ruang menyusun pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien. Perencanaan sebagai kunci bagian dari keperawatan yang memberikan arah, keterpaduan, dan kepercayaan (Swansburg, 1999). Bila fungsi perencanaan dilaksanakan dengan baik akan memudahkan usaha yang dilakukan dalam mencapai tujuan. Dengan perencanaan yang baik kepala ruang dan staf akan mengetahui dengan jelas tujuan organisasi.

Kelompok kontrol tidak ada pengaruh perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum dan sesudah intervensi. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor manajer/pemimpin dan budaya keselamatan. Manajer/pemimpin (kepala ruang) mempunyai kemampuan untuk mempengaruhi orang terhadap pencapaian tujuan organisasi. Kepala ruang bertanggung jawab menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dibuat dan telah disepakati bersama terkait dengan keselamatan pasien di tingkat unit pelayanan masing-masing (Naylor, 2004).

Kepala ruangan sebagai manajer di ruang rawat mempunyai peran yang sangat penting, salah satunya adalah membuat perencanaan ruangan. Kepala ruangan belum menyusun perencanaan kepala ruang dikarenakan belum mempunyai pedoman perencanaan kepala ruang. Perencanaan merupakan tahap yang sangat penting dan menjadi prioritas di antara fungsi manajemen yang lain. Tanpa perencanaan yang adekuat, proses manajemen akan mengalami kegagalan. Perencanaan merupakan pedoman untuk melaksanakan tindakan dalam mencapai tujuan, perencanaan harus fleksibel dan memungkinkan penyesuaian kembali jika terjadi sesuatu yang tidak diharapkan (Marquis & Huston, 2012).

Faktor budaya keselamatan pasien dapat mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien dikarenakan kepala ruang sebagai manajer harus menunjukkan komitmen terhadap keselamatan pasien dengan cara mengunjungi pasien secara periodik, sehingga mempengaruhi budaya keselamatan para perawat pelaksana. Budaya keselamatan merupakan nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku berkomitmen untuk mendukung manajemen dan program keselamatan pasien (WHO, 2009).

Budaya keselamatan pasien dasarnya mencerminkan sikap dan nilai pelaksana yang terkait dengan pengelolaan manajemen dan risiko keselamatan. Dimensi budaya keselamatan organisasi mencakup komitmen manajemen terhadap keselamatan, praktik kerja yang berkaitan dengan keselamatan, kepatuhan terhadap peraturan keselamatan, risiko manajemen, pelaporan kesalahan dan insiden. Budaya keselamatan telah menjadi masalah yang signifikan bagi organisasi kesehatan berusaha untuk meningkatkan keselamatan pasien (Kennedy, 2001).

Organisasi perlu mengubah budaya karyawan untuk mudah melakukan hal yang benar dan tidak melakukan kesalahan dalam perawatan pasien. *Institute of medicine* menyatakan, kesehatan organisasi perawatan harus mengembangkan budaya keselamatan sehingga proses desain organisasi dan tenaga kerja yang difokuskan pada tujuan yang jelas, peningkatan kompetensi dan proses keamanan perawatan (Kohn et al, 1999).

Hasil penelitian Parmin (2009) mengatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara fungsi manajemen perencanaan kepala ruang dengan motivasi perawat pelaksana $p = 0.032$ $\alpha = 0.05$. Penelitian Rohmawati (2006) mengatakan ada hubungan signifikan antara pelaksanaan asuhan keperawatan yang baik dengan fungsi perencanaan kepala ruang yang efektif $p = 0.001$.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari dalam melakukan penelitian dengan judul pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Haji Jakarta sebagai kelompok intervensi dan RS Islam Jakarta Cempaka Putih sebagai kelompok kontrol ini masih terdapat keterbatasan dalam penelitian yaitu:

6.2.1 Keterbatasan uji instrumen

Uji instrumen pada penelitian ini direncanakan dilakukan pada perawat di rumah sakit yang bukan digunakan sebagai penelitian, karena sesuatu hal maka uji instrumen dilakukan pada perawat di rumah sakit yang digunakan sebagai penelitian tetapi bukan perawat yang menjadi responden sebanyak 30 perawat. Setelah diuji validitas ternyata ada 13 item pernyataan yang tidak valid, maka dilakukan perbaikan dan diuji instrumen dengan perawat dikampus. Uji instrumen yang sudah diperbaiki tidak dilakukan pada perawat di rumah sakit. Namun instrumen yang sudah dilakukan pengambilan data awal masih dilakukan validitas kembali.

6.2.2 Keterbatasan sampel

Proses pengambilan data semula direncanakan hanya dilakukan di rumah sakit, sehingga peneliti dapat memantau dalam pengisian kuisioner, namun peneliti melihat aktivitas perawat pelaksana di ruangan sangat tinggi sehingga memberikan kebebasan responden untuk mengisi kuisioner penelitian di mana responden sempat mengisi kuisioner, maka ada yang di bawa pulang ke rumah. Hal ini menyebabkan kondisi responden dalam mengisi kuisioner tidak dapat dikontrol oleh peneliti sehingga saat pengisian kuisioner responden tidak sama.

6.2.3 Keterbatasan waktu sosialisasi

Sosialisasi perencanaan kepala ruang yang telah tersusun kepada perawat pelaksana pada penelitian ini hanya 9 hari kemudian dilakukan *post test*/pengambilan data akhir. Dengan pendeknya waktu internalisasi untuk mensosialisasikan perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan

pasien dari kepala ruang kepada perawat pelaksana belum optimal, sehingga mempengaruhi persepsi perawat pelaksana.

6.3 Implikasi Penelitian

Penelitian ini memiliki implikasi bagi pelayanan keperawatan, penelitian keperawatan, dan bagi pendidikan keperawatan.

6.3.1 Bagi pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana namun hubungan masih lemah dan berkorelasi positif, artinya dengan adanya perencanaan kepala ruang yang meningkat pelaksanaan keselamatan pasien semakin baik namun hubungan masih lemah. Masih lemahnya pelaksanaan keselamatan pasien ditunjukkan oleh kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien belum pernah disusun oleh kepala ruang. Hal ini memberikan implikasi bagi pelayanan keperawatan bahwa pelaksanaan keselamatan pasien akan mencapai hubungan yang sangat kuat/semurna jika perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien disusun dengan baik sesuai dengan pedoman perencanaan kepala ruang dan disosialisasikan kepada perawat pelaksana dengan optimal.

Kepala ruang sebagai manajer di ruang rawat harus mempunyai perencanaan kepala ruang terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien. Perencanaan kepala ruang sebagai pedoman untuk melaksanakan tindakan dalam mencapai tujuan, perencanaan harus fleksibel dan memungkinkan penyesuaian kembali jika terjadi sesuatu yang tidak diharapkan (Marquis & Huston, 2012).

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. Peningkatan pelaksanaan keselamatan pasien masih belum mencapai hubungan yang sangat kuat/semurna,

namun hal ini sudah menunjukkan adanya hasil yang positif dari perencanaan kepala ruang yang disusun. Jika perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien yang telah tersusun tidak digunakan sebagai pedoman dan tidak disosialisasikan dengan baik, maka dapat mempengaruhi hasil yang dicapai pada saat penelitian dan pelaksanaan keselamatan pasien lambat laun akan menurun.

Kepala ruang harus mempunyai kompetensi dalam menyusun perencanaan kepala ruang, sehingga pelayanan kesehatan terutama pelayanan keperawatan memerlukan perubahan dan peningkatan profesionalisme perawat dalam melaksanakan program keselamatan pasien. Dengan demikian kepala ruang menjadi *role model* dalam menerapkan perencanaan kepala ruang sesuai dengan pedoman perencanaan kepala ruang.

Penelitian ini mendapat dukungan yang sangat baik dari berbagai pihak di antaranya: bidang keperawatan, komite keperawatan, bagian diklat, dan panitia keselamatan rumah sakit. Hasil positif yang dicapai dalam penelitian ini meningkatkan motivasi dan inovasi kepala ruang untuk meningkatkan dalam penyusunan perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien yang akan menjadi pedoman dalam melaksanakan program keselamatan pasien oleh perawat pelaksana.

6.3.2 Bagi penelitian keperawatan

Penelitian tentang penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien belum pernah dilakukan sebelumnya. Hasil penelitian yang positif menunjukkan adanya pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana namun hubungan masih lemah, oleh karena itu terbuka peluang untuk pengembangan berkelanjutan terhadap penelitian tentang konsep dan penerapan perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien, dengan eksplorasi pedoman perencanaan kepala ruang yang lebih lengkap dengan menambahkan konsep manajemen keperawatan. Dengan

demikian kepala ruang akan lebih memahami dalam penyusunan pedoman perencanaan kepala ruang.

Pedoman merupakan kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan, dengan demikian dapat diartikan bahwa pedoman mengatur beberapa hal (KARS, 2012). Pedoman perencanaan merupakan suatu kebijakan atau prosedur yang dimiliki oleh seorang kepala ruangan untuk menyusun perencanaan kegiatan yang sistematis di suatu unit kerja berdasarkan visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan dari rumah sakit/bidang keperawatan untuk mencapai tujuan organisasi.

6.3.3 Bagi pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. Perencanaan kepala ruang masuk dalam program manajemen keperawatan yang sudah ada dalam kurikulum pendidikan keperawatan, dan keselamatan pasien juga sudah ada dalam kurikulum pendidikan keperawatan. Mahasiswa yang akan melaksanakan praktik klinik ke rumah sakit telah mendapat mata ajar manajemen keperawatan khususnya fungsi perencanaan dan mata ajar keselamatan pasien. sehingga mahasiswa yang akan melaksanakan praktik klinik sudah memahami konsep manajemen keperawatan khususnya fungsi perencanaan dan konsep keselamatan pasien.

Rumah sakit sebagai lahan praktik klinik juga sebagai lahan pembelajaran bagi mahasiswa. Sebagai tempat praktik klinik mahasiswa tentunya rumah sakit sudah mempersiapkan kemampuan/kompetensi dalam hal perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien. Apabila hal ini tidak diperhatikan dengan baik, maka perawat yang bekerja akan memberikan contoh yang kurang baik bagi mahasiswa yang melakukan praktik klinik, sehingga perawat tidak dapat menjadi *role model* yang baik bagi mahasiwa.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Penelitian pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Haji Jakarta sebagai kelompok intervensi dan RS Islam Jakarta Cempaka Putih sebagai kelompok kontrol, yang dilaksanakan pada 18 April-15 Mei 2012 menghasilkan simpulan sebagai berikut:

7.1.1 Karakteristik perawat pada penelitian ini rata-rata berumur produktif, dengan rata-rata lama kerja di atas 9 tahun, sebagian besar berjenis kelamin perempuan, berpendidikan D3 Keperawatan. Kelompok intervensi sebagian besar telah mendapat pelatihan keselamatan pasien, tetapi pada kelompok kontrol sebagian besar belum mendapat pelatihan keselamatan pasien.

7.1.2 Gambaran perencanaan kepala ruang baik pada kelompok intervensi dan kontrol terjadi peningkatan pada sebelum intervensi dan sesudah intervensi. Pelaksanaan keselamatan pasien pada kelompok intervensi terjadi peningkatan dari sebelum intervensi dan sesudah intervensi namun pada kelompok kontrol terjadi penurunan dari sebelum intervensi dan sesudah intervensi. Peningkatan nilai kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

7.1.3 Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik perawat dengan perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada kelompok intervensi dan kontrol.

7.1.4 Ada perbedaan yang bermakna perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang dan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana terhadap sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi. Sebaliknya pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang bermakna perencanaan kepala ruang dan

pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

7.1.5 Terdapat perbedaan yang bermakna pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah dilakukan intervensi antara kelompok intervensi terhadap kelompok kontrol.

7.1.6 Ada pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi namun hubungan masih lemah dan berkorelasi positif. Sebaliknya pada kelompok kontrol tidak ada pengaruh.

7.2 Saran

Saran yang diberikan sesuai dengan hasil penelitian adalah sebagai berikut:

7.2.1 Bagi manajemen rumah sakit

7.2.1.1 Rumah sakit sebagai institusi pemberi pelayanan kesehatan harus dapat menjamin pelayanan kesehatan yang diberikan secara aman baik pada pasien maupun petugas kesehatan. Peningkatan pelaksanaan keselamatan masih belum mencapai hubungan yang kuat/sempurna, untuk itu perlu dilakukan pelatihan perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan secara berkelanjutan dan disosialisasikan kepada perawat pelaksana secara optimal.

7.2.1.2 Mengembangkan dan meningkatkan pelaksanaan program keselamatan pasien yang memacu terwujudnya budaya kerja berorientasi pada keselamatan pasien dengan melakukan program pelatihan yang berkesinambungan.

7.2.2 Bagi manajemen keperawatan

7.2.2.1 Bidang keperawatan bersama-sama komite keperawatan terus dapat mengembangkan perencanaan kepala ruang melalui diskusi yang melibatkan kepala ruang secara interdisipliner dan berkesinambungan dengan menggunakan sumber-sumber ilmiah untuk mendapatkan suatu pedoman perencanaan kepala ruang yang dapat digunakan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan di ruangan, dikaitkan dengan visi, misi yang telah disusun.

7.2.2.2 Mengembangkan program pelatihan keselamatan pasien secara berkelanjutan untuk meningkatkan kompetensi kepada seluruh perawat di rumah sakit baik secara *physical, skill, intelektual skill, social skill*, dan *managerial skill*.

7.2.2.3 Melakukan evaluasi dalam bentuk audit mutu pelayanan keperawatan terhadap perencanaan kepala ruang (perencanaan harian, mingguan, bulanan, dan tahunan) dan penerapan program keselamatan pasien yang dilakukan dalam setahun. Evaluasi tersebut dikaitkan dengan visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan.

7.2.3 Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian yang positif menunjukkan adanya pengaruh perencanaan kepala ruang dengan menggunakan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana namun hubungan masih lemah, hal ini perlu adanya perbaikan dan inovasi untuk penelitian selanjutnya dengan memperhatikan faktor-faktor lain yang dapat meningkatkan hasil penelitian ini menjadi hubungan yang kuat/sempurna. Selain itu perlu memperhatikan terhadap validitas uji instrumen dilakukan pada responden yang mempunyai kriteria yang sama dari sebelum dilakukan validitas dan sesudah validitas. Selain itu memperhatikan waktu sosialisasi hasil perencanaan yang telah disusun kepada perawat pelaksana dengan pengambilan data akhir sehingga proses sosialisasi ke perawat pelaksana lebih optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heritage Dictionary. (2003). *The American heritage dictionary of the English language*, 4th ed. USA: Houghton Mifflin Company. Diunduh 02 Maret 2012 melalui www.thefreedictionary.com
- Amira, B.S.A. (2008). *Pengaruh pelatihan manajemen konflik pada kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Arikunto, S. (2010). *Manajemen penelitian*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Arista, E.R. (2010). *Hubungan antara karakteristik dan pelatihan dengan kesadaran tentang keselamatan pasien (patient safety) pada dokter dan perawat (tient safety) pada dokter dan perawat* (Tesis: tidak dipublikasikan). Universitas Brawijaya Malang. Diunduh 29 Januari 2012 dari [http://alumni.unair.ac.id/kumpulan file/ 3947836167.dbs.pdf](http://alumni.unair.ac.id/kumpulan%20file/3947836167.dbs.pdf).
- Ariyani. (2009). *Analisis pengetahuan dan motivasi perawat yang mempengaruhi sikap mendukung penerapan program patient safety di instalasi perawatan intensif RSUD DR Moewardi Surakarta*. (Tesis: tidak dipublikasikan). Universitas Diponegoro Semarang. Diunduh 29 Januari 2012 dari <http://eprints.undip.ac.id/16529/1/ariyani.pdf>.
- Bagian SDM. (2012). *Profil RS Haji Jakarta*. Jakarta: RS Haji Jakarta.
- Bennett & Brachman's. (2007). *Hospital infections*. 5th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, & generation of evidence*. 6th ed. St. Louis: Saunders.
- Cahyono, S.B. (2008). *Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktik kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius
- Canadian Nurse Association (CNA). (2004). *Nurses and patientsaf ety: Discussion paper*. Canadian Nurse Association and university of Toronto Faculty of Nursing. Februari 20, 2012. <http://www.cna-nurses.ca/CNA/practice/>
- Canadian Nurse Association (CNA). (2009). *Position statement patient safety*. http://www.cna-aicc.ca/cna/pdf/publications/Patient_Safety_e.pdf
- Chase, L. K. ((2010). *Nurse manager competencies*. Thesis the University of IOWA. Diakses pada 11 Maret 2012 melalui www.proquest.com.

- Cherry, Barbara & Jacob, S. R. (2011). *Contemporary nursing: Issues, trends & management*. 5th Ed. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Civil Aviation Authority. (2006). *Crew resource management (CRM) training, guidance for flight crew, CRM instructors (CRMIs) and CRM instructor examiners (CRMIEs)*. CAP 737. Version 2. Gatwick: Civil Aviation Authority. Diakses pada 12 Maret 2012 melalui www.caa.co.uk
- Colins English Dictionary. (2003). *Colins english dictionary complete and unabridged*. England: HarperCollins Publisher. Diunduh 02 Maret 2012 melalui www.thefreedictionary.com
- Craven, R.F & Hirnle, C.J. (2000). *Fundamental of nursing: Human health & function* third edition. Philadelphia: Lippincott.
- Davies, J.M., Hebert, P., & Holffman, C. (2003). *The Canadian patient safety dictionary*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Dennison, R. D. (2007). A medication safety education program to reduce the risk of harm caused bay medication errors. *The journal of continuing education in nursing*. July/Agust 2007. Vol. 38. No.4. Diakses pada 11 Maret 2012 melalui www.proquest.com.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (patient safety)*. Utamakan keselamatan pasien edisi 2. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI (2006). *Pedoman pengembangan jenjang karir profesional perawat*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Dirjen Bina Pelayanan Medik.
- Department of Veterans Affairs (DOVA). (2012). *Fall prevention and management*. Washington DC: NCPS.
- Dewi, G.K. (2010). *Hubungan antara pengetahuan dengan sikap patient safety perawat instalasi rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto 2010*. Tesis FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Dewit, S.C. (2009). *Fundamental concepts and skills for nursing*. 3rd ed. St. Louis: Saunders.
- Disease Management Association of America (DMAA). (2005). *Defining patient safety*. America: Lionheart Publishing. Diakses pada 02 Maret 2012 melalui www.psqh.com.
- Elrifda, S. (2011). Budaya patient safety dan karakteristik kesalahan pelayanan: Implikasi kebijakan di salah satu rumah sakit do kota Jambi. *Kesmas*. Jurnal kesehatan masyarakat Nasional Vo.6. No. 2, Oktober 2011.

- Encinosa, W. E., & Helinger, F. S. (2005). *What happen after a patient safety event: Medical expenditures and outcomes in indicators*. Diakses pada 02 Maret 2012 melalui [www. AQRH. Safety](http://www.AQRH.Safety).
- Frush, K. S., Alton, M., & Frush, D. (2006). Development and implementation of hospital-based patient safety program. *Pediatr Radiol*. 36: 241-298. DOI 10.1007/s 00247-006-0120-7. Diakses pada 11 Maret 2012 melalui www.proquest.com.
- Gillies, D.A. (1996). *Nursing management: A system approach*. 3rd ed. Philadelphia: WB. Saunders Company.
- Hamid, A.Y.S. (2010). *Buku ajar riset keperawatan: Konsep, etika, dan instrumentasi*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Hardjana, A.M. (2001). *Training sdm yang efektif*. Yogyakarta: Kanisius
- Hasibuan, H.M. (2003). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: PT. Bumi Askara.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hastono, S.P., Sabri, L. (2010). *Statistik kesehatan*. Jakarta: PT. RajawaliGrafindo Persada.
- Haynes, A. Et al. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 360, 491-495. Diakses pada 12 Maret 2012 melalui www.who.int/patientsafety.
- Henriksen, K., Dayton, E., Keyes, M.A., Carayon, P & Hughes, R. (2008). *Understanding adverse event a human framework: Patient safety and quality: An evidence based handbook for nurses*. Volume 1 7 July 2010. www.proquest.com/pqdauto
- Huber. D L. (2010). *Leadership & nursing care management*. 4th Ed. Missouri: Saunders.
- International Council of Nurse (ICN). (2002). *Position statement patient safety*. Geneva: <http://www.icn.ch>.
- IJHCQ. (2011). Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. *International Journal of Health care Quality Assurance*. Vol. 24 Issue 4 pp 274-283. Diakses 11 Maret 2012 melalui www.ijhcq.com.
- Ilyas,Y. (2004). *Perencanaan SDM Rumah Sakit: Teori, metoda, formula*. Jakarta: Pusat kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.

- JCI. (2010). *Joint commission international accreditation standards for hospitals*. 4th Ed. USA: JCI
- Juslida. (2001). *Pengaruh pelatihan: Manajemen metode penugasan terhadap pengetahuan dan sikap ketua tim dalam penerapan metode tim di ruang penyakit dalam dan bedah RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Kaswan. (2011). *Pelatihan & pengembangan untuk meningkatkan kinerja sdm*. Bandung: Alfabeta.
- Kennedy, I. (2001). *Learning from bristol*. Cmnd5207. Dept of Health, London: HMSO. Diakses pada 12 Maret 2012 melalui www.who.int/patientsafety.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (1999). Institute of medicine committee on quality of health care in America. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press. Diunduh 12 Maret 2012 melalui www.nlm.nih.gov.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press. Diunduh 02 Maret 2012 melalui www.nlm.nih.gov.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2012). *Panduan penyusunan dokumen akreditasi*. Jakarta: KARS
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). (2008). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP)*. Jakarta: KKPRS
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). (2012). *Laporan insiden keselamatan pasien (IKP)*. Jakarta: KKPRS
- Kozier & Erb. (2012). *Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice*. 9th ed. Canada: Pearson
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *BMJ Journals Qual Saf Health care*. Vol. 13:185-190. Diakses pada 12 Maret 2012 melalui www.qualitysafety.bmj.com.
- Leos, N.S. (2008). Oncology care setting design and planning part I: Concepts for the oncology nurse that improve patient safety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol. 12, number 2.
- Lumenta, N.A. (2008). *State of the art patient safety*. Disampaikan pada workshop keselamatan pasien dan manajemen risiko klinis di RSAB Harapan Kita pada 1-3 April 2008. Jakarta: Tidak dipublikasikan.

- Manajer Rawat Inap. (2012). *Profil RS Islam Jakarta Cempaka Putih*. Jakarta: RSIJCP.
- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2012). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- McEachen, I., & Keogh, J. (2007). *Nurse management demystified*. USA: The mcGraw Hill Companies.
- McNamara, S.A. (2011). The future of nursing and patient safety: The nurse's role. *AORN Journal*. May 2011. Vol. 93. No.5. www.aornjournal.org.
- Medical News Today (MNT). (2009). Nurses play key role in improving quality of patient care. *Medical News Today*. 07 Jan 2009 - 4:00 PDT. Diakses pada 17 Maret 2012 melalui <http://www.medicalnewstoday.com/releases/134633.php>
- Menteri Kesehatan RI. (2011). *Peraturan menteri kesehatan nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit*. Diunduh 20 Januari 2012 dari <http://hukor.depkesri.go.id>.
- Motacki, K., & Burke, Kathleen. (2011). *Nursing delegation and management of patient care*. St. Louis: Mosby.
- National Patient Safety Foundation (NPSF). (2012). *Be aware for safe care*. Boston: NPSF. Diakses pada 12 Maret 2012 melalui www.npsf.org.
- Naylor, J. (2004). *Management*, 2nd ed. New York: Prentice Hall. Diakses pada 12 Maret 2012 melalui www.whi.int/patientsafety.
- Nazam, D.M. (2009). Nurses' role in communication and patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*. Vol. 24. No. 3. Pp. 184-188. Diakses pada 17 Maret 2012.
- Nilasari. (2010). *Pengaruh pelatihan tentang patient safety terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat klinik pada penerapan patient safety di IRNA C RSUP Fatmawati*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Parmin. (2009). *Hubungan pelaksanaan fungsi manajemen kepala ruang dengan motivasi perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUP Undata Palu*. Tesis: FIK UI. Tidak dipublikasikan.

- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2010). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Fundamental of nursing*. 7th ed. (Adrina Ferderika: Penerjemah). Jakarta: Salemba Medika.
- Prasetyo, B., & Jannah, L.M. (2010). *Metode penelitian kuantitatif: Teori dan aplikasi*. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.
- Purbadi & Sofiana. (2006). *Analisis faktor lingkungan dan individu yang berpengaruh terhadap peningkatan kinerja perawat (studi kasus instalasi rawat inap RS Anisa Cikarang)*. ITB Central Library.
- Quinones, M.A., Ford, J.K & Teachout, M.S. (2006). The relationship with job experience and job performance: A conceptual and meta-analytic reviews. *Personel Psychology*. 4 (48), 887-910. Februari 20, 2012. <http://www.mendeley.com/>
- Ramsey, G. (2005). *Nurses, medical errors, and culture of blame*. Proquest helath management. 2 (25), 25-27. Februari 20, 2012. <http://proquest.umi.com/pqdweb/>.
- Rivai, V. & Sagala, E.J. (2009). *Manajemen sumber daya manusia untuk perusahaan: dari teori ke praktik*. Edisi ke 2. Jakarta: Rajawali Pers.
- Road, B., Hill, M., & Dunedin. (1996). Cultural safety in nursing: The new zealand experience. *Oxford Journal Medicine International. Journal for Quality in Health Care*. Volume 8, Issue5 Pp.491-497. Diakses pada 07 Maret 2012 melalui intqhc.oxfordjournals.org
- Robbins, S.P. (2003). *Organizational behaviour*, 10th ed. New Jersey: Pearson Education International.
- Robbins, S.P (2001). *Organizational behaviour: Concepts, controversies, and applications*. 9th ed. New Jersey: Prentice Hall International.
- Robbins, S.P. & Judge, T.A. (2008). *Perilaku organisasi*. Versi bahasa indonesia edisi keduabelas. (Angelica, Penerjemah). Jakarta: Salemba Empat.
- Rohmawati, T. (2006). *Hubungan fungsi manajemen kepala ruangan menurut persepsi perawat pelaksana dan karakteristik individu dengan pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Sumedang*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Runy, L.A. (2008). *The nurse and patient safety*. American Hospital Association Information Company. Hospital & health Network. Diakses pada 17 Maret 2012.

- Saljan, M. (2005). *Pengaruh pelatihan supervisi terhadap peningkatan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit islam pondok kopi jakarta timur*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi 4. Jakarta: Sagung Seto.
- Sirajuddin. (2011). *Mengapa ragu pendekatan positif deviance*. <http://www.humannutrition.net>. Di unggah 11 Juli 2012.
- Sitorus, R., Panjaitan, R. (2011). *Manajemen keperawatan: Manajemen keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: Sagung Seto.
- Soeroso, S. (2003). *Manajemen sumber daya manusia: Suatu pendekatan sistem*. Jakarta: EGC
- Sulistiyani & Rosidah. (2003). *Manajemen sumber daya manusia: Konsep, teori dan pengembangan dalam konteks organisasi publik*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Swansburg, R.C. (1999). *Introductory management & leadership for nurses*. 2nd Ed. Boston; James & Barlet Publisher.
- Tomey, A. M. (2009). *Guide to nursing management and leadership*. 8th ed. St. Louis: Mosby.
- WHO. (2007). *Report on the results of the web-based modified delphi survey of the international classification for patient safety overview*. Diakses pada 11 Maret 2012 melalui www.proquest.com.
- WHO (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Di unduh 12 Februari 2012 dari http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_technical_annex2.pdf.
- WHO (2009). *Human factors in patient safety review of topics and tools: report for methods and measures working group of WHO patient safety*. WHO/IER/PSP/2009.05. Diakses pada 12 Maret 2012 melalui www.who.int/patientsafety
- Woolever, D. R. (2005). *The impact of a patient safety program on medical error reporting*. Diakses pada 02 Maret 2012 melalui [www. AQRH. Safety](http://www.AQRH.Safety).
- Yulia, R. (2010). *Pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu Depok*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.



LAMPIRAN



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

Nomor : ~~1299~~ /H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

22 Maret 2012

Lampiran 1

Yth. Direktur
RS Haji Jakarta
JI Raya Pondok Gede
Jakarta Timur

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. Purwanto
NPM 1006748803

akan mengadakan penelitian dengan judul: "**Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS Haji Jakarta.

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 Haji Jakarta
3. Ka.Bid. Keperawatan RS Haji Jakarta
4. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Pertinggal



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

Nomor : 1298/H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

22 Maret 2012

Lampiran 2

Yth. Direktur
RS Islam Cempaka Putih
Jl . Cempaka Putih Tengah I/1
Jakarta Pusat

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

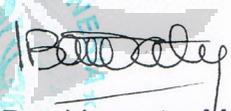
Sdr. Purwanto
NPM 1006748803

akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS Islam Cempaka Putih Jakarta.

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 Islam Cempaka Putih Jakarta
3. Manajer Keperawatan RS Islam Cempaka Putih Jakarta
4. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Peringgal



Nomor : 076 / RSHJ / DIKLAT / III / 2012
Lampiran : -
Perihal : **Jawaban Riset**

Jakarta 31 Maret 2012

Lampiran 3

Kepada Yth
Dekan FIK Universitas Indonesia
Dewi Irawaty, MA, PhD
Di tempat

Dengan hormat,

Menindakjuti surat Nomor : 284/H2.F12.D/PDP.04.02/2012 perihal Surat Permohonan Ijin Pengambilan Data/Riset, kami mengucapkan terima kasih atas kepercayaannya memilih Rumah Sakit Haji Jakarta sebagai Riset bagi Mahasiswa.

Sehubungan dengan pelaksanaan kegiatan tersebut kami dapat menerima mahasiswa S2 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan a. n **Purwanto** untuk melaksanakan kegiatan Pengambilan Data / Riset di Rumah Sakit Haji Jakarta.

Sesuai SK Direktur Rumah Sakit Haji Jakarta Nomor : 003/RSHJ/DIR/SK/II/2008 tentang tarif pelaksanaan Prakesmas, penelitian, residensi, disertai dan studi banding di RS Haji Jakarta maka terdapat Institusional Fee untuk kegiatan tersebut sebesar Rp 150.000,-

Untuk informasi dan keterangan pelaksanaan kegiatan tersebut dapat menghubungi Instalasi Diklat No. telp 021- 8000693/5 ext 5039 an. Ns.Kusnanto, S.Kep

Demikian surat pemberitahuan ini, atas perhatian serta kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Pjs. Koordinator Instalasi Diklat
Rumah Sakit Haji Jakarta



Ns. Kusnanto, S.Kep



RUMAH SAKIT ISLAM JAKARTA (RSIJ) CEMPAKA PUTIH

Jalan Cempaka Putih Tengah I/1, Jakarta 10510

Telepon (021) 4250451, 42801567 (*hunting*)

Faksimile (021) 4206681

Website : www.rsi.co.id, E-mail : rsijpusat@rsi.co.id



Akreditasi Depkes RI 16 pelayanan

Ihsan Dalam Pelayanan

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

27 Jumadil Awwal 1433 H.

19 April

2012 M.

Nomor : 378/XIII/04/2012

Hal : Izin Penggunaan Data & Penelitian Tesis

Lampiran 4

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

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Saudara No. 1298/H2.F12.D/PDP.04.00/2012, tertanggal 22 Maret 2012, tentang permohonan izin penggunaan data dan penelitian di RS. Islam Jakarta Cempaka Putih (RSIJCP) untuk penyusunan tesis bagi mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia :

nama : PURWANTO

NPM : 1006748803

judul penelitian : "Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien"

dengan ini kami sampaikan bahwa prinsipnya kami dapat membantu pelaksanaan kegiatan dimaksud.

Teknik pelaksanaan dan penjelasan lebih lanjut agar menghubungi Bagian Pengembangan Organisasi RSIJCP. Telepon 4244208, pesawat. 429.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami mengucapkan terima kasih.

Hormat kami.

dr. Prastowo Sidi Pramono, Sp.A.
Direktur Utama

Tembusan:

1. GM. Pelayanan Keperawatan RSIJCP
2. Ka. Unit Pengembangan Organisasi RSIJCP



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 5

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 Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di RS. Haji Jakarta.

Nama peneliti utama : Purwanto

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 9 April 2012

Ketua,

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

Tabel 4.3 Jadwal kegiatan penelitian dalam minggu dari Februari-Juli 2012

No	Kegiatan	Peb	Maret				April				Mei				Juni				Juli			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	
1	Penyusunan proposal																					
2	Seminar proposal																					
3	Uji etik																					
4	Uji kuisisioner																					
5	Pelaksanaan penelitian																					
6	Analisis data																					
7	Penulisan laporan																					
8	Seminar hasil penelitian																					
9	Perbaikan																					
10	Persiapan Sidang																					
11	Sidang tesis																					
12	Perbaikan tesis																					
13	Jilid hard cover																					
14	Pengumpulan laporan tesis																					

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada
Yth: Sejawat Perawat
Di Ruang Rawat Inap RS Haji Jakarta

Saya Purwanto, NPM 1006748803 dengan alamat di Jl. Margonda Raya, Gg. Lengkeng Depok, Hp. 081932437393 merupakan mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i menjadi responden penelitian saya dengan judul “Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RS Haji Jakarta”.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk mengidentifikasi pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Haji Jakarta 2012, sehingga mampu memberikan masukan tentang pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien dalam upaya menjamin mutu pelayanan keperawatan di RS Haji Jakarta. Oleh karena itu diharapkan informasi yang mendalam dari pengalaman Bapak/Ibu/Saudara/i. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan oleh Bapak/Ibu/Saudara/i akan dijaga dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian.

Saya sangat menghargai kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i menjadi responden dalam penelitian ini. Untuk itu saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan mengisi lembar kuisisioner dengan petunjuk pengisian yang telah saya buat. Atas perhatian, kerjasama, dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Depok, April 2012
Peneliti,

Purwanto

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada
Yth: Sejawat Perawat
Di Ruang Rawat Inap RS Islam Cempaka Putih Jakarta

Saya Purwanto, NPM 1006748803 dengan alamat di Jl. Margonda Raya, Gg. Lengkeng Depok, nomor Hp. 081932437393 merupakan mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i menjadi responden penelitian saya dengan judul “Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana”.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk mengidentifikasi pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana, sehingga mampu memberikan masukan tentang pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien dalam upaya menjamin mutu pelayanan keperawatan di RS. Oleh karena itu diharapkan informasi yang mendalam dari pengalaman Bapak/Ibu/Saudara/i. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan oleh Bapak/Ibu/Saudara/i akan dijaga dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian.

Saya sangat menghargai kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i menjadi responden dalam penelitian ini. Untuk itu saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan mengisi lembar kuisisioner dengan petunjuk pengisian yang telah saya buat. Atas perhatian, kerjasama, dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Depok, April 2012
Peneliti,

Purwanto

SURAT PERNYATAAN
PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN
(*INFORMED CONSENT*)

Setelah membaca dan memahami surat saudara Purwanto, NPM 1006748803, mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, serta mendapat penjelasan maksud dan tujuan penelitiannya, maka saya bersedia menjadi responden penelitian dengan judul “ Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Haji Jakarta”.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani dengan suka rela tanpa ada paksaan dari siapapun.

Jakarta, April 2012

Tandatangan Peneliti

Tandatangan Responden

Purwanto

(.....)

Responden

SURAT PERNYATAAN
PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN
(*INFORMED CONSENT*)

Setelah membaca dan memahami surat saudara Purwanto, NPM 1006748803, mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, serta mendapat penjelasan maksud dan tujuan penelitiannya, maka saya bersedia menjadi responden penelitian dengan judul “ Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih”.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani dengan suka rela tanpa ada paksaan dari siapapun.

Tandatangan Peneliti

Purwanto

Jakarta, April 2012
Tandatangan Responden

(.....)
Responden

KUISIONER A
IDENTITAS RESPONDEN

Lampiran 11

Kode

Petunjuk Pengisian:

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memberi tanda (V) pada salah satu pilihan jawaban yang menurut saudara benar dan menuliskan jawaban singkat pada tempat yang disediakan.

1. Usia :tahun
2. Nama Ruangan :
3. Jenis Kelamin :

<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan
------------------------------------	------------------------------------
4. Pendidikan formal keperawatan yang saudara capai:

<input type="checkbox"/> D III Keperawatan	<input type="checkbox"/> S1 Keperawatan
--	---
5. Masa kerja di RS Haji Jakarta:tahun
6. Masa kerja di ruang saat ini :tahun
7. Pelatihan/*inhouse training* tentang :
 - a. Keselamatan pasien (*patient safety*):

<input type="checkbox"/> Pernah	<input type="checkbox"/> Tidak pernah
---------------------------------	---------------------------------------
 - b. Sasaran keselamatan pasien (*patient safety*)

<input type="checkbox"/> Pernah	<input type="checkbox"/> Tidak pernah
---------------------------------	---------------------------------------

Jakarta,April 2012

(.....)
Responden

KUISSIONER A
IDENTITAS RESPONDEN

Kode

Petunjuk Pengisian:

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memberi tanda (V) pada salah satu pilihan jawaban yang menurut saudara benar dan menuliskan jawaban singkat pada tempat yang disediakan.

1. Usia :tahun
2. Nama Ruangan :
3. Jenis Kelamin :
 Laki-laki Perempuan
4. Pendidikan formal keperawatan yang saudara capai:
 D III Keperawatan S1 Keperawatan
5. Masa kerja di RSI Cempaka Putih Jakarta :tahun
6. Masa kerja di ruang saat ini :tahun
7. Pelatihan/*inhouse training* tentang :
 - a. Keselamatan pasien (*patient safety*):
 Pernah Tidak pernah
 - b. Sasaran keselamatan pasien (*patient safety*)
 Pernah Tidak pernah

Jakarta,April 2012

(.....)
Responden

KUISIONER B
PELAKSANAAN KESELAMATAN PASIEN

I. Petunjuk:

- A. Bacalah dengan cermat setiap item pernyataan.
- B. Berilah tanda check (V) pada jawaban yang tersedia sesuai jawaban yang saudara pilih sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dengan alternatif jawaban sebagai berikut:
4. SL (Selalu), apabila pernyataan tersebut selalu dilakukan (tidak pernah **tidak** dilakukan).
 3. Sr (Sering), apabila pernyataan tersebut sering dilakukan (lebih banyak melakukan dibandingkan dengan tidak melakukan).
 2. Jr (Jarang), apabila pernyataan tersebut jarang dilakukan (lebih banyak tidak melakukan dibandingkan dengan melakukan)
 1. TP (Tidak Pernah), apabila pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan sama sekali.
- C. Jawaban saudara akan kami jaga dan kami jamin kerahasiaannya dan tidak mempengaruhi karier dan penilaian kerja saudara.

II. Sebaran Pernyataan

No	Pernyataan	Jawaban			
		TP	Jr	Sr	SL
1	Pasien yang dirawat di RS diidentifikasi dengan menggunakan dua identitas (nama pasien dan nomor rekam medis pasien) pada gelang tangan pasien.				
2	Pasien yang dirawat di RS diidentifikasi dengan menggunakan tiga identitas (nama pasien, tanggal lahir pasien, dan nomor rekam medis pasien) pada gelang tangan pasien.				
3	Saya melakukan identifikasi pasien sebelum pemberian obat cukup sekali saja				
4	Saya melakukan identifikasi pasien sebelum pemberian produk darah				
5	Saya melakukan identifikasi pasien sebelum mengambil spesimen lain untuk pemeriksaan klinis pasien				
6	Saya menulis secara lengkap informasi/instruksi yang diterima melalui telepon pada dokumen pasien				
7	Saya membacakan /mengkonfirmasi kembali informasi yang saya terima melalui telepon				
8	Saya memberikan laporan seperlunya saja saat serah terima pada <i>shift</i> berikutnya				
9	Saya memperkenalkan diri saat berinteraksi dengan pasien				
10	Saya cukup melihat pasien pada saat serah terima pergantian <i>shift</i>				
11	Saya mudah mendapatkan obat-obat yang perlu diwaspadai (kalium klorida 2meq, kalium fosfat, natrium klorida 0,9%, magnesium sulfat 50%)				
12	Saya memberi label secara benar pada obat-obat seperti: kalium klorida 2meq, kalium fosfat, natrium klorida 0,9%, magnesium sulfat 50%				

No	Pernyataan	Jawaban			
		TP	Jr	Sr	SL
13	Saya meletakkan obat-obat seperti: kalium klorida 2meq, kalium fosfat, natrium klorida 0,9%, magnesium sulfat 50% ada dimeja kerja walaupun sudah tidak digunakan				
14	Saya sebelum melakukan tindakan pengobatan memperhatikan tekhnik 6 benar (1. Benar obat, 2. Benar dosis, 3. Benar pasien, 4. Benar rute, 5. Benar waktu, 6. Benar dokumen)				
15	Saya sebelum melakukan tindakan pengobatan memperhatikan tekhnik 10 benar (1. Benar obat, 2. Benar dosis, 3. Benar pasien, 4. Benar rute, 5. Benar waktu, 6. Benar dokumen, 7. Benar informasi, 8. Benar pengkajian, 9. Benar pasien menolak pengobatan, 10. Benar evaluasi)				
16	Pasien yang akan dilakukan tindakan operasi diidentifikasi sebelum di bawa ke kamar operasi				
17	Pasien yang akan dilakukan tindakan operasi dilakukan pengkajian fisik saja				
18	Penandaan lokasi operasi pasien melibatkan pasien				
19	Saya melakukan komunikasi dengan anggota tim bedah jika menyerahkan pasien ke kamar bedah				
20	Penyerahan pasien yang akan dibawa ke kamar operasi menggunakan <i>check list</i>				
21	Saya mencuci tangan sebelum melakukan tindakan pada pasien				
22	Saya mencuci tangan sesudah melakukan tindakan pada pasien				
23	Saya mencuci tangan pada air yang tidak mengalir				
24	Saya menggunakan alat proteksi diri (APD) jika dilihat kepala ruang				
25	Saya menggunakan alat proteksi diri (APD) setiap melakukan tindakan pada pasien				
26	Saya melakukan pengkajian awal pada pasien yang berisiko jatuh				
27	Saya melakukan observasi pada pasien yang berisiko jatuh pada saat aplusan saja				
28	Saya melibatkan keluarga dalam perawatan pada pasien yang berisiko jatuh				
29	Pasien yang berisiko jatuh diberikan label pada tempat tidur pasien				
30	Pasien yang berisiko jatuh dibiarkan sendiri pergi ke kamar mandi pasien				
31	Pasien yang berisiko jatuh di tempatkan pada tempat tidur yang tidak berpagar				

KUISSIONER C
PERENCANAAN KEPALA RUANG

I. Petunjuk:

- A. Bacalah dengan cermat setiap item pernyataan.
- B. Berilah tanda check (V) pada jawaban yang tersedia sesuai jawaban yang saudara pilih sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dengan alternatif jawaban sebagai berikut:
 4. SS = Sangat Setuju
 3. S = Setuju
 2. TS = Tidak setuju
 1. STS = Sangat Tidak Setuju.
- C. Jawaban saudara akan kami jaga dan kami jamin kerahasiaannya dan tidak mempengaruhi karier dan penilaian kerja saudara.

II. Sebaran Pernyataan

No	Pernyataan	Jawaban			
		STS	TS	S	SS
1	Kepala ruang membuat visi sasaran keselamatan pasien untuk di ruang rawatnya				
2	Kepala ruang mensosialisasikan visi yang telah dibuat kepada perawat di ruangan				
3	Kepala ruang melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun visi tentang sasaran keselamatan pasien untuk di ruangannya				
4	Kepala ruang membuat misi sasaran keselamatan pasien untuk di ruangannya				
5	Kepala ruang mensosialisasikan misi yang telah dibuat kepada perawat di ruangan				
6	Kepala ruang melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun misi tentang sasaran keselamatan pasien untuk di ruangannya				
7	Kepala ruang membuat filosofi sasaran keselamatan pasien untuk di ruangannya				
8	Kepala ruang mensosialisasikan filosofi yang telah dibuat kepada perawat di ruangan				
9	Kepala ruang melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun filosofi tentang sasaran keselamatan pasien untuk di ruangannya				
10	Kepala ruang membuat tujuan umum sasaran keselamatan pasien untuk di ruangannya				
11	Kepala ruang mensosialisasikan tujuan umum yang telah dibuat kepada perawat di ruangan				
12	Kepala ruang melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun tujuan umum tentang sasaran keselamatan pasien untuk di ruangannya				
13	Kepala ruang membuat tujuan khusus sasaran keselamatan pasien untuk di ruangannya				
14	Kepala ruang mensosialisasikan tujuan khusus yang telah dibuat kepada perawat di ruangan				
15	Kepala ruang melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun tujuan khusus tentang sasaran keselamatan pasien				

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
16	Kepala ruang mensosialisasikan kebijakan SK peningkatan identifikasi pasien dengan tepat				
17	Kepala ruang mensosialisasikan kebijakan SK komunikasi efektif				
18	Kepala ruang mensosialisasikan kebijakan SK pedoman peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai				
19	Kepala ruang mensosialisasikan kebijakan SK <i>checklist safe surgery</i> di kamar bedah				
20	Kepala ruang mensosialisasikan kebijakan SK upaya mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan				
21	Kepala ruang mensosialisasikan kebijakan SK upaya mengurangi risiko pasien jatuh				
22	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur identifikasi pemasangan gelang identitas pasien				
23	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan pemeriksaan klinis yang telah didistribusikan ke ruangan				
24	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan pemberian pengobatan				
25	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan tindakan				
26	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur penyerahan bayi saat pulang atau pindah ruangan				
27	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur komunikasi pada saat operan (<i>hand-offer</i>)				
28	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur komunikasi melalui telepon				
29	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur komunikasi saat visite bersama dokter				
30	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur identifikasi obat yang perlu diwaspadai				
31	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur pengelolaan cairan elektrolit konsentrat				
32	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur pelayanan perioperatif				
33	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur mencuci tangan				
34	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur penggunaan alat proteksi diri (APD)				
35	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur pengurangan risiko pasien jatuh di ruang perawatan				
36	Kepala ruang mensosialisasikan peraturan yang telah dibuat oleh kepala ruang kepada perawat ruangan				
37	Kepala ruang melibatkan perawat pelaksana dalam membuat peraturan di ruangan tentang sasaran keselamatan pasien				
38	Kepala ruang mensosialisasikan peraturan yang telah dibuat oleh kepala pimpinan RS kepada perawat ruangan				
39	Kepala ruang memberikan sanksi membuat laporan askep jika perawat ruangan tidak mentaati peraturan				
40	Kepala ruang memberikan teguran sebelum melaporkan ke pimpinan jika perawat ruangan tidak mentaati peraturan				



UNIVERSITAS INDONESIA

PEDOMAN PERENCANAAN KEPALA RUANG
DALAM PELAKSANAAN KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT

PENYUSUN

PURWANTO
HANNY HANDIYANI, S.Kp., M.Kep
Rr. TUTIK SRI HARIYATI, S.Kp., MARS

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
DEPOK
JUNI 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

PEDOMAN PERENCANAAN KEPALA RUANG
DALAM PELAKSANAAN KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT

Identitas Pemilik

Nama :

Ruang :

No Telp :

PENYUSUN

PURWANTO

HANNY HANDIYANI, S.Kp., M.Kep
Rr. TUTIK SRI HARIYATI, S.Kp., MARS

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN
KEPERAWATAN
DEPOK
JUNI 2012

LEMBAR PERSETUJUAN



PEDOMAN PERENCANAAN KEPALA RUANG
DALAM PELAKSANAAN KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT

Pedoman ini telah diperiksa dan disetujui untuk diterapkan dalam perencanaan kepala ruang di rumah sakit

Depok, 09 April 2012

Pakar Keperawatan

Rumondang Panjaitan, S.Kp., M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT. Atas rahmat dan hidayahNya, Pedoman Perencanaan Kepala Ruang Dalam Pelaksanaan Keselamatan Pasien dapat terwujud. Pedoman ini merupakan pernyataan pengabdian penulis terhadap ilmu keperawatan khususnya keilmuan kepemimpinan dan manajemen keperawatan.

Pedoman ini sebagai acuan dalam perencanaan kepala ruang untuk meningkatkan pemahaman, sikap, dan keterampilan kepala ruang dalam hal perencanaan pelaksanaan keselamatan pasien sebagai salah satu tanggung jawab sebagai kepala ruang perawatan. Perencanaan kepala ruang terhadap keselamatan pasien bertujuan untuk memberikan acuan bagi kepala ruang dalam melaksanakan program keselamatan pasien khususnya sasaran keselamatan pasien.

Penulisan pedoman ini bersamaan dengan penelitian tentang pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien khususnya sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit. Semoga pedoman ini dapat bermanfaat bagi pengembangan manajemen keperawatan khususnya perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien khususnya sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit.

Depok, Juni 2012

Penulis

DAFTAR ISI

	hal
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR LAMPIRAN	v
1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Tujuan	2
1.3 Sasaran	3
1.4 Ruang Lingkup	3
1.5 Kompetensi	3
2 PEDOMAN PERENCANAAN KEPALA RUANG	4
2.1 Pengertian Pedoman Perencanaan	4
2.2 Pengertian Perencanaan	4
2.3 Pengertian Kepala Ruang.....	5
2.4 Jenis-Jenis Perencanaan	5
3 PERENCANAAN KESELAMATAN PASIEN	18
3.1 Pengertian Keselamatan Pasien	18
3.2 Hirarki Perencanaan Keselamatan Pasien	18
3.2.1 Visi	18
3.2.2 Misi	19
3.2.3 Filosofi	19
3.2.4 Tujuan Umum	20
3.2.5 Tujuan Khusus	20
3.2.6 Kebijakan	20
3.2.7 Prosedur	21
3.2.8 Aturan	24
4 SASARAN KESELAMATAN PASIEN	26
4.1 Tujuan	26
4.2 Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit	26

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 16 Sasaran Keselamatan Pasien
- Lampiran 17 Satuan Acara Pelatihan Perencanaan Kepala Ruang
- Lampiran 18 Matrik Perencanaan Kepala Ruang
- Lampiran 19 Matrik Pertencanaan Keselamatan Pasien
- Lampiran 20 Peta Risiko Ruang Rawat
- Lampiran 21 Langkah-Langkah Yang Dikerjakan Kepala Ruang
- Lampiran 22 Lembar *Check List*



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perawat sebagai bagian dari pelayanan kesehatan memberikan pelayanan keperawatan yang aman bagi keselamatan pasien. Road, Hill, & Dunedin (1996) mengatakan bahwa budaya keselamatan pasien yang dilakukan perawat di Selandia Baru telah menjadi suatu kebutuhan. Untuk menciptakan budaya keselamatan pasien RS harus menciptakan situasi tidak memberikan hukuman, memfasilitasi budaya melaporkan kejadian tidak diharapkan (Frush, Alton, & Frush, 2006). Keselamatan pasien merupakan sistem pemberian asuhan yang aman bagi pasien di rumah sakit (Depkes RI, 2008).

Pemberian asuhan yang aman merupakan asuhan keperawatan yang efektif, tepat waktu, dan memenuhi kebutuhan pasien. Leonard, Graham, & Bonacum (2004; NPSF, 2012) mengatakan komunikasi yang efektif dan kerjasama tim sangat penting memberikan kualitas perawatan pasien yang aman. CNA (2004) berpendapat pemberian asuhan yang aman yaitu penurunan tindakan yang tidak aman kepada pasien dan pemberian tindakan terbaik, untuk mendapatkan derajat kesehatan pasien yang optimal. Pemberian asuhan keperawatan keselamatan pasien di ruang rawat inap perlu direncanakan oleh kepala ruang.

Kepala ruang sebagai manajer mempunyai peran untuk membuat dan mengimplementasikan rencana perbaikan kualitas bagi unit yang dipimpinnya (Potter & Perry, 2010). Kepala ruang adalah manajer yaitu seseorang yang diberi tanggung jawab melakukan manajemen di suatu ruang rawat dan diharapkan menjadi seorang pemimpin. Perencanaan kepala ruang meliputi perencanaan harian, mingguan, bulanan, dan tahunan (Huber, 2010; Marquis & Huston, 2012; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swanburg, 1999).

Kepala ruang merupakan manajer tingkat pertama (*first line manager*), yang bertugas memimpin dan mengawasi staf yang terlibat dalam organisasi. Kepala ruang merupakan jabatan yang cukup penting dan strategis, karena secara

manajerial kemampuan kepala ruang ikut menentukan keberhasilan pelayanan keperawatan. Kepala ruang adalah manajer operasional yang merupakan pimpinan yang secara langsung mengelola seluruh sumber daya di unit perawatan untuk menghasilkan pelayanan keperawatan yang bermutu (Soejitno, 2002). Untuk menjamin pelayanan keperawatan yang bermutu diperlukan suatu pedoman perencanaan kepala ruang.

Pedoman merupakan acuan untuk melakukan tindakan di suatu unit kerja. Pedoman perencanaan merupakan suatu acuan yang disusun oleh seorang kepala ruang. Pedoman perencanaan merupakan suatu kebijakan atau prosedur yang dimiliki oleh seorang kepala ruangan untuk menyusun perencanaan kegiatan di suatu unit kerja berdasarkan visi, misi, filosofi, dan tujuan dari rumah sakit/bidang keperawatan untuk mencapai tujuan organisasi. Perencanaan kepala ruang yang disusun meliputi: visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan (Marquis & Huston, 2012).

Perencanaan kepala ruang terkait dengan keselamatan pasien yang akan diterapkan di Rumah Sakit adalah Sasaran Keselamatan Pasien yang meliputi: 1) ketepatan identifikasi pasien, 2) peningkatan komunikasi yang efektif, 3) peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai/*high alert*, 4) kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, 5) pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, 6) pengurangan risiko pasien jatuh (Permenkes RI, 2011)

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Pedoman ini bertujuan untuk memberikan acuan bagi kepala ruang dalam merencanakan program keselamatan pasien khususnya sasaran keselamatan pasien di rumah sakit.

1.2.2 Tujuan Khusus

Kepala ruang mampu:

1.2.2.1 Menyusun perencanaan kepala ruang dengan benar.

1.2.2.2 Menerapkan perencanaan kepala ruang dengan benar.

1.3 Sasaran

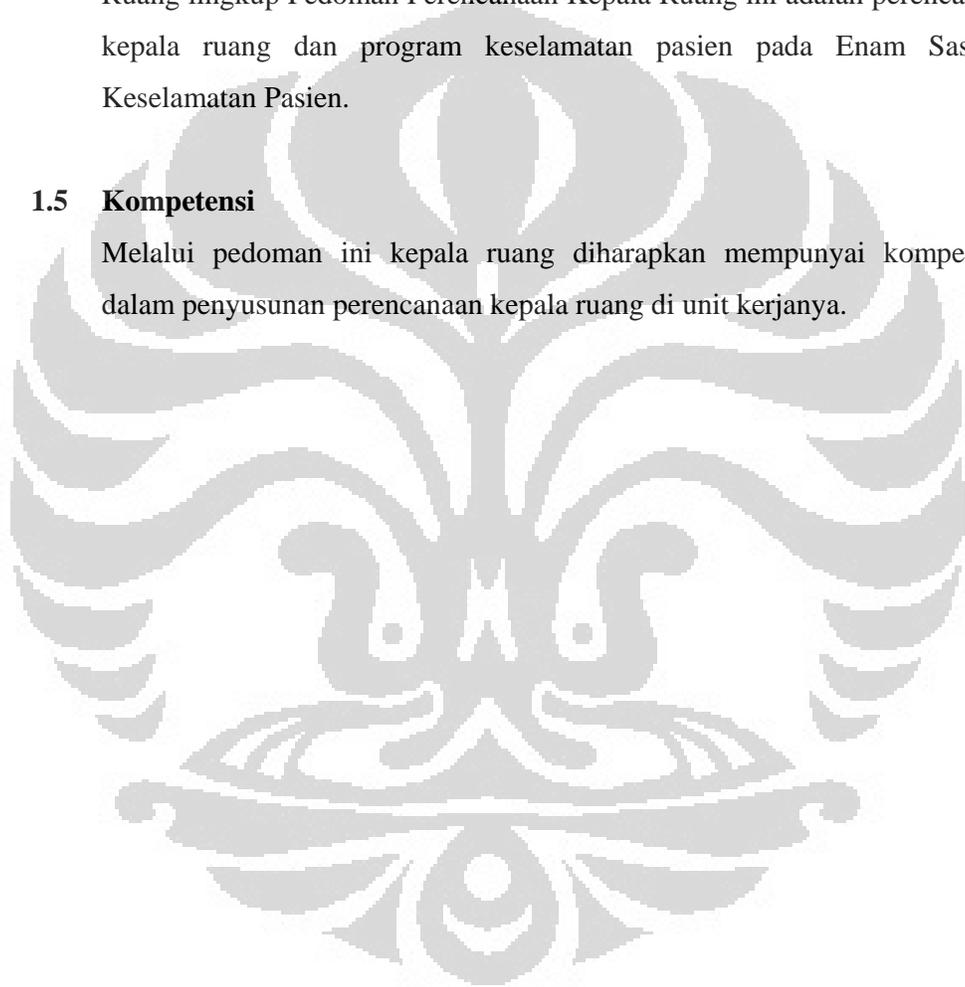
Sasaran pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien adalah kepala ruang rawat inap Rumah Sakit Haji Jakarta

1.4 Ruang Lingkup

Ruang lingkup Pedoman Perencanaan Kepala Ruang ini adalah perencanaan kepala ruang dan program keselamatan pasien pada Enam Sasaran Keselamatan Pasien.

1.5 Kompetensi

Melalui pedoman ini kepala ruang diharapkan mempunyai kompetensi dalam penyusunan perencanaan kepala ruang di unit kerjanya.



BAB 2

PEDOMAN PERENCANAAN KEPALA RUANG

2.1 Pengertian Pedoman Perencanaan

Pedoman merupakan acuan untuk melakukan tindakan di suatu unit kerja. Pengertian pedoman menurut beberapa kamus adalah suatu kebijakan atau prosedur yang digunakan sebagai acuan atau pegangan untuk membuat kegiatan yang digunakan di unit kerja (*The American Heritage Dictionary of the English Language*, 2009; *Collins English Dictionary*, 2003).

Pedoman merupakan kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan. Dengan demikian dapat diartikan bahwa pedoman mengatur beberapa hal (KARS, 2012). Pedoman perencanaan merupakan suatu kebijakan atau prosedur yang dimiliki oleh seorang kepala ruangan untuk menyusun perencanaan kegiatan yang sistematis di suatu unit kerja berdasarkan visi, misi, filosofi, dan tujuan dari rumah sakit/bidang keperawatan untuk mencapai tujuan organisasi.

2.2 Pengertian Perencanaan

Perencanaan merupakan fungsi dasar dari manajemen dan merupakan tugas utama setiap manajer di unit kerja. Perencanaan harus sistematis, dapat diukur, dapat dicapai, realistis dan berorientasi pada waktu. Perencanaan merupakan tahap yang sangat penting dan menjadi prioritas di antara fungsi manajemen yang lain. Tanpa perencanaan yang adekuat, proses manajemen akan mengalami kegagalan. Perencanaan merupakan pedoman untuk melaksanakan tindakan dalam mencapai tujuan, perencanaan harus fleksibel dan memungkinkan penyesuaian kembali jika terjadi sesuatu yang tidak diharapkan (Marquis & Huston, 2012).

Banyak pendapat tentang perencanaan namun dapat disimpulkan perencanaan adalah suatu proses berpikir untuk merencanakan kegiatan yang sistematis, merancang proses dan hasilnya, dapat diukur, dapat dicapai, realistis, berorientasi pada waktu, memutuskan apa yang akan dilakukan, siapa yang melakukan,

bagaimana, kapan, dan dimana hal tersebut dilakukan, memberikan umpan balik, berdasarkan visi, misi, filosofi, dan tujuan dari rumah sakit/bidang keperawatan untuk mencapai tujuan organisasi (Gillies, 1996; Ilyas, 2004; Marquis & Huston, 2012; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999).

Perencanaan merupakan keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang hal-hal yang akan dikerjakan di masa mendatang dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan yang matang akan memberikan petunjuk dan mempermudah dalam melaksanakan suatu kegiatan dan merupakan pola pikir yang dapat menentukan keberhasilan suatu kegiatan dan titik tolak dari kegiatan pelaksanaan kegiatan selanjutnya (Marquis & Huston, 2012).

2.3 Kepala Ruang

Pengertian kepala ruang adalah tenaga perawat yang diberikan tugas memimpin satu ruang rawat dan bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan (hasil nyata dari pelayanan keperawatan). Kepala ruang adalah manajer yaitu seseorang yang diberi tanggung jawab melakukan manajemen di suatu ruang rawat dan diharapkan menjadi seorang pemimpin (Sitorus & Panjaitan, 2011).

Swansburg (1999; Sitorus & Panjaitan, 2011) menyatakan kepala ruang perlu membuat perencanaan karena dapat: 1) meningkatkan keberhasilan pencapaian tujuan, 2) meningkatkan analisis kepala ruang tentang kondisi yang ada, 3) membuat kerangka kerja berdasarkan misi rumah sakit, 4) mempersiapkan staf untuk melakukan kegiatan, 5) mencegah terjadinya situasi krisis, 6) menjadi pedoman manajemen tentang penampilan kerja individu, 7) meningkatkan keterlibatan staf dan meningkatkan komunikasi, 8) membuat pembiayaan efektif.

2.4 Jenis-Jenis Perencanaan di Ruang Rawat

Ada beberapa jenis perencanaan menurut beberapa pakar keperawatan antara lain: perencanaan strategis, perencanaan taktis/operasional, perencanaan harian, mingguan, bulanan, dan tahunan (Gillies, 1996; Huber, 2010; Marquis & Huston, 2012; Swansburg, 1999).

2.4.1 Perencanaan strategis

Perencanaan strategis merupakan perspektif perencanaan jangka panjang, pendekatan ini menentukan tujuan secara keseluruhan dan arah organisasi, proses berkesinambungan proses yang sistematis dalam pembuatan dan pengambilan keputusan masa kini. Contohnya pada visi, misi, dan tujuan utama, pengembangan standar, identifikasi kebutuhan dan penyusunan prioritas, perumusan kebijakan, aturan, regulasi, metoda dan prosedur (Cherry & Jakob, 2011; Gillies, 1996; Huber, 2010; Swansburg, 1999; Tomey, 2009). Sedangkan pendapat Martin (1998 dalam Marquis & Huston 2012) menyatakan bahwa rencana strategis meramalkan keberhasilan organisasi di masa depan dengan menyesuaikan dan menyelaraskan kapabilitas dengan kesempatan eksternal.

2.4.2 Perencanaan taktis/operasional

Perencanaan taktis/operasional merupakan perspektif perencanaan jangka pendek, pendekatan ini menentukan rincian yang spesifik pelaksanaan tujuan, contohnya perencanaan proyek, perencanaan kepegawaian, dan perencanaan pemasaran (Huber, 2010; Gillies, 1996; Swansburg, 1999).

2.4.3 Perencanaan Harian

Perencanaan harian kepala ruang merupakan bagian dari perencanaan jangka pendek. Perencanaan harian kepala ruang memuat peran dan fungsi serta tugas dan tanggung jawab kepala ruang yang mengacu pada fungsi manajemen keperawatan. Perencanaan harian kepala ruang memuat: perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, dan pengendalian (Marquis & Huston, 2012; Permenkes RI, 2011; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999) antara lain:

1) Perencanaan (*Planning*)

Dimulai dengan penerapan filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan. Membuat perencanaan untuk mencapai visi, misi, dan tujuan organisasi. Menetapkan biaya-biaya untuk setiap kegiatan. Merencanakan dan mengelola perubahan.

- (1) Perencanaan perawatan pasien meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, penetapan rencana perawatan, implementasi, dan evaluasi yang dilakukan oleh ketua tim/perawat primer.
- (2) Perencanaan program keselamatan pasien
- (3) Perencanaan administrasi pasien: mencatat sensus rata-rata pasien setiap hari, rata-rata lama dirawat, kapasitas tempat tidur, jumlah kelahiran, jumlah operasi, jumlah pasien pulang.
- (4) Perencanaan harian terkait kebutuhan logistik : menyediakan kebutuhan linen, kebutuhan peralatan kesehatan, kebutuhan alat tulis kantor (ATK), kebutuhan obat-obatan, dan kebutuhan rumah tangga.

2) Pengorganisasian (*Organizing*)

Meliputi pembentukan struktur untuk melaksanakan perencanaan, menentukan jenis metode pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang tepat, mengelompokkan kegiatan untuk mencapai tujuan unit, melakukan peran dan fungsi dalam organisasi, dan menggunakan kekuatan serta wewenang secara tepat.

- (1) Merumuskan metode/sistem pemberian asuhan keperawatan yang akan digunakan.
- (2) Merumuskan klasifikasi pasien.
- (3) Mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien.
- (4) Merumuskan tujuan sistem penugasan.
- (5) Membuat rincian tugas dan tanggung jawab ketua tim dan anggota tim secara jelas.
- (6) Membuat rentang kendali.
- (7) Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan.
- (8) Memberi wewenang kepada petugas administrasi untuk mengurus administrasi ruangan, mengatur penugasan: jadwal pekarya, identifikasi masalah dan penugasan.
- (9) Menyediakan form penilaian risiko pasien jatuh dengan menggunakan skala jatuh "morse"

3) Ketenagaan (*Staffing*)

Meliputi pengaturan ketenagaan (merekrut, memilih, wawancara, mengorientasikan staf), penjadwalan, pengembangan staf, sosialisasi staf, *team building*/membangun tim.

- (1) Membuat daftar kegiatan
- (2) Menunjuk ketua tim yang bertugas di ruangan.
- (3) Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien per *shif* per hari.
- (4) Menentukan jumlah tenaga perawat untuk setiap shif.
- (5) Membagi jumlah tenaga perawat ke dalam tim.
- (6) Membagi rasio pasien dengan jumlah perawat yang ada
- (7) Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan saat kekurangan dan kelebihan tenaga perawat.
- (8) Membuat rotasi dinas/jadwal dinas: pagi, sore, dan malam.
- (9) Mengatur jadwal kerja staf terkait dengan ijin, libur, sakit, mengikuti rapat, tidak masuk kerja tanpa alasan.

4) Pengarahan (*Actuating*)

Meliputi tanggung jawab dalam mengelola sumber daya manusia seperti motivasi, mengatasi konflik, komunikasi, supervisi, ronde keperawatan, pendelegasian, dan memfasilitasi konflik.

- (1) Memberi pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim/penanggung jawab shif
- (2) Memberi pengarahan pada saat *pre* dan *post conference*.
- (3) Memberi pujian kepada ketua tim dan anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik.
- (4) Memberi motivasi dalam meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan sikap.
- (5) Memberikan kebebasan kepada staf untuk mengungkapkan perasaan/ide-ide dan kreativitasnya dalam mengembangkan diri.
- (6) Menerima masukan dari staf tentang kriteria staf dalam program seleksi perawat baru.
- (7) Memberikan umpan balik kepada ketua tim dan anggota.

- (8) Mendelegasikan tugas saat kepala ruangan tidak ada ditempat kepada ketua tim.
- (9) Menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan.
- (10) Melibatkan bawahan dari awal hingga akhir kegiatan.
- (11) Membimbing bawahan yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya, memberi teguran kepada bawahan yang melakukan kesalahan, meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim.
- (12) Melakukan komunikasi yang baik: mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim maupun pelaksana mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, menjadi pendengar yang baik.
- (13) Mengatasi konflik internal maupun eskternal.
- (14) Memfasilitasi konflik.
- (15) Melakukan ronde keperawatan sesuai jadwal yang ditentukan.
- (16) Melakukan ronde keselamatan pasien

5) Pengendalian (*Controlling*)

Meliputi penilaian kinerja dari penampilan kerja, pengawasan umum, pengawasan aspek legal etik, pengawasan peningkatan mutu, dan pengawasan keprofesionalisme perawat.

- (1) Melakukan evaluasi kerja pelaksanaan asuhan keperawatan dengan membandingkan perencanaan yang telah disusun bersama ketua tim.
- (2) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi kerja pelaksanaan asuhan keperawatan.
- (3) Melakukan evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan, apakah setiap pasien mempunyai rencana perawatan, apakah tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan rencana perawatan.
- (4) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan.
- (5) Melakukan pemantauan pelaksanaan *pre* dan *post conference* setiap *shift*
- (6) Melakukan tindak lanjut hasil pemantauan pelaksanaan *pre* dan *post conference* setiap *shift*
- (7) Melakukan pemantauan keamanan dan kebersihan ruangan

- (8) Melakukan evaluasi keselamatan pasien
- (9) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi keselamatan pasien
- (10) Melakukan surveilen infeksi
- (11) Melakukan pemantauan pasien telah teridentifikasi dengan penggunaan identitas minimal dua (nama pasien, nomor rekam medik pasien, atau tanggal lahir pasien) pada gelang tangan pasien.
- (12) Melakukan pemantauan pasien yang akan dilakukan operasi tercatat dengan benar.
- (13) Melakukan pemantauan perawat di ruangan terhadap pencegahan risiko infeksi.
- (14) Melakukan pemantauan penilaian risiko pasien jatuh
- (15) Melakukan evaluasi penilaian risiko pasien jatuh
- (16) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi penilaian risiko pasien jatuh
- (17) Melakukan pemantauan pasien risiko jatuh terpasang dengan gelang warna kuning.
- (18) Melakukan pemantauan pelaksanaan pengisian peta risiko ruang rawat.
- (19) Melakukan pencatatan dan membuat laporan KTD/KNC bila terjadi KTD/KNC kepada Panitia Keselamatan Pasien Rumah Sakit untuk tindak lanjut.

Formula Perencanaan Harian	
Planning	: 4
Organizing	: 9
Staffing	: 9
Actuating	: 16
Controlling	: 19
POSAC	: 57

2.4.4 Perencanaan Mingguan

Perencanaan mingguan kepala ruang memuat (Marquis & Huston, 2012; Permenkes RI, 2011; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999) antara lain:

- 1) Perencanaan (*Planning*)
 - (1) Perencanaan perawatan pasien dalam satu minggu
 - (2) Perencanaan program keselamatan pasien dalam satu minggu
 - (3) Perencanaan administrasi pasien dalam satu minggu

- (4) Perencanaan mingguan terkait kebutuhan logistik: menyediakan kebutuhan linen, kebutuhan peralatan kesehatan, kebutuhan alat tulis kantor (ATK), kebutuhan obat-obatan, dan kebutuhan rumah tangga.
- 2) Pengorganisasian (*Organizing*)
- (1) Menetapkan metode/sistem pemberian asuhan keperawatan yang telah digunakan
 - (2) Menetapkan klasifikasi pasien
 - (3) Menghitung tingkat ketergantungan pasien
- 3) Ketenagaan (*Staffing*)
- (1) Pengaturan jadwal ijin kerja
 - (2) Pengaturan jadwal libur
- 4) Pengarahan (*Actuating*)
- (1) Melakukan ronde keperawatan dan keselamatan pasien
 - (2) Melakukan supervisi keperawatan dan keselamatan pasien
- 5) Pengendalian (*Controlling*)
- (1) Melakukan evaluasi jadwal kerja dan kehadiran staf.
 - (2) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi jadwal kerja dan kehadiran staf.
 - (3) Melakukan evaluasi jadwal dinas pagi, sore, dan malam.
 - (4) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi jadwal dinas pagi, sore, & malam.
 - (5) Melakukan evaluasi rasio pasien dengan jumlah perawat yang ada.
 - (6) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi rasio pasien dengan jumlah perawat yang ada.
 - (7) Melakukan evaluasi pelaksanaan *pre* dan *post conference* setiap *shift*.
 - (8) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pelaksanaan *pre* dan *post conference* setiap *shift*.
 - (9) Melakukan evaluasi keamanan dan kebersihan ruangan.
 - (10) Melakukan evaluasi pendelegasian tugas kepala ruang.
 - (11) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pendelegasian tugas kepala ruang.
 - (12) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi surveilan infeksi.

Formula Perencanaan Mingguan	
Planing	: 4
Organizing	: 3
Staffing	: 2
Actuating	: 2
Controlling	: 12
POSAC	: 23

2.4.5 Perencanaan Bulanan

Perencanaan bulanan kepala ruang memuat (Marquis & Huston, 2012; Permenkes RI, 2011; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999) antara lain:

- 1) Perencanaan (*Planning*)
 - (1) Perencanaan perawatan pasien dalam satu bulan.
 - (2) Perencanaan program keselamatan pasien dalam satu bulan
 - (3) Perencanaan administrasi pasien dalam satu bulan (mencatat BOR, LOS, TOI, BTO).
 - (4) Perencanaan bulanan terkait dengan kebutuhan logistik: perencanaan kebutuhan linen, kebutuhan peralatan kesehatan, kebutuhan alat tulis kantor (ATK), kebutuhan obat-obatan, kebutuhan rumah tangga.
- 2) Pengorganisasian (*Organizing*)
 - (1) Pertemuan dengan staf setiap bulan/sesuai kebutuhan ruangan secara individual.
 - (2) Membuat daftar nama semua tenaga di ruang rawat dan merencanakan pertemuan bulanan secara individual. Pada pertemuan individual dibahas bagaimana individu memenuhi filosofi dan objektif rumah sakit, uraian tugas dan penampilan kerja.
 - (3) Permintaan bahan/material di ruang rawat. Rencana permintaan bahan dilakukan berdasarkan kebutuhan dengan mengidentifikasi kebutuhan dalam satu bulan.
 - (4) Mengorganisir jadwal CI dan Ketua Tim
 - (5) Mengorganisir presentasi kasus ruangan
 - (6) Terkait sasaran keselamatan pasien: membuat format peta risiko.
- 3) Ketenagaan (*Staffing*)
 - (1) Pengaturan jadwal dinas dalam satu bulan.
 - (2) Pengaturan jadwal cuti staf.
 - (3) Mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan staf terkait dengan penampilan kerja.
 - (4) Melakukan program orientasi bagi perawat baru/peserta didik/peserta pelatihan.

- (5) Mengidentifikasi adanya tenaga perawat yang terampil/profesional untuk memenuhi tujuan organisasi.
 - (6) Melakukan sosialisasi terkait dengan nilai organisasi dan unit kerja.
 - (7) Merencanakan staf yang mengikuti *In House Training* (IHT)
 - (8) Melakukan rapat bulanan dengan semua staf (misalnya pada diskusi kasus/konference).
- 4) Pengarahan (*Actuating*)
- (1) Menyusun jadwal ronde keperawatan, supervisi keperawatan ketua tim.
 - (2) Melakukan supervisi: melalui pengawasan langsung dengan inspeksi, pengawasan tidak langsung melalui daftar hadir ketua tim, membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan, mendengarkan laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas.
 - (3) Memberi umpan balik dan penghargaan serta mengidentifikasi perbaikan.
 - (4) Mengarahkan ketua tim untuk pelaksanaan ronde keperawatan, supervisi keperawatan secara berkelanjutan.
 - (5) Melaksanakan program bimbingan pagi peserta didik/peserta pelatihan.
 - (6) Melaksanakan bimbingan dan pembinaan dalam pelaksanaan standar/prosedur pelayanan keperawatan.
 - (7) Mengidentifikasi potensi kelebihan dan kekurangan serta kepuasan staf.
 - (8) Mensosialisasikan visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus ruang rawat secara berkelanjutan setiap pertemuan staf.
 - (9) Mensosialisasikan kebijakan, prosedur, dan aturan yang telah ditetapkan secara berkelanjutan setiap pertemuan staf.
- 5) Pengendalian (*Controlling*)
- (1) Melakukan evaluasi metode pemberian asuhan keperawatan yang dilaksanakan dengan menggunakan instrumen evaluasi A, B, C setiap bulan.
 - (2) Melakukan penilaian kinerja perawat dan staf lainnya untuk penilain dalam satu bulan.
 - (3) Melakukan evaluasi penjadwalan dinas dalam satu bulan.

- (4) Melakukan penilaian kinerja perawat terkait dengan sasaran keselamatan pasien: memantau/monitoring hasil peta risiko.
- (5) Melakukan evaluasi prioritas apa penyebab peta risiko.
- (6) Melakukan evaluasi dan tindak lanjut implementasi 6 sasaran keselamatan pasien
- (7) Melakukan evaluasi dan tindak lanjut hasil evaluasi program CI
- (8) Membuat laporan bulanan jumlah pasien yang mengalami KTD/KNC, pembinaan petugas yang melakukan KTD/KNC bekerja sama dengan panitia keselamatan pasien rumah sakit.

Formula Perencanaan Bulanan	
Planing	: 4
Organizing	: 6
Staffing	: 8
Actuating	: 9
Controlling	: 8
POSAC	: 35

2.4.6 Perencanaan Tahunan

Perencanaan tahunan kepala ruang memuat (Marquis & Huston, 2012; Permenkes RI, 2011; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999) antara lain:

1) Perencanaan (*Planning*)

- (1) Membuat perencanaan tahunan dimulai dengan penerapan filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan. Membuat perencanaan untuk mencapai visi, misi, dan tujuan organisasi.
- (2) Menyusun rencana kerja kegiatan tahunan.
- (3) Perencanaan perawatan pasien dalam satu tahun
- (4) Perencanaan program keselamatan pasien dalam satu tahun
- (5) Perencanaan administrasi pasien dalam satu tahun (mencatat BOR, LOS, TOI, BTO)
- (6) Perencanaan tahunan terkait dengan kebutuhan logistik: perencanaan kebutuhan linen, kebutuhan peralatan kesehatan, kebutuhan alat tulis kantor (ATK), kebutuhan obat-obatan, kebutuhan rumah tangga
- (7) Perencanaan sistim informasi keperawatan secara komputerisasi
- (8) Perencanaan kesejahteraan staf

- 2) Pengorganisasian (*Organizing*)
 - (1) Mengorganisir sumber daya manusia (perawat) untuk pencapaian metode pemberian asuhan keperawatan untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan,
 - (2) Pertemuan seluruh staf secara berkelanjutan.
 - (3) Menyusun pendanaan yang dibutuhkan.
 - (4) Melaksanakan koordinasi pelaksanaan kegiatan keperawatan dengan unit terkait.

- 3) Ketenagaan (*Staffing*)
 - (1) Merencanakan jumlah tenaga perawat yang *up to date* tiap tahun sesuai kebutuhan.
 - (2) Membuat prediksi masa yang akan datang dengan memahami pelaksanaan fungsi ketenagaan saat ini dan masa lalu.
 - (3) Merencanakan peningkatan kompetensi perawat di ruangan.
 - (4) Merencanakan kebutuhan sumber daya: peralatan yang diperlukan.
 - (5) Merencanakan pengembangan dan peningkatan pengetahuan, keterampilan perawat (pendidikan, pelatihan, seminar).
 - (6) Merencanakan jadwal cuti tahunan staf

- 4) Pengarahan (*Actuating*)
 - (1) Mengarahkan ketua tim untuk melaksanakan asuhan keperawatan pasien secara optimal.
 - (2) Mengusulkan untuk memberikan penghargaan kepada staf yang telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik.

- 5) Pengendalian (*Controlling*)
 - (1) Melakukan penilaian peningkatan mutu asuhan keperawatan.
 - (2) Melakukan evaluasi visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan yang telah ada.
 - (3) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan yang telah ada
 - (4) Melakukan evaluasi penilaian kinerja perawat ruangan.

- (5) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi penilaian kinerja perawat ruangan.
- (6) Melakukan evaluasi metode pemberian asuhan keperawatan yang dilaksanakan di ruang rawat inap tiap tahun (kepuasan perawat, kepuasan dokter dan profesi lain, kepuasan pasien).
- (7) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi terhadap metode pemberian asuhan keperawatan.
- (8) Melakukan evaluasi standar/prosedur yang ada.
- (9) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi standar/prosedur pelayanan keperawatan.
- (10) Melakukan evaluasi pelaksanaan supervisi keperawatan
- (11) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pelaksanaan supervisi keperawatan.
- (12) Melakukan evaluasi pelaksanaan ronde keperawatan
- (13) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pelaksanaan ronde keperawatan.
- (14) Melakukan evaluasi pelaksanaan infeksi nosokomial bekerja sama dengan tim ICN.
- (15) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pelaksanaan infeksi nosokomial.
- (16) Melakukan evaluasi ketenagaan (kebutuhan tenaga, penilaian kinerja, pengembangan keprofesian).
- (17) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi ketenagaan.
- (18) Melakukan evaluasi kebutuhan peralatan.
- (19) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi kebutuhan peralatan.
- (20) Melakukan evaluasi penyusunan visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus ruang rawat.
- (21) Terkait dengan sasaran keselamatan pasien: melakukan tindak lanjut terhadap prioritas penyebab peta risiko.

Formula Perencanaan Tahunan	
Planing	: 8
Organizing	: 4
Staffing	: 6
Actuating	: 2
<u>Controlling</u>	<u>: 21</u>
POSAC	: 41

BAB 3

PERENCANAAN KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: asesmen risiko, identifikasi dan pengobatan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes RI, 2011).

3.1 Pengertian Keselamatan Pasien.

Keselamatan pasien dapat didefinisikan sebagai bebas dari cedera fisik dan psikologis yang menjamin keselamatan pasien, meminimalkan terjadinya kesalahan, mengurangi rasa tidak aman pasien dalam sistem perawatan kesehatan dan meningkatkan pelayanan yang optimal (*Canadian Nursing Association*, 2004; Davies., DMAA, 2005; Hebert., Hoffman, 2003; *Institut for Safe Medication Practice Canada*, 2007; KKPRS, 2008; Kohn., Corrigan., Donaldson, 2000; Potter & Perry, 2010; WHO, 2007).

3.2 Hirarki Perencanaan Keselamatan Pasien

Hirarki perencanaan meliputi penetapan visi, misi, filosofi, sasaran, tujuan, kebijakan, prosedur, dan peraturan (Marquis & Huston, 2012; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999; Tomey, 2009) menjabarkan dasar-dasar perencanaan sebagai berikut:

3.2.1 Visi

Visi adalah suatu hal yang terlihat dalam mimpi. Suatu visi memberikan informasi tentang bentuk dan gambaran suatu hal pada masa yang akan datang yang bermanfaat bagi organisasi dan orang yang bekerja di dalamnya (Marquis & Huston, 2012; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999; Tomey, 2009). Visi ruang rawat inap terkait sasaran keselamatan pasien adalah: keselamatan pasien menjadi tujuan utama perawatan kami.

3.2.2 Misi

Pernyataan misi suatu organisasi menggambarkan manfaat keberadaan organisasi tersebut. Misi adalah pernyataan singkat yang mengidentifikasi alasan keberadaan organisasi dan tujuan serta fungsi organisasi di masa depan. Misi ini bagi organisasi merupakan suatu alat/cara untuk mengarahkan setiap individu dalam organisasi tersebut untuk berperan secara produktif (Marquis & Huston, 2012; Sitorus & Panjaitan, 2011; Swansburg, 1999; Tomey, 2009).

Misi ruang rawat inap terkait sasaran keselamatan pasien adalah: memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang aman terhadap keselamatan pasien dengan tidak meninggalkan nuansa keIslaman yang kental, untuk meningkatkan kualitas hidup manusia seutuhnya.

3.2.3 Filosofi

Pernyataan filosofi mencakup nilai-nilai, konsep, keyakinan yang dianut suatu organisasi. Pernyataan nilai-nilai konsep dan keyakinan menggambarkan atau mewarnai bagaimana misi suatu organisasi dicapai (Marquis & Huston, 2012; Swansburg, 1999; Tomey, 2009). Filosofi ruang rawat inap terkait dengan sasaran keselamatan pasien adalah: kami menyadari bahwa semua pasien mendapat asuhan keperawatan yang aman secara individual dari semua perawat, dan asuhan yang diberikan berupa pelayanan profesional yang Islami mencakup kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual.

3.2.4 Tujuan

Tujuan merupakan akhir kegiatan suatu organisasi/rumah sakit. Semua filosofi harus diterjemahkan ke dalam sasaran dan tujuan yang spesifik sehingga dapat dicapai. Artinya filosofi dioperasionalkan pada sasaran dan tujuan. Sasaran didefinisikan sebagai hasil akhir semua upaya yang dilakukan suatu organisasi. Tujuan dapat diterjemahkan dalam tujuan umum dan tujuan khusus (Marquis & Huston, 2012; Swansburg, 1999).

1) Tujuan Umum

Tujuan umum dapat didefinisikan sebagai hasil yang diinginkan melalui usaha yang dilakukan secara terarah (Marquis & Huston, 2012; Tomey, 2009).

Tujuan umum juga merupakan tujuan filosofi. Tujuan umum ruang rawat inap terkait dengan sasaran keselamatan pasien adalah: memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif yang aman berdasarkan pengkajian perawat profesional dengan memperhatikan kebutuhan biopsikososial spiritual pasien dan keluarga.

2) Tujuan Khusus

Tujuan khusus dapat berfokus pada proses yang diinginkan atau hasil yang diinginkan. Tujuan khusus memotivasi orang menuju akhir yang spesifik dan jelas, dapat diukur, dapat diobservasi atau dapat diulang, dan dapat dicapai (Marquis & Huston, 2012; Tomey, 2009). Tujuan khusus ruang rawat inap terkait dengan sasaran keselamatan pasien adalah semua perawat mampu: (1) Mengidentifikasi pasien secara efektif, (2) meningkatkan komunikasi yang efektif, (3) meningkatkan keamanan obat-obatan yang ada di ruang rawat inap, (4) melibatkan pasien dan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, (5) meningkatkan pencegahan risiko infeksi, (6) meningkatkan pencegahan risiko pasien jatuh (Permenkes RI, 2011).

3.2.5 Kebijakan

Kebijakan adalah rencana dalam bentuk pernyataan atau instruksi yang dibuat sesuai dengan prosedur yang diuraikan mengarahkan organisasi dalam pengambilan keputusan (Marquis & Huston, 2012; McEachen & Keogh, 2007; Tomey, 2009). Kebijakan RS adalah penetapan direktur/pimpinan RS pada tataran strategis atau bersifat garis besar yang mengikat. Karena kebijakan bersifat garis besar maka untuk penerapan kebijakan tersebut perlu disusun pedoman/panduan dan prosedur sehingga ada kejelasan langkah-langkah untuk melaksanakan kebijakan tersebut (KARS, 2012).

Kebijakan perlu ditetapkan disetiap ruang rawat, kebijakan tersebut antara lain tentang jumlah dan jenis tenaga keperawatan, metoda pemberian asuhan keperawatan, sarana dan prasarana dan lain-lain. Sebelum menentukan kebijakan di suatu ruang rawat, perlu diidentifikasi data-data berikut: rata-rata jumlah pasien per hari berdasarkan derajat ketergantungan pasien, BOR, rata-rata lama hari rawat, jumlah kelahiran, jumlah operasi, kecenderungan populasi pasien

(diagnosis, umum), kecenderungan teknologi (prosedur diagnostik, prosedur terapi, prosedur keperawatan), analisis lingkungan (keadaan pola ketenagaan: jumlah, tingkat pendidikan, kecenderungan dalam keperawatan, perkembangan keprofesian) (Sitorus & Panjaitan, 2011).

Terkait dengan pelaksanaan sasaran keselamatan pasien kebijakan yang perlu kepala ruangan perhatikan adalah:

- 1) SK pedoman identifikasi pasien dengan tepat di RS.
- 2) SK komunikasi efektif.
- 3) SK pedoman peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai.
- 4) SK *check list safe surgery* di kamar bedah.
- 5) SK upaya mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
- 6) SK pengurangan risiko pasien jatuh.

3.2.6 Prosedur

Prosedur merupakan petunjuk yang digunakan untuk melakukan suatu tindakan. Prosedur adalah pedoman untuk melakukan tugas yang berisi rencana detail ketrampilan perawat yang terdiri dari langkah-langkah dalam bentuk urutan suatu tindakan (Huber, 2010; Marquis & Huston, 2012; McEachen & Keogh, 2007; Swansburg, 1999; Tomey, 2009). Sedangkan menurut KARS (2012) prosedur adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dilakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.

Prosedur biasanya ditulis dalam rincian yang memadai untuk memberikan informasi yang diperlukan oleh semua orang terlibat dalam kegiatan ini. Prosedur harus mencakup pernyataan tujuan dan mengidentifikasi siapa yang akan melakukan kegiatan tersebut. Prosedur akan mencakup langkah yang diperlukan dan daftar perlengkapan dan peralatan yang dibutuhkan. Prosedur mengidentifikasi proses atau langkah yang dibutuhkan untuk mengimplementasikan kebijakan dan biasanya terdapat pada manual di tingkat organisasi.

Prosedur yang berkaitan dengan sasaran keselamatan pasien (Permenkes, 2011) adalah:

- 1) Melakukan identifikasi pasien dengan tepat (prosedur pemasangan identifikasi gelang tangan pasien, prosedur identifikasi yang akan dilakukan pemeriksaan klinis, prosedur identifikasi yang akan dilakukan pemberian pengobatan, prosedur identifikasi yang akan dilakukan, prosedur penyerahan bayi saat pulang atau pindah ruangan). Gunakan setidaknya dua pengidentifikasi pasien saat memberikan pelayanan, pengobatan, dan tindakan (Kozier & Erb's, 2012). Pada pemberian pengobatan harus menggunakan prinsip 6 benar : benar obat, benar dosis, benar pasien, benar rute, benar waktu, dan benar dokumen (Potter & Perry, 2010). Namun Kozier & Erb's (2012) menambahkan menjadi 10 benar yaitu: benar informasi, benar pengkajian, benar ada penolakan klien, dan benar evaluasi.
- 2) Melakukan komunikasi efektif (prosedur komunikasi pada saat operan/*hand-off*, prosedur komunikasi lisan atau melalui telepon, prosedur komunikasi saat visite bersama dokter). IJHCQ (2011) mengatakan bahwa pentingnya komunikasi, umpan balik, saran, budaya melaporkan kesalahan yang baik secara signifikan mempengaruhi perbaikan keselamatan pasien. Nazam (2009) mengemukakan kemacetan komunikasi penyebab terjadinya sentinel.
- 3) Melakukan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai/*high-alert* (prosedur identifikasi obat yang perlu diwaspadai, prosedur pengelolaan cairan elektrolit konsentrat). Dennison (2007) mengatakan bahwa obat-obat dengan kewaspadaan tinggi seperti cairan konsentrat memerlukan pengamanan khusus untuk mengurangi risiko cedera pada pasien, karena 80% kematian dari kesalahan pengobatan.
- 4) Memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi (prosedur pelayanan perioperasi). Kozier & Erb's (2012) menjelaskan untuk mencegah lokasi operasi yang salah, prosedur yang salah, operasi pasien yang salah diperlukan beberapa langkah. Langkah pertama melakukan verifikasi praoperasi. Proses verifikasi tergantung pada jenis dan kompleksitas

prosedur. Langkah kedua melibatkan pasien menandai daerah luka operasi yang permanen. Langkah ketiga disebut “*time out*”. Sebelum pasien dioperasi tim bedah mengambil waktu “*time out*” untuk melakukan verifikasi akhir pada pasien dengan benar, prosedur yang benar dan penandaan lokasi bedah yang akan dilakukan.

- 5) Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan (prosedur mencuci tangan, prosedur penggunaan alat proteksi diri /APD). Potter & Perry (2010) mengatakan jalur utama penularan patogen yang ditemukan dalam lingkungan pelayanan kesehatan adalah tangan tenaga kesehatan yang tidak dicuci. Alat yang digunakan dipelayanan kesehatan dapat menjadi sumber penularan patogen. Semua personal rumah sakit yang memberikan pelayanan langsung dan individual yang menjalankan fasilitas pendukung dan diagnostik harus mengikuti praktik pencegahan dan kontrol infeksi untuk meminimalkan penyebaran infeksi.
- 6) Mengurangi risiko pasien jatuh (prosedur pengurangan risiko pasien jatuh di ruang perawatan). *Department of veteran Affairs* (2012) mengatakan bahwa pasien dan keluarga diberitahu dan memahami faktor risiko jatuh dan mengetahui strategi untuk mencegah pasien jatuh. Melibatkan keluarga secara aktif pada pasien yang mengalami risiko jatuh. Potter & Perry (2010) mengatakan bahwa untuk mengurangi risiko pasien jatuh sering menggunakan restrain. Penggunaan restrain membutuhkan penyesuaian psikologi klien dan keluarganya. Jika restrain diperlukan, perawat membantu keluarga dan klien dengan menjelaskan alasan penggunaan pelayanan yang diharapkan saat klien dipasang restrain, tindakan yang harus diambil untuk menghindari cedera dan bahwa restrain hanya bersifat sementara dan protektif.

3.2.7 Aturan

Aturan pekerjaan adalah prosedur yang merupakan interpretasi kebijakan dan memberikan arahan kepada karyawan tentang tata cara melakukan pekerjaan/tindakan. Sebagai bagian pernyataan kebijakan dan prosedur, aturan

menjelaskan situasi yang memungkinkan hanya satu pilihan tindakan (Marquis & Huston, 2012; McEachen & Keogh, 2007). Sedangkan Swansburg (1999) mengatakan aturan dan peraturan menggambarkan apa yang dapat atau yang tidak dapat dikerjakan dalam keadaan tertentu.

Aturan terkait dengan sasaran keselamatan pasien (Permenkes RI, 2011):

- 1) Mengidentifikasi pasien secara efektif: a) lakukan identifikasi pasien dengan dua/tiga identitas pada gelang tangan pasien: nama, nomor rekam medis, tanggal lahir. b) jangan menggunakan identitas pasien dengan nomor kamar pasien.
- 2) Meningkatkan komunikasi yang efektif: a) lakukan konfirmasi ulang apabila menerima informasi melalui telepon. b) catat dengan jelas di dokumen pasien informasi yang diterima.
- 3) Meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert*) yang ada di ruang rawat inap: a) jangan meletakkan obat cairan konsentrat di sembarang tempat. b) perhatikan tehnik 6 Benar (Benar Obat, Benar Dosis, Benar Pasien, Benar Rute, Benar Waktu, Benar Dokumen). c) perhatikan tehnik 10 Benar (ditambah Benar Informasi, Benar Pengkajian, Benar ada penolakan dari klien dalam pengobatan, Benar Evaluasi).
- 4) Memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien dalam tindakan operasi: a) libatkan pasien dalam penandaan lokasi operasi pasien. b) gunakan *check list* pada saat pasien akan di bawa ke kamar operasi.
- 5) Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan: a) lakukan cuci tangan sesuai prosedur sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada pasien. b) gunakan alat proteksi diri (APD) sesuai prosedur.
- 6) Mengurangi risiko pasien jatuh: a) jangan tinggalkan sendiri pasien yang berisiko jatuh. b) berikan label pada tempat tidur pasien/pada gelang tangan pasien yang berisiko jatuh. c) tempatkan pasien yang berisiko jatuh pada tempat tidur yang berpagar atau kamar pasien yang dekat dengan *nurse station*. d) kunci roda tempat tidur pasien. e) pastikan lantai kamar mandi pasien tidak licin. f) pastikan pencahayaan ruangan dan kamar mandi pasien cukup terang.

BAB 4

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan di rumah sakit yaitu: keselamatan pasien, keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Kelima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakit (Depkes RI, 2008).

Sejak awal tahun 1900 institusi rumah sakit selalu meningkatkan mutu pada 3 elemen yaitu struktur, proses, dan outcome dengan bermacam-macam konsep dasar, program regulasi yang berwenang misalnya antara lain penerapan standar pelayanan rumah sakit, penerapan *quality assurance*, *total quality management*, *continous quality improvement*, perizinan, akreditasi, kredensialing, audit medis, indikator klinis, *clinical governance*, ISO, dan lain sebagainya. Harus diakui program-program tersebut telah meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit baik pada aspek struktur, proses maupun output dan outcome (Depkes RI, 2008).

4.1 Tujuan

Tujuan keselamatan pasien di rumah sakit Depkes (2008) yaitu: terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

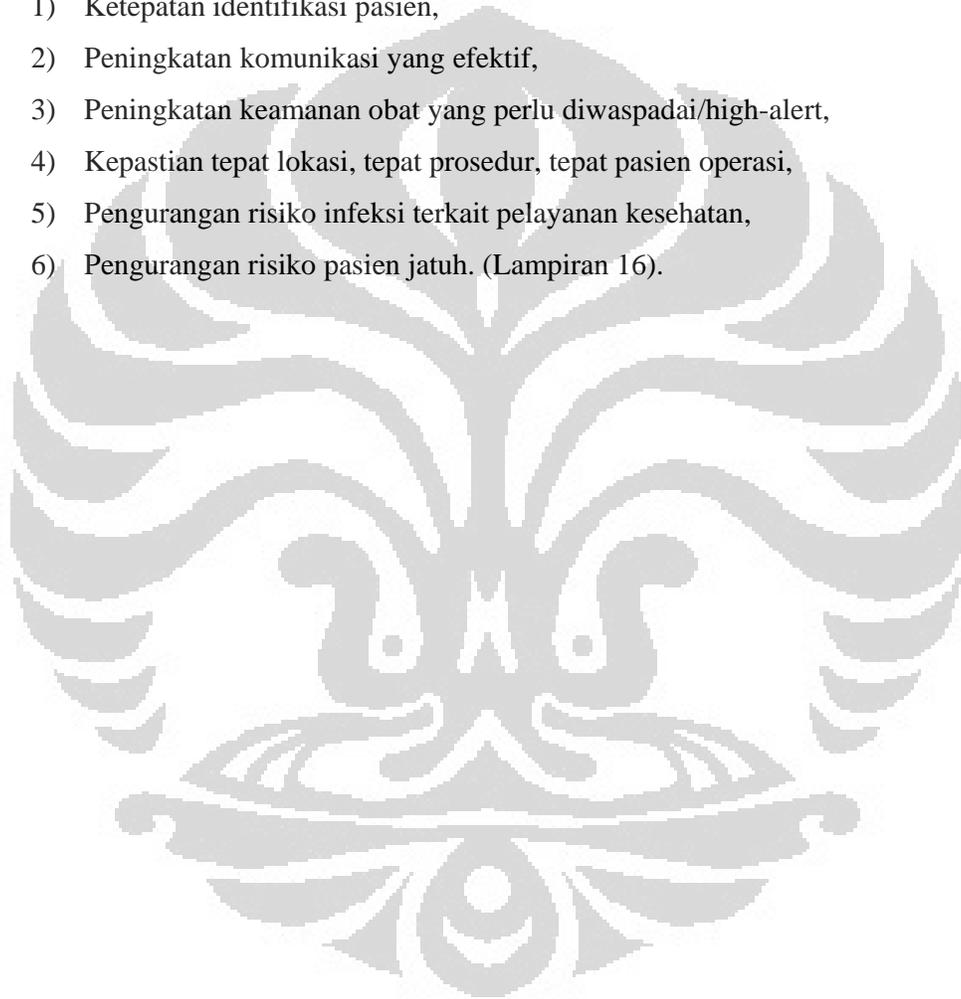
4.2 Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Maksud dari sasaran

keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini.

Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut (Permenkes RI, 2011):

- 1) Ketepatan identifikasi pasien,
- 2) Peningkatan komunikasi yang efektif,
- 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai/high-alert,
- 4) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi,
- 5) Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan,
- 6) Pengurangan risiko pasien jatuh. (Lampiran 16).



DAFTAR PUSTAKA

- American Heritage Dictionary. (2003). *The american heritage dictionary of the english language*, 4th ed. USA: Houghton Mifflin Company. Diakses pada 02 Maret 2012 melalui www.thefreedictionary.com
- Canadian Nurse Association. (2004). *Nurses and patientsafety: Discussion paper*. Canadian Nurse Association and university of Toronto Faculty of Nursing. Februari 20, 2012. <http://www.cna-nurses.ca/CNA/practice/>
- Colins English Dictionary. (2003). *Colins english dictionary complete and unabridged*. England: HarperCollins Publisher. Diakses pada 02 Maret 2012 melalui www.thefreedictionary.com
- Davies, J.M., Hebert, P., & Holffman, C. (2003). *The canadian patient safety dictionary*. Ottawa. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Dennison, R. D. (2007). A medication safety education program to reduce the risk of harm caused bay medication errors. *The journal of continuing education in nursing*. July/Agust 2007. Vol. 38. No.4. Diakses pada 11 Maret 2012 melalui www.proquest.com
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit. Utamakan keselamatan pasien*. Edisi 2. Jakarta: Depkes RI.
- Department of Veterans Affairs. (2012). *Fall prevention and management*. Washington DC: NCPS.
- Disease Management Association of America (DMAA). (2005). *Defining patient safety*. America: Lionheart Publishing. Diakses pada 02 Maret 2012 melalui www.psqh.com.
- Huber, D L. (2010). *Leadership and nursing care management*. 4th Ed. Missouri: Saunders
- IJHCQ. (2011). Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 24 Isssue 4 pp 274-283. Diakses 11 Maret 2012 melalui www.ijhcq.com.
- Ilyas,Y. (2004). *Perencanaan sdm rumah sakit : Teori, metoda, formula*. Jakarta: Pusat kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- Komis Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2012). *Panduan penyusunan dokumen akreditasi*. Jakarta: KARS
- Kohn, L.T., Corringan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC. National Academy Press. Diakses pada 02 Maret 2012 melalui www.nlm.nih.gov

- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). (2008). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP)*. Jakarta: KKPRS
- Kozier & Erb. (2012). *Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice*. 9th ed. Canada: Pearson
- Leonard, M., Graham, S., Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *BMJ Journals Qual Saf Health care*. Vol. 13:185-190. Diakses pada 12 Maret 2012 melalui www.qualitysafety.bmj.com.
- Marquis, B.L. dan Huston, C.J. (2012). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McEachen, I., Keogh, J. (2007). *Nurse management demystified*. USA: The McGraw Hill Companies.
- Menteri Kesehatan RI. (2011). *Peraturan menteri kesehatan nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit*. Diakses pada 20 Januari 2012 dari <http://hukor.depkesri.go.id>.
- Motacki, K., Burke, Kathleen. (2011). *Nursing delegation and management of patient care*. St. Louis: Mosby.
- National Patient Safety Foundation. (2012). *Be aware for safe care*. Boston: NPSF. Diakses pada 12 Maret 2012 melalui www.npsf.org.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Fundamental of nursing*, Edisi Bahasa Indonesia. Jakarta: Salemba Medika.
- Ramsey, G. (2005). *Nurses, medical errors, and culture of blame*. Proquest health management. 2 (25), 25-27. Februari 20, 2012. <http://proquest.umi.com/pqdweb/>.
- Sitorus, R., Panjaitan, R. (2011). *Manajemen keperawatan: Manajemen keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: Sagung Seto.
- Soejitno, S. (2002). *Reformasi perumahsakitannya indonesia*. Jakarta: PT. Grasindo
- Swansburg, R.C. (1999). *Introductory management & leadership for nurses*. 2nd Ed. Boston; James & Barlet Publisher.
- Tomey, A. M. (2009). *Guide to nursing management and leadership*. 8th ed. St. Louis: Mosby.
- WHO. (2009). *Human factors in patient safety review of topics and tools: report for methods and measures working group of WHO patient safety*. WHO/IER/PSP/2009.05. Diakses pada 12 Maret 2012 melalui www.who.int/patientsafety

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Sasaran I. Ketepatan Identifikasi Pasien

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbias/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensorik, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan, kedua untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Untuk itu rumah sakit perlu mengembangkan kebijakan pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

Kepala ruang sebagai manajer diharapkan dapat mengembangkan kebijakan atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi yaitu dengan cara:

- a. Mengidentifikasi pasien menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b. Mengidentifikasi pasien sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- c. Mengidentifikasi pasien sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- d. Mengidentifikasi pasien sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
- e. Mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan kondisi sesuai dengan kebijakan dan prosedur.

Sasaran II. Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. 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 kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk mencatat (atau memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah, kemudian penerima perintah membacakan kembali perintah atau hasil pemeriksaan, dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat.

Kepala ruang memastikan stafnya untuk dapat:

- a. Menuliskan secara lengkap informasi yang diterima melalui telepon atau hasil pemeriksaan yang telah diterima.
- b. Membacakan kembali informasi yang diterima melalui telepon atau hasil pemeriksaan yang telah diterima.
- c. Mengkonfirmasi kembali informasi yang diterima melalui telepon atau hasil pemeriksaan yang telah diterima.
- d. Melaksanakan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten sebagai kebijakan dan prosedur.

Sasaran III. Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (*High-Alert*).

Ruang rawat inap tidak hanya mengelola pasien, tetapi juga mengelola obat-obatan. Pengelolaan obat-obatan merupakan bagian dari perencanaan kepala ruang yang harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (nama obat rupa dan ucapan mirip/NORUM, atau *look alike soun alike/LASA*).

Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0,9%, dan magnesium sulfat =50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dan penjelasan tentang obat-obatan dengan baik yang sering dilakukan pada pasien. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obatan yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Kepala ruang memastikan dapat:

- a. Mengembangkan kebijakan/prosedur tentang proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- b. Mengimplementasikan kebijakan/prosedur tersebut.
- c. Menempatkan elektrolit konsentrat pada tempat yang aman dan pemberian label yang jelas.

Sasaran IV. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

Salah lokasi, salah prosedur, salah pasien pada operasi adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tm bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi.

Asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka agar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*), dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang).

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk:

- a. Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar.
- b. Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang.
- c. Melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan atau implant yang dibutuhkan.

Tahap “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan di mana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checlist*.

Elemen penilainya sebagai berikut:

- a. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
- b. Rumah sakit menggunakan suatu checlist 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.
- c. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.

- d. Kebijakan dan prosedur 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.

Sasaran V. 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 (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).

Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Rumah sakit mengembangkan kebijakan atau prosedur petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk di rumah sakit. Sasaran pada pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan adalah:

- a. Rumah sakit membuat pedoman *hand hygiene* yang efektif.
- b. Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
- c. Kebijakan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Sasaran VI. 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.

Elemen penilaian adalah:

- a. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diidentifikasi terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
- b. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
- c. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- d. Kebijakan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.



POKOK BAHASAN

**PERENCANAAN KEPALA RUANG
DALAM PELAKSANAAN KESELAMATAN PASIEN**

**S
A
T
U
A
N
A
C
A
R
A
P
E
L
A
T
I
H
A
N**

Disusun Oleh:

PURWANTO

NPM: 1006748803

**Fakultas Ilmu Keperawatan
Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
2012**

Satuan Acara Pelatihan (SAP)

Mata Ajaran	: Manajemen Keperawatan
Pokok Bahasan	: Pedoman Perencanaan Kepala Ruang dalam Pelaksanaan Keselamatan Pasien
Sub Pokok Bahasan	: 1. Pengertian pedoman rencanaan 2. Pengertian perencanaan 3. Pengertian kepala ruang 4. Jenis-jenis perencanaan 5. Dasar-dasar perencanaan (visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, aturan) 6. Pengertian keselamatan pasien 7. Tujuan keselamatan pasien 8. Sasaran keselamatan pasien
Hari/Tanggal	: April 2012
Sasaran	: Kepala Ruang
Alokasi Waktu	: 2 x 60 Menit
Fasilitator	: Purwanto (Mahasiswa Magister Keperawatan) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Tujuan

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti kegiatan sosialisasi penerapan pedoman perencanaan kepala ruang peserta mampu memahami tentang perencanaan kepala ruang dalam pelaksanaan keselamatan pasien.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan pelatihan, peserta diharapkan mampu menjelaskan tentang:

1. Pengertian pedoman
2. Pengertian perencanaan
3. Pengertian kepala ruang

4. Jenis-jenis perencanaan
5. Dasar-dasar perencanaan (visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, aturan)
6. Pengertian keselamatan pasien
7. Tujuan keselamatan pasien
8. Sasaran keselamatan pasien

Materi:

1. Pengertian pedoman
2. Pengertian perencanaan
3. Pengertian kepala ruang
4. Jenis-jenis perencanaan
5. Dasar-dasar perencanaan (visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, aturan)
6. Pengertian keselamatan pasien
7. Tujuan keselamatan pasien
8. Sasaran keselamatan pasien

Kegiatan Pelatihan

A. Metode

Ceramah, diskusi, presentasi

B. Media

Komputer / Laptop, LCD, PPT, ATK

C. Persiapan

Pra interaksi: 1. *Setting* tempat

2. Menyiapkan peralatan dan materi
3. Persiapan diri
4. Persiapan peserta

D. Uraian Kegiatan

NO	TAHAPAN	WAKTU	KEGIATAN PELATIHAN	
			FASILITATOR	PESERTA PELATIHAN
1	Pembukaan	10 Menit	Mengucapkan salam Menetapkan kontrak waktu Menjelaskan tujuan pelatihan	Menjawab salam Menyepakati kontrak waktu Mendengarkan dan mencatat
2	Materi	50 Menit	<ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan tentang pengertian pedoman perencanaan (<i>refleksi</i>) • Menjelaskan pengertian pedoman perencanaan • Menjelaskan pengertian perencanaan • Menjelaskan pengertian kepala ruang • Memberikan kesempatan peserta untuk bertanya • Memberi penegasan atas jawaban peserta pelatihan • Menjelaskan jenis-jenis perencanaan • Menjelaskan dasar-dasar perencanaan • Memberikan kesempatan peserta untuk bertanya • Memberi penegasan atas jawaban peserta pelatihan • Menjelaskan keselamatan pasien • Menjelaskan tujuan keselamatan pasien • Menjelaskan sasaran keselamatan pasien • Memberikan kesempatan peserta untuk bertanya • Memberi penegasan atas jawaban peserta pelatihan 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendiskusikan dan menjawab pertanyaan • Mendengarkan dan memperhatikan • Mengajukan pertanyaan • Mendengarkan dan memperhatikan • Mengajukan pertanyaan • Mendengarkan, mencatat dan memperhatikan • Mengajukan pertanyaan • Mendengarkan, mencatat dan memperhatikan
3	Diskusi kelompok	25 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Peserta dibagi 3 kelompok • Kelompok I menyusun perencanaan harian • Kelompok II menyusun perencanaan bulanan • Kelompok III menyusun perencanaan tahunan 	<ul style="list-style-type: none"> • Membagi 3 kelompok • Mengerjakan tugas sesuai dengan kasus yang diberikan

NO	TAHAPAN	WAKTU	KEGIATAN PELATIHAN	
			FASILITATOR	PESERTA PELATIHAN
4	Presentasi	20 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Masing-masing kelompok mempresentasikan hasil diskusi • Memberikan kesempatan kelompok lain menanggapi dan memberi masukan hasil presentasi dari masing-masing kelompok. • Menyamakan persepsi dari masing-masing kelompok 	<ul style="list-style-type: none"> • Mempresentasikan hasil diskusi kelompok • Mengklarifikasi hasil diskusi dari masing-masing kelompok • Mendengarkan dan mencatat
5	Penutup	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Meminta dari salah satu peserta untuk memberikan penguatan apa yang harus dikerjakan sebagai kepala ruangan • Memberikan penguatan terhadap jawaban peserta • Bersama-sama menyamakan persepsi yang dikemukakan • Mengucapkan salam 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyampaikan pendapatnya • Mendengarkan dan memperhatikan • Menjawab salam

Evaluasi

- A. 100 % peserta sosialisasi mengikuti kegiatan sampai dengan selesai.
- B. 25 % peserta pelatihan mengajukan beberapa pertanyaan.
- C. Sosialisasi berjalan sesuai dengan jadwal.
- D. Peserta sosialisasi menerapkan pedoman perencanaan kepala ruang dalam pelaksanaan keselamatan pasien yang telah di terima.

PERENCANAAN KEPALA RUANG

No	Kegiatan	Tahunan	Ket	Bulanan	Ket	Mingguan	Ket	Harian	Ket
1	PLANNING	<ol style="list-style-type: none"> 1) Membuat perencanaan tahunan dimulai dengan penerapan filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan. Membuat perencanaan untuk mencapai visi, misi, dan tujuan organisasi. 2) Menyusun rencana kerja kegiatan tahunan. 3) Perencanaan perawatan pasien dalam satu tahun 4) Perencanaan program keselamatan pasien dalam satu tahun 5) Perencanaan administrasi pasien dalam satu tahun (mencatat BOR, LOS, TOI, BTO) 6) Perencanaan tahunan terkait kebutuhan logistik : perencanaan kebutuhan linen, kebutuhan peralatan kesehatan, kebutuhan alat tulis kantor (ATK), kebutuhan obat-obatan, dan kebutuhan rumah tangga. 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Perencanaan perawatan pasien dalam satu bulan 2) Perencanaan program keselamatan pasien dalam satu bulan 3) Perencanaan administrasi pasien dalam satu bulan (mencatat BOR, LOS, TOI, BTO) 4) Perencanaan bulanan terkait kebutuhan logistik : perencanaan kebutuhan linen, kebutuhan peralatan kesehatan, kebutuhan alat tulis kantor (ATK), kebutuhan obat-obatan, dan kebutuhan rumah tangga. 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Perencanaan perawatan pasien dalam satu minggu 2) Perencanaan program keselamatan pasien dalam satu minggu 3) Perencanaan administrasi pasien dalam satu minggu 4) Perencanaan mingguan terkait kebutuhan logistik : menyediakan kebutuhan linen, kebutuhan peralatan kesehatan, kebutuhan alat tulis kantor (ATK), kebutuhan obat-obatan, dan kebutuhan rumah tangga. 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Perencanaan perawatan pasien meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, penetapan rencana perawatan, implementasi, dan evaluasi yang dilakukan oleh ketua tim/perawat primer. 2) Perencanaan program keselamatan pasien 3) Perencanaan administrasi pasien: mencatat sensus rata-rata pasien setiap hari, rata-rata lama dirawat, jumlah kelahiran, jumlah operasi, jumlah pasien pulang. 4) Perencanaan harian terkait kebutuhan logistik : menyediakan kebutuhan linen, kebutuhan peralatan kesehatan, kebutuhan alat tulis kantor (ATK), kebutuhan obat-obatan, dan kebutuhan rumah tangga. 	

No	Kegiatan	Tahunan	Ket	Bulanan	Ket	Mingguan	Ket	Harian	Ket
2	ORGANIZING	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengorganisir sumber daya manusia (perawat) untuk pencapaian metode pemberian asuhan keperawatan untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan. 2) Pertemuan seluruh staf secara berkelanjutan. 3) Menyusun pendanaan yang dibutuhkan. 4) Melaksanakan koordinasi pelaksanaan kegiatan keperawatan dengan unit terkait. 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Pertemuan dengan staf setiap bulan/sesuai kebutuhan ruangan secara individual. 2) Membuat daftar nama semua tenaga di ruang rawat dan merencanakan pertemuan bulanan secara individual. Membahas bagaimana individu memenuhi filosofi dan objektif rumah sakit, uraian tugas dan penampilan kerja. 3) Permintaan bahan/material di ruang rawat. Rencana permintaan bahan dilakukan berdasarkan kebutuhan dengan mengidentifikasi kebutuhan dalam satu bulan. 4) Mengorganisir jadwal CI dan Katim 5) Mengorganisir presentasi kasus ruangan 6) Terkait sasaran keselamatan pasien: membuat format peta risiko. 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Menetapkan metode/sistem pemberian asuhan keperawatan yang telah digunakan. 2) Menetapkan klasifikasi pasien. 3) Menghitung tingkat ketergantungan pasien. 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Merumuskan metode/sistem pemberian asuhan keperawatan yang akan digunakan. 2) Merumuskan klasifikasi pasien. 3) Mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien. 4) Merumuskan tujuan sistem penugasan. 5) Membuat rincian tugas dan tanggung jawab ketua tim dan anggota tim secara jelas. 6) Membuat rentang kendali. 7) Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan. 8) Memberi wewenang kepada petugas administrasi untuk mengurus administrasi ruangan, mengatur penugasan: jadwal pekarya, identifikasi masalah dan penugasan. 9) Menyediakan form penilaian risiko pasien jatuh dengan menggunakan skala jatuh "morse" 	

No	Kegiatan	Tahunan	Ket	Bulanan	Ket	Mingguan	Ket	Harian	Ket
3	STAFFING	<ol style="list-style-type: none"> 1) Merencanakan jumlah tenaga perawat yang <i>up to date</i> tiap tahun sesuai kebutuhan. 2) Membuat prediksi masa yang akan datang dengan memahami pelaksanaan fungsi ketenagaan saat ini dan masa lalu. 3) Merencanakan peningkatan kompetensi perawat di ruangan 4) Merencanakan kebutuhan sumber daya: peralatan yang diperlukan. 5) Merencanakan pengembangan dan peningkatan pengetahuan, keterampilan SDM (pendidikan, pelatihan, seminar). 6) Merencanakan jadwal cuti tahunan staf 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Pengaturan jadwal dinas dalam satu bulan. 2) Pengaturan jadwal cuti staf. 3) Mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan staf terkait dengan penampilan kerja. 4) Melakukan program orientasi bagi perawat baru/peserta didik/peserta pelatihan. 5) Mengidentifikasi adanya tenaga perawat yang terampil/profesional untuk memenuhi tujuan organisasi. 6) Melakukan sosialisasi terkait dengan nilai organisasi dan unit kerja 7) Merencanakan staf yang mengikuti <i>In House Training</i> (IHT) 8) Pertemuan dengan semua staf setiap bulan misalnya pada diskusi kasus/konferen setiap bulan, rapat bulanan. 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Pengaturan jadwal ijin kerja 2) Pengaturan jadwal libur 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Menunjuk ketua tim yang bertugas di ruangan. 2) Menunjuk penanggung jawab sensus harian, keselamatan pasien, <i>trolly emergency</i> 3) Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien per <i>shif</i> per hari. 4) Menentukan jumlah tenaga perawat untuk setiap shif. 5) Membagi jumlah tenaga perawat ke dalam tim. 6) Membagi rasio pasien dengan jumlah perawat yang ada 7) Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan saat kekurangan dan kelebihan tenaga perawat. 8) Membuat rotasi dinas/jadwal dinas: pagi, sore, dan malam. 9) Mengatur jadwal kerja staf terkait dengan ijin, libur, sakit, mengikuti rapat, tidak masuk kerja tanpa alasan. 	
4	ACTUATING	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengarahkan ketua tim untuk melaksanakan asuhan keperawatan pasien secara optimal. 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Menyusun jadwal ronde keperawatan, supervisi keperawatan ketua tim. 2) Melakukan supervisi: 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan ronde keperawatan dan ronde keselamatan 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Memberi pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim/PJ shif 2) Memberi pengarahan pada saat 	

No	Kegiatan	Tahunan	Ket	Bulanan	Ket	Mingguan	Ket	Harian	Ket
		2) Mengusulkan untuk memberikan penghargaan kepada staf yang telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik.		<p>melalui pengawasan langsung dengan inspeksi, pengawasan tidak langsung melalui daftar hadir ketua tim, membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan, mendengarkan laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas.</p> <p>3) Memberi umpan balik dan penghargaan serta mengidentifikasi perbaikan.</p> <p>4) Mengarahkan ketua tim untuk pelaksanaan ronde keperawatan, supervisi keperawatan secara berkelanjutan.</p> <p>5) Melaksanakan program bimbingan bagi peserta didik/peserta pelatihan.</p> <p>6) Melaksanakan bimbingan dan pembinaan dalam pelaksanaan standar/prosedur</p>		<p>pasien</p> <p>2) Melakukan supervisi keperawatan dan supervisi keselamatan pasien</p>		<p><i>pre dan post conference.</i></p> <p>3) Memberi pujian kepada ketua tim dan anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik.</p> <p>4) Memberi motivasi dalam meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan sikap.</p> <p>5) Memberikan kebebasan kepada staf untuk mengungkapkan perasaan/ide-ide dan kreativitasnya dalam mengembangkan diri.</p> <p>6) Menerima masukan dari staf tentang kriteria staf dalam program seleksi perawat baru.</p> <p>7) Memberikan umpan balik kepada ketua tim dan anggota.</p> <p>8) Mendelegasikan tugas saat kepala ruangan tidak ada ditempat kepada ketua tim.</p> <p>9) Menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan.</p> <p>10) Melibatkan bawahan dari awal hingga akhir kegiatan.</p> <p>11) Membimbing bawahan yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya, memberi teguran kepada bawahan yang melakukan kesalahan, meningkatkan</p>	

No	Kegiatan	Tahunan	Ket	Bulanan	Ket	Mingguan	Ket	Harian	Ket
				pelayanan keperawatan 7) Mengidentifikasi potensi kelebihan dan kekurangan serta kepuasan staf. 8) Mensosialisasikan visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus ruang rawat secara berkelanjutan setiap pertemuan staf. 9) Mensosialisasikan kebijakan, prosedur, dan aturan yang telah ditetapkan secara berkelanjutan setiap pertemuan staf.				kolaborasi dengan anggota tim. 12) Melakukan komunikasi yang baik: mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim maupun pelaksana mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, menjadi pendengar yang baik. 13) Mengatasi konflik internal maupun eskternal. 14) Memfasilitasi konflik. 15) Melakukan ronde keperawatan sesuai jadwal yang ditentukan. 16) Melakukan ronde keselamatan pasien	
5	CONTROLING	1) Melakukan penilaian peningkatan mutu asuhan keperawatan. 2) Melakukan evaluasi visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan yang telah ada. 3) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan aturan yang telah ada 4) Melakukan evaluasi penilaian kinerja perawat ruangan. 5) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi penilaian kinerja		1) Melakukan evaluasi metode pemberian asuhan keperawatan yang dilaksanakan dengan menggunakan instrumen evaluasi A, B, C setiap bulan. 1) Melakukan penilaian kinerja perawat dan staf lainnya untuk penilaian dalam satu bulan. 2) Melakukan evaluasi penjadwalan dinas dalam satu bulan. 3) Melakukan penilaian kinerja perawat terkait		1) Melakukan evaluasi jadwal kerja dan kehadiran staf 2) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi jadwal kerja dan kehadiran staf 3) Melakukan evaluasi jadwal dinas pagi, sore, dan malam. 4) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi jadwal dinas pagi, sore, dan malam.		1) Melakukan evaluasi kerja pelaksanaan asuhan keperawatan dengan membandingkan perencanaan yang telah disusun bersama ketua tim. 2) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi kerja pelaksanaan asuhan keperawatan. 3) Melakukan evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan, apakah setiap pasien mempunyai rencana perawatan, apakah tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan rencana perawatan	

No	Kegiatan	Tahunan	Ket	Bulanan	Ket	Mingguan	Ket	Harian	Ket
		<p>perawat ruangan.</p> <p>6) Melakukan evaluasi metode pemberian asuhan keperawatan yang dilaksanakan di ruang rawat inap tiap tahun (kepuasan perawat, kepuasan dokter dan profesi lain, kepuasan pasien).</p> <p>7) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi terhadap metode pemberian asuhan keperawatan.</p> <p>8) Melakukan evaluasi standar/prosedur yang ada.</p> <p>9) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi standar/prosedur pelayanan keperawatan.</p> <p>10) Melakukan evaluasi pelaksanaan supervisi dan ronde keperawatan.</p> <p>11) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pelaksanaan supervisi dan ronde keperawatan.</p> <p>12) Melakukan evaluasi pelaksanaan ronde keperawatan</p> <p>13) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pelaksanaan ronde keperawatan.</p> <p>14) Melakukan evaluasi pelaksanaan infeksi nosokomial bekerja sama dengan tim ICN</p> <p>15) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pelaksanaan infeksi nosokomial.</p>		<p>dengan sasaran keselamatan pasien: memantau/monitoring hasil peta risiko.</p> <p>4) Melakukan evaluasi prioritas apa penyebab peta risiko.</p> <p>5) Melakukan evaluasi dan tindak lanjut implementasi 6 sasaran keselamatan pasien</p> <p>6) Melakukan evaluasi dan tindak lanjut hasil evaluasi program CI</p> <p>7) Membuat laporan bulanan jumlah pasien yang mengalami KTD/KNC, pembinaan petugas yang melakukan KTD/KNC bekerja sama dengan panitia keselamatan pasien rumah sakit.</p>		<p>5) Melakukan evaluasi rasio pasien dengan jumlah perawat yang ada.</p> <p>6) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi rasio pasien dengan jumlah perawat yang ada</p> <p>7) Melakukan evaluasi pelaksanaan <i>pre</i> dan <i>post conference</i> setiap <i>shift</i></p> <p>8) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pelaksanaan <i>pre</i> dan <i>post conference</i> setiap <i>shift</i></p> <p>9) Melakukan evaluasi keamanan dan kebersihan ruangan</p> <p>10) Melakukan evaluasi pendelegasian tugas kepala ruang</p> <p>11) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi pendelegasian tugas kepala ruang</p>		<p>4) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan.</p> <p>5) Melakukan pemantauan pelaksanaan <i>pre</i> dan <i>post conference</i> setiap <i>shift</i>.</p> <p>6) Melakukan tindak lanjut hasil pemantauan pelaksanaan <i>pre</i> dan <i>post conference</i> setiap <i>shift</i>.</p> <p>7) Melakukan pemantauan keamanan dan kebersihan ruangan.</p> <p>8) Melakukan evaluasi keselamatan pasien</p> <p>9) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi keselamatan pasien</p> <p>10) Melakukan surveilen infeksi</p> <p>11) Melakukan pemantauan pasien telah teridentifikasi dengan penggunaan identitas minimal dua (nama pasien, nomor rekam medis pasien atau tanggal lahir pasien) pada gelang tangan pasien.</p> <p>12) Melakukan pemantauan pasien yang akan dilakukan operasi tercatat dengan benar</p> <p>13) Melakukan pemantauan perawat di ruangan terhadap pencegahan risiko infeksi.</p> <p>14) Melakukan pemantauan penilaian risiko pasien jatuh.</p>	

No	Kegiatan	Tahunan	Ket	Bulanan	Ket	Mingguan	Ket	Harian	Ket
		16)Melakukan evaluasi ketenagaan (kebutuhan tenaga, penilaian kinerja, pengembangan keprofesian). 17)Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi ketenagaan. 18)Melakukan evaluasi kebutuhan peralatan. 19)Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi kebutuhan peralatan. 20)Melakukan evaluasi penyusunan visi, misi, filosofi, tujuan umum, tujuan khusus ruang rawat. 21)Terkait dengan sasaran keselamatan pasien: melakukan tindak lanjut terhadap prioritas penyebab peta risiko.				12)Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi surveilan infeksi		15)Melakukan evaluasi penilaian pasien risiko pasien jatuh 16)Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi penilaian risiko pasien jatuh 17)Melaksanakan pemantauan pasien risiko jatuh terpasang dengan gelang warna kuning 18)Melakukan pemantauan pelaksanaan pengisian peta risiko ruang rawat. 19)Melakukan pencatatan dan membuat laporan KTD/KNC bila terjadi KTD/KNC kepada Panitia Keselamatan Pasien Rumah Sakit untuk tindak lanjut.	

Mengetahui
 Bidang Keperawatan
 Rumah Sakit

(.....)

Jakarta, Juni 2012

Kepala Ruang.....

(.....)

PERENCANAAN KESELAMATAN PASIEN

VISI	MISI	FILOSOFI	TUJUAN UMUM	TUJUAN KHUSUS	KEBIJAKAN	PROSEDUR	ATURAN
Keselamatan pasien menjadi tujuan utama perawatan kami	Memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang aman terhadap keselamatan pasien dengan tidak meninggalkan nuansa keIslaman yang kental, untuk meningkatkan kualitas hidup manusia seutuhnya	Kami menyadari bahwa semua pasien mendapat asuhan keperawatan yang aman secara individual dari semua perawat, dan asuhan yang diberikan berupa pelayanan profesional yang Islami mencakup kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual	Memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif yang aman berdasarkan pengkajian perawat profesional dengan memperhatikan kebutuhan biopsikososial spiritual pasien dan keluarga	Semua perawat mampu: 1. Mengidentifikasi pasien secara efektif 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif 3. Meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai/ <i>high-alert</i> 4. Memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi 5. Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan 6. Mengurangi risiko pasien jatuh	Kebijakan terkait dengan sasaran keselamatan pasien yang perlu diperhatikan: 1. SK pedoman identifikasi pasien dengan tepat di RS. 2. SK komunikasi efektif. 3. SK pedoman peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai. 4. SK <i>check list safe surgery</i> di kamar bedah. 5. SK upaya mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. 6. SK pengurangan risiko pasien jatuh.	Prosedur terkait dengan sasaran keselamatan pasien yang perlu diperhatikan: 1. Prosedur identifikasi pemasangan gelang identitas pasien 2. Prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan pemeriksaan klinis 3. Prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan pemberian pengobatan 4. Prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan tindakan 5. Prosedur penyerahan bayi saat pulang atau pindah ruangan 6. Prosedur komunikasi pada saat operan 7. Prosedur komunikasi melalui telepon 8. Prosedur komunikasi saat visite bersama dokter 9. Prosedur identifikasi obat yang perlu diwaspadai	Aturan terkait dengan sasaran keselamatan pasien: 1. Mengidentifikasi pasien secara efektif (lakukan identifikasi pasien dengan dua/tiga identitas pada gelang tangan pasien: nama, nomor rekam medis, tanggal lahir. Jangan menggunakan identitas pasien dengan nomor kamar pasien). 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif: 1) lakukan konfirmasi ulang apabila menerima informasi melalui telepon. 2) catat dengan jelas di dokumen pasien informasi yang diterima 3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai (<i>high-alert</i>) yang ada di ruang rawat inap: 1) jangan meletakkan obat cairan konsentrat di sembarang tempat. 2) perhatikan tehnik 6 Benar (Benar Obat, Benar Dosis, Benar Pasien, Benar Rute, Benar Waktu, Benar Dokumen. 3). Perhatikan tehnik 10 Benar

VISI	MISI	FILOSOFI	TUJUAN UMUM	TUJUAN KHUSUS	KEBIJAKAN	PROSEDUR	ATURAN
						10. Prosedur pengelolaan cairan elektrolit konsentrat 11. Prosedur pelayanan perioperatif 12. Prosedur mencuci tangan 13. Prosedur penggunaan alat proteksi diri (APD) 14. Prosedur pengurangan risiko pasien jatuh	(ditambah: Benar Informasi, Benar Pengkajian, Benar ada penolakan klien dalam pengobatan, Benar Evaluasi. 4. Memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien dalam tindakan operasi ; 1) libatkan pasien dalam penandaan lokasi operasi pasien. 2) gunakan <i>check list</i> pada saat pasien akan dibawa ke kamar operasi. 5. Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan: 1) lakukan cuci tangan sesuai prosedur sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada pasien. 2) gunakan alat proteksi diri (APD) sesuai prosedur 6. Mengurangi risiko pasien jatuh: 1) jangan tinggalkan sendiri pasien yang berisiko jatuh. 2) berikan label pada tempat tidur pasien/pada gelang tangan pasien yang berisiko jatuh. 3) tempatkan pasien yang berisiko jatuh pada tempat tidur yang berpagar atau kamar yang dekat dengan <i>nurse station</i> . 4) kunci roda tempat tidur

PETA RISIKO/KEJADIAN RUANG RAWAT

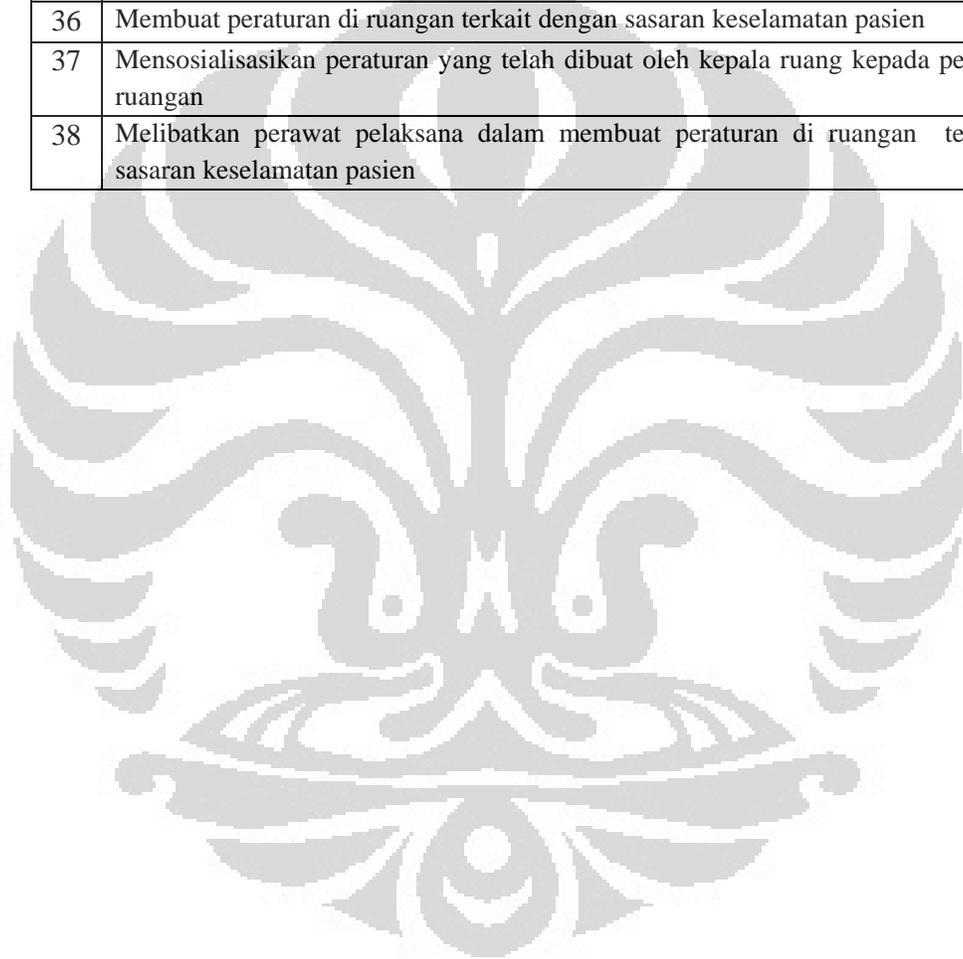
NO	PERNYATAAN	KEGIATAN TAHUN												KET
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sep	Okt	Nov	Des	
1	Salah dalam identifikasi pasien													
2	Salah dalam pemberian obat													
3	Salah dalam pemberian transfusi darah													
4	Salah dalam pengambilan pemeriksaan klinis													
5	Salah dalam pengiriman sampel													
6	Salah dalam melakukana tindakan													
7	Salah dalam pemberian infus													
8	Salah dalam menerima informasi melalui telepon													
9	Salah dalam mencatat instruksi melalui telepon													
10	Salah dalam menerima persepsi dalam komunikasi													
11	Salah dalam identifikasi pasien yang akan dioperasi													
12	Salah dalam mengantar pasien ke kamar operasi													
13	Salah dalam penggunaan APD													
14	Pasien jatuh dari tempat tidur													
15	Pasien jatuh dari kamar mandi													
16	Terjadi luka bakar saat kompres panas													
17	Ruptur karena pemasangan kateter													
18	Trauma akibat pemberian terapi infus													
19	Terjadi plebitis													
20	Terjadi luka dekubitus akibat tirah baring lama													
21	Terjadi kontraktur pada pasien yang mengalami <i>immobilisasi</i>													
22	Terjadi ledakan pada saat pemberian oksigen													
23	Terjadi lecet pada pemasangan restrain													
24	Terjadi lecet pada saat mencukur													
25	Terjadi luka pada saat memotong kuku													
26	Air masuk telinga saat pasien keramas di tempat tidur													
27	Salah dalam menjalankan instruksi dokter													
28	Terjadinya iritasi kulit pada lokassi penempelan plaster													

Jakarta,
 Ruang
 Kepala Ruang

Langkah-langkah yang dikerjakan kepala ruang

No	Kegiatan
1	Membuat visi tentang sasaran keselamatan pasien
2	Mensosialisasikan visi yang telah dibuat oleh kepala ruang kepada perawat diruangan
3	Melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun visi tentang sasaran keselamatan pasien
4	Membuat misi tentang sasaran keselamatan pasien
5	Mensosialisasikan misi yang telah dibuat oleh kepala ruang kepada perawat diruangan
6	Melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun misi tentang sasaran keselamatan pasien
7	Membuat filosofi tentang sasaran keselamatan pasien
8	Mensosialisasikan filosofi yang telah dibuat oleh kepala ruang kepada perawat diruangan
9	Melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun filosofi tentang sasaran keselamatan pasien
10	Membuat tujuan umum tentang sasaran keselamatan pasien
11	Mensosialisasikan tujuan umum yang telah dibuat oleh kepala ruang kepada perawat diruangan
12	Melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun tujuan umum tentang
13	Membuat tujuan khusus tentang sasaran keselamatan pasien
14	Mensosialisasikan tujuan khusus yang telah dibuat oleh kepala ruang kepada perawat diruangan
15	Melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun tujuan khusus tentang sasaran keselamatan pasien
16	Mensosialisasikan kebijakan SK identifikasi pasien dengan tepat
17	Mensosialisasikan kebijakan SK komunikasi efektif
18	Mensosialisasikan kebijakan SK pedoman peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
19	Mensosialisasikan kebijakan SK <i>checklist safe surgery</i> di kamar bedah RS Haji Jakarta
20	Mensosialisasikan kebijakan SK upaya mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
21	Mensosialisasikan kebijakan SK upaya mengurangi risiko pasien jatuh
22	Mensosialisasikan prosedur pemasangan identifikasi gelang pasien
23	Mensosialisasikan prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan pemeriksaan klinis
24	Mensosialisasikan prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan pemberian pengobatan
25	Mensosialisasikan prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan tindakan
26	Mensosialisasikan prosedur penyerahan bayi saat pulang atau pindah ruangan

No	Kegiatan
27	Mensosialisasikan prosedur komunikasi pada saat operan (<i>hand-offer</i>)
28	Mensosialisasikan prosedur komunikasi melalui telepon
29	Mensosialisasikan prosedur komunikasi saat visite bersama dokter
30	Mensosialisasikan prosedur identifikasi obat yang perlu diwaspadai
31	Mensosialisasikan prosedur pengelolaan cairan elektrolit konsentrat
32	Mensosialisasikan prosedur pelayanan perioperatif
33	Mensosialisasikan prosedur mencuci tangan
34	Mensosialisasikan prosedur penggunaan alat proteksi diri (APD)
35	Mensosialisasikan prosedur pengurangan risiko pasien jatuh di ruang perawatan
36	Membuat peraturan di ruangan terkait dengan sasaran keselamatan pasien
37	Mensosialisasikan peraturan yang telah dibuat oleh kepala ruang kepada perawat ruangan
38	Melibatkan perawat pelaksana dalam membuat peraturan di ruangan tentang sasaran keselamatan pasien



LEMBAR CHECK LIST
PERENCANAAN KEPALA RUANG DALAM PELAKSANAAN
KESELAMATAN PASIEN

Ruang :

Nama Kepala Ruang :

No	KEGIATAN	YA	TIDAK
1	Membuat visi tentang sasaran keselamatan pasien		
2	Mensosialisasikan visi yang telah dibuat oleh kepala ruang kepada perawat diruangan		
3	Melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun visi tentang sasaran keselamatan pasien		
4	Membuat misi tentang sasaran keselamatan pasien		
5	Mensosialisasikan misi yang telah dibuat oleh kepala ruang kepada perawat diruangan		
6	Melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun misi tentang sasaran keselamatan pasien		
7	Membuat filosofi tentang sasaran keselamatan pasien		
8	Mensosialisasikan filosofi yang telah dibuat oleh kepala ruang kepada perawat diruangan		
9	Melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun filosofi tentang sasaran keselamatan pasien		
10	Membuat tujuan umum tentang sasaran keselamatan pasien		
11	Mensosialisasikan tujuan umum yang telah dibuat oleh kepala ruang kepada perawat diruangan		
12	Melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun tujuan umum tentang		
13	Membuat tujuan khusus tentang sasaran keselamatan pasien		
14	Mensosialisasikan tujuan khusus yang telah dibuat oleh kepala ruang kepada perawat diruangan		
15	Melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun tujuan khusus tentang sasaran keselamatan pasien		
16	Mensosialisasikan kebijakan SK identifikasi pasien dengan tepat		
17	Mensosialisasikan kebijakan SK komunikasi efektif		
18	Mensosialisasikan kebijakan SK pedoman peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai		
19	Mensosialisasikan kebijakan SK <i>checklist safe surgery</i> di kamar bedah RS Haji Jakarta		
20	Mensosialisasikan kebijakan SK upaya mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan		
21	Mensosialisasikan kebijakan SK upaya mengurangi risiko pasien jatuh		

No	Pernyataan	YA	TIDAK
22	Mensosialisasikan prosedur pemasangan identifikasi gelang pasien		
23	Mensosialisasikan prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan pemeriksaan klinis		
24	Mensosialisasikan prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan pemberian pengobatan		
25	Mensosialisasikan prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan tindakan		
26	Mensosialisasikan prosedur penyerahan bayi saat pulang atau pindah ruangan		
27	Mensosialisasikan prosedur komunikasi pada saat operan (<i>hand-offer</i>)		
28	Mensosialisasikan prosedur komunikasi melalui telepon		
29	Mensosialisasikan prosedur komunikasi saat visite bersama dokter		
30	Mensosialisasikan prosedur identifikasi obat yang perlu diwaspadai		
31	Mensosialisasikan prosedur pengelolaan cairan elektrolit konsentrat		
32	Mensosialisasikan prosedur pelayanan perioperatif		
33	Mensosialisasikan prosedur mencuci tangan		
34	Mensosialisasikan prosedur penggunaan alat proteksi diri (APD)		
35	Mensosialisasikan prosedur pengurangan risiko pasien jatuh di ruang perawatan		
36	Membuat peraturan di ruangan terkait dengan sasaran keselamatan pasien		
37	Mensosialisasikan peraturan yang telah dibuat oleh kepala ruang kepada perawat ruangan		
38	Melibatkan perawat pelaksana dalam membuat peraturan di ruangan tentang sasaran keselamatan pasien		

RIWAYAT HIDUP



Nama : Purwanto
 Tempat Tanggal Lahir : Balikpapan,
 24-11-1968
 Pekerjaan : Pegawai RSUD Dr.
 Kanujoso Djatiwibowo
 Balikpapan

Alamat Rumah : Jl. Tiga Dalam Gang Raudah RT. 053 No. 78
 Kelurahan Gn. Samarinda Balikpapan KalTim

Email : poer_ui@yahoo.com
 Hp : 081253708289

Alamat Kantor : Jl. MT Haryono No. 656 Balikpapan KalTim
 Telephon/Fax : 0542.873837 Fax. 0542.873836

Riwayat Pendidikan :

1	Program Magister Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan FIK UI tahun lulus	2012
2	Profesi Ners FIK UI tahun lulus	2002
3	S1 Keperawatan FIK UI tahun lulus	2001
4	AKTA Mengajar III IKIP Surabaya tahun lulus	1995
5	PAM Keperawatan (Program Keguruan) Soetopo Surabaya tahun lulus	1995
6	SPK RSU Balikpapan tahun lulus	1988
7	SMP II PGRI Petung Balikpapan tahun lulus	1985
8	SDN 012 Petung Balikpapan tahun lulus ...	1982

Riwayat Pekerjaan :

1	Perawat pelaksana UGD	1989-1992
2	Perawat pelaksana ruang anak.....	1996-1997
3	Kepala ruang penyakit medikal bedah dewasa pria	1997-1998
4	Penanggung jawab keperawatan instalasi rawat inap	1998
5	Kepala Seksi Asuhan Keperawatan.	1998-1999
6	Staf direksi Pengembangan Rumah Sakit	2002-2004
7	Ketua Komite Keperawatan.....	2004-2008
8	Kepala Seksi Diklit	2009-2010

DOKUMENTASI KEGIATAN PENELITIAN



Pembukaan Pelatihan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang di RS Haji Jakarta
20 April 2012



Presentasi Pemberian Pedoman Perencanaan Kepala Ruang di RS Haji



Peserta Pelatihan Pemberian Pedoman Perencanaan Kepala Ruang RS Haji
Jakarta



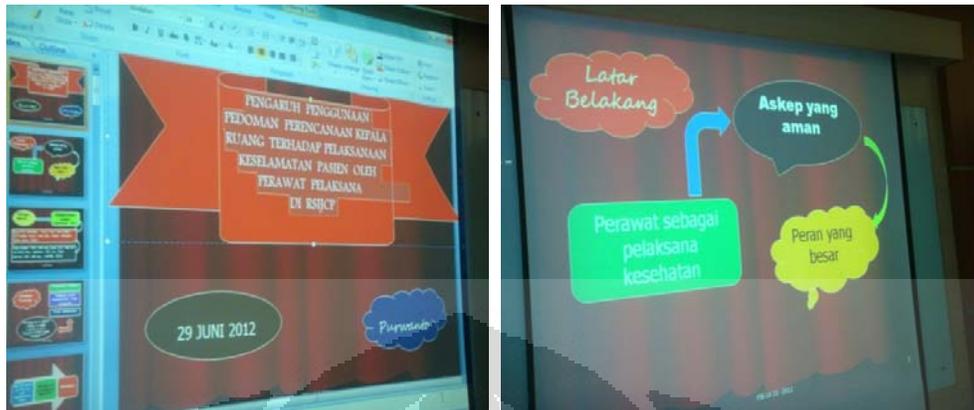
Penjelasan Diskusi Penyusunan Perencanaan Kepala Ruang di RS Haji Jakarta



Proses Diskusi Penyusunan Perencanaan Kepala Ruang di RS Haji Jakarta



Hasil Penerapan Pelaksanaan Keselamatan Pasien di RS Haji Jakarta



Presentasi Pemberian Pedoman Perencanaan Kepala Ruang di RS Islam Jakarta Cempaka Putih 29 Juni 2012



Manajer Keperawatan dan Divisi Pengorganisasian RSIJCP



Peserta Pelatihan Pemberian Pedoman Perencanaan Kepala Ruang RSIJCP