



UNIVERSITAS INDONESIA

**KESIAPAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN
KONSEP KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT UMUM MANUABA TAHUN 2012**

**IDA BAGUS SURYA PUTRA MANUABA
1006799741**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**KESIAPAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN
KONSEP KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT UMUM MANUABA TAHUN 2012**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**IDA BAGUS SURYA PUTRA MANUABA
1006799741**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2012**

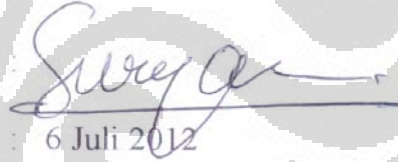
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ida Bagus Surya Putra Manuaba

NPM : 1006799741

Tanda Tangan



Tanggal : 6 Juli 2012

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

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

Nama : Ida Bagus Surya Putra Manuaba
NPM : 1006799741
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

demikian 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:

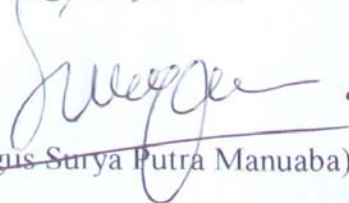
**KESIAPAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN
KONSEP KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT UMUM MANUABA TAHUN 2012**

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini berarti Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa 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 : 6 Juli 2012

Yang menyatakan,



(Ida Bagus Surya Putra Manuaba)

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Ida Bagus Surya Putra Manuaba
NPM : 1006799741
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Tahun Akademik : 2011/2012

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

**KESIAPAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN
KONSEP KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT UMUM MANUABA
TAHUN 2012**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 6 Juli 2012



(Ida Bagus Surya Putra Manuaba)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Ida Bagus Surya Putra Manuaba
NPM : 1006799741
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : **Kesiapan Perawat dalam Menerapkan Konsep Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Manuaba Tahun 2012**

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian prasyarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM (.....)

Penguji : Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS (.....)

Penguji : dr. Mieke Savitri, M.Kes (.....)

Penguji : dr. Yuli Prapancha Satar, MARS (.....)

Penguji : Dr. Budi Hartono, SE, MARS (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 9 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat-Nya tesis ini dapat diselesaikan. Penulisan tesis ini dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk meraih gelar Magister Administrasi Rumah Sakit. Saya menyadari sepenuhnya bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tugas ini. Patut kiranya saya sampaikan bahwa penelitian ini terselesaikan berkat dorongan, bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak yang tidak mungkin saya sebutkan satu persatu. Tapi pada kesempatan ini saya ingin sampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang setinggi tingginya kepada:

1. Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM, selaku Dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan, bantuan, petunjuk, koreksi, saran, semangat dan tak lupa untuk mengingatkan di sela kesibukannya hingga terselesaikannya penelitian ini, terima kasih untuk inspirasinya.
2. Istriku tercinta Ida Ayu Sri Kusuma Dewi, anak-anakku Dayu Santhi dan Gustra yang telah memberikan semangat, bantuan, doa dan support dalam bentuk moril maupun materil, sehingga tesis ini dapat terselesaikan dengan baik.
3. Seluruh Staf Direksi dan karyawan Rumah Sakit Umum Manuaba yang telah membantu dan memberikan masukan dalam pembuatan tesis ini.
4. Tim Penguji Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS dan dr. Mieke Savitri, M.kes selaku penguji dalam serta Dr. Budi Hartono, SE, MARS dan dr. Yuli Prapancha Satar, MARS selaku penguji luar yang telah meluangkan waktunya dan memberikan kesempatan kepada penulis untuk berkonsultasi.
5. Seluruh pengajar Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Program Pascasarjana Universitas Indonesia yang telah

memberikan pengetahuan dan bimbingannya selama pendidikan berlangsung.

6. Staf Administrasi Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia khususnya mbak mbak Amel dan mbak Nadia yang telah membantu kami demi kelancaran penyelesaian pendidikan.
7. Tak lupa kepada semua para sahabat sesama peserta program pendidikan E-Learning dan rekan lainnya yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu serta semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyelesaian tesis ini.

Kepada mereka semua ini, saya haturkan doa kepada Tuhan agar segala kebaikan yang telah diberikan, akan dibalas dengan berlipat ganda oleh Tuhan Yang Maha Esa. Semoga Laporan tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 6 Juli 2012

Penulis,

Ida Bagus Surya Putra Manuaba

ABSTRAK

Nama : Ida Bagus Surya Putra Manuaba
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Kesiapan Perawat dalam Menerapkan Konsep Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Manuaba Tahun 2012

ABSTRAK

Budaya keselamatan pasien baru mulai tumbuh di RSUD Manuaba setelah dicanangkan dan dibentuknya Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit RSUD Manuaba tahun 2009. Belum berjalan dengan baiknya sistem pelatihan yang ada terutama dalam konsep keselamatan pasien menggambarkan belum adanya upaya rumah sakit dalam meningkatkan mutu rumah sakit terutama mutu SDMnya. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui kesiapan perawat dalam menerapkan konsep keselamatan pasien di Rumah Sakit. Penelitian ini menggunakan menggunakan desain *operational research* dengan pendekatan kualitatif jumlah sampel sebanyak 51 orang, yang merupakan jumlah total perawat RSUD Manuaba. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa bahwa untuk saat ini perawat belum siap untuk menerapkan konsep keselamatan pasien di rumah sakit, kebijakan keselamatan pasien dan SOP sudah ada tapi belum disosialisasikan dengan baik dan berkelanjutan. Ada perubahan nilai pengetahuan dan sikap perawat ketika diukur sebelum dan sesudah diberikan pelatihan. Anggaran mengenai pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien belum ada. Pihak rumah perlu meningkatkan pendidikan dan pelatihan mengenai konsep keselamatan pasien agar terwujud budaya keselamatan pasien di lingkungan perawat RSUD Manuaba.

Kata Kunci : Keselamatan Pasien, Perawat, Pendidikan, Pelatihan

ABSTRACT

Name : Ida Bagus Surya Putra Manuaba
Study Program : Hospital Administration Program, Faculty of Public Health, University of Indonesia
Titel : Preparation of Nurses to Apply Patient Safety Concept at Manuaba General Hospital 2012

Patient safety culture has just begun at Manuaba General Hospital after declared and performed patient safety team at 2009. The Patient Safety concept had not worked out properly, the hospital had not strongly forced to improve quality of human resources. The study investigated the preparation of nurses in managing patient safety concept at Manuaba General Hospital. The study used research operational design with qualitative method, total sample were 51 nurses who worked at Manuaba General Hospital. The result showed nurses had not ready to implementation patient safety concept, patient safety policy and standard operational procedure had established but not been good and continuously socialized. There was progression of knowledge and attitude of nurses pre and post training. There was no budget for patient safety training. The management of Hospital need to increase education and training of patient safety to create it concept as a culture in Manuaba General Hospital.

Key words : Patient Safety, Nurse, Education, Training

DAFTAR ISI

Sampul Depan.....	i
Halaman Pernyataan Orisinalitas.....	ii
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi.....	v
Halaman Pernyataan.....	v
Halaman Pengesahan.....	vi
Kata Pengantar.....	vii
Abstrak.....	viii
Abstract.....	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Gambar.....	xv
I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	9
1.4 Tujuan Penelitian.....	9
1.5 Manfaat Penelitian.....	10
2 TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1 Konsep Keselamatan Pasien.....	12
2.1.1 Pengertian Keselamatan Pasien.....	12
2.1.2 Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit Sesuai Kebijakan Depkes.....	14
2.1.3 Manfaat Penerapan.....	14
2.1.4 Langkah–Langkah Penerapan.....	15
2.1.5 Langkah Kegiatan di Rumah Sakit.....	15
2.1.6 Prosedur Perawatan Mengacu Kepada Keselamatan Pasien.....	16
2.1.7 Standar Keselamatan Pasien.....	16
2.2 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang Dilakukan oleh RSUD Manuaba.....	20
2.3 Tenaga Medis Rumah Sakit.....	24

2.4 Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Keperawatan.....	25
2.5 Pengetahuan Tenaga Keperawatan	29
2.6 Sikap Perawat	31
2.7 Kebijakan.....	32
2.8 Dana/Anggaran yang Disiapkan untuk Menunjang Program Keselamatan Pasien.....	34
2.9 Teori Sistem.....	34
3. PROFIL RUMAH SAKIT UMUM MANUABA.....	38
3.1 Sejarah Berdirinya RSUD Manuaba.....	38
3.2 Tugas dan Fungsi	38
3.3 Visi, Misi, Falsafah dan Tujuan Rumah Sakit	39
3.4 Sasaran Mutu	41
3.5 Sumber Daya Manusia.....	42
3.6 Jenis Pelayanan	42
3.7 Struktur Organisasi RSUD Manuaba	47
3.8 Rencana Strategik Rumah Sakit Umum Manuaba.....	48
3.9 Kinerja Rumah Sakit Umum Manuaba	52
4. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	60
4.1 Kerangka Konsep.....	60
4.2 Definisi Operasional.....	62
5. METODE PENELITIAN.....	64
5.1 Rancangan penelitian.....	64
5.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	64
5.3 Tahapan Penelitian	65
5.4 Cara Pengumpulan Data.....	65
5.5 Pengolahan dan Analisis Data.....	66
5.5.1 Pengolahan Data.....	66
5.5.2 Analisis Data.....	66
6. HASIL.....	68
6.1 Kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	68
6.2 Program Pendidikan dan Pelatihan Keselamatan Pasien Rumah Sakit...	68
6.3 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	69

6.4 Karakteristik Responden	73
6.5 Perbedaan Rata-Rata Pengetahuan Perawat	75
6.6 Perbedaan Rata-Rata Sikap Perawat.....	78
6.7 Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Mengenai Keselamatan Pasien	81
6.8 Dana.....	82
6.9 Proses Pelatihan.....	83
6.10 <i>Round Table Discussion</i>	85
7 PEMBAHASAN	87
7.1 Keterbatasan penelitian.....	87
7.2 Kebijakan Keselamatan Pasien RSUD Manuaba.....	87
7.3 Program Pendidikan dan Pelatihan Keselamatan Pasien.....	88
7.4 Karakteristik Responden	89
7.4.1 Umur	89
7.4.2 Jenis Kelamin	90
7.4.3 Status Pekerjaan.....	90
7.4.4 Lama Kerja di Unit Kerja dan Lama Kerja di Rumah Sakit.....	90
7.4.5 Pendidikan	91
7.5 Gambaran Pengetahuan	91
7.6 Gambaran Sikap Keselamatan Pasien	95
7.7 Hubungan antara Pengetahuan dengan Sikap Keselamatan Pasien...	96
7.8 Dana	98
7.9 Diklat dan Monitoring Evaluasi.....	99
7.10 Kesiapan Perawat dalam Menerapkan Konsep Keselamatan Pasien...	100
8. KESIMPULAN DAN SARAN	103
8.1 Kesimpulan.....	103
8.2 Saran.....	103
DAFTAR PUSTAKA	106

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Data Jumlah pelatihan keperawatan di RSUD Manuaba periode tahun 2009 – 2011.....	5
Tabel 3.1	Sasaran Mutu RSUD Manuaba	40
Tabel 3.2	Daftar Karyawan RSUD Manuaba per Desember 2011.....	41
Tabel 3.3	Jumlah Kunjungan Unit Gawat Darurat RSUD Manuaba Tahun 2010	51
Tabel 3.4	Data Kunjungan Unit Gawat Darurat Menurut Jenis Kasus Di RSUD Manuaba Tahun 2010.....	53
Tabel 3.5	Data pasien rawat inap di RSUD Manuaba menurut asal masuknya tahun 2010.....	54
Tabel 3.6	Indikator pelayanan rawat inap RSUD Manuaba dari tahun 2005 – 2010.....	55
Tabel 3.7	Data kinerja laboratorium RSUD Manuaba tahun 2010	57
Tabel 3.8	Pengadaan obat berdasarkan jenis obat di RSUD Manuaba	58
Tabel 6.1	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas (1).....	69
Tabel 6.2	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas (2).....	71
Tabel 6.3	Distribusi Proporsi Karakteristik Perawat Di RSUD Manuaba Tahun 2012.....	72
Tabel 6.4	Distribusi Karakteristik Perawat Di RSUD Manuaba Tahun 2012.....	74
Tabel 6.5	Distribusi Rata-rata Pengetahuan Perawat Tentang Keselamatan Pasien Sebelum dan Sesudah Diadakan Pelatihan Keselamatan Pasien di RSUD Manuaba Tahun 2012.....	75
Tabel 6.6	Distribusi Rata-rata Pengetahuan Perawat Tentang Keselamatan Pasien Sebelum Pelatihan dan 1 Bulan Setelah Diadakan Pelatihan Keselamatan pasien di RSUD Manuaba Tahun 2012	76

Tabel 6.7	Distribusi Rata-rata Pengetahuan Perawat Tentang Keselamatan Pasien Sesudah Diadakan Pelatihan dan 1 Bulan Setelah Pelatihan Keselamatan pasien di RSU Manuaba Tahun 2012.....	76
Tabel 6.8	Distribusi Rata-rata Sikap Perawat Tentang Keselamatan Pasien Sebelum dan Sesudah Diadakan Pelatihan Keselamatan pasien di RSU Manuaba Tahun 2012.....	78
Tabel 6.9	Distribusi Rata-rata Sikap Perawat Tentang Keselamatan Pasien Sebelum Pelatihan dan 1 Bulan Setelah Diadakan Pelatihan Keselamatan pasien di RSU Manuaba Tahun 2012	79
Tabel 6.10	Distribusi Rata-rata Sikap Perawat Tentang Keselamatan Pasien Sesudah Diadakan Pelatihan dan 1 Bulan Setelah Pelatihan Keselamatan pasien di RSU Manuaba Tahun 2012	79
Tabel 6.11	Distribusi Pengetahuan dan Sikap Perawat (Post-test I) Tentang Keselamatan Pasien di RSU Manuaba Tahun 2012	81
Tabel 6.12	Distribusi Pengetahuan dan Sikap Perawat (Post-test II) Tentang Keselamatan Pasien di RSU Manuaba Tahun 2012	82
Tabel 6.13	Klasifikasi Pertanyaan.....	84

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Jumlah Kasus SSI di RSUD Manuaba dari tahun 2009-2011	6
Gambar 3.1	Logo RSUD Manuaba.....	39
Gambar 3.2	Struktur Organisasi RSUD Manuaba	45
Gambar 3.3	Perbandingan jumlah kunjungan pasien asuransi dan umum rawat jalan RSUD Manuaba tahun 2009 dan 2010	52
Gambar 3.4	Perbandingan jumlah kunjungan pasien lama dan baru unit rawat jalan RSUD Manuaba tahun 2009 dan 2010	53
Gambar 4.1	Kerangka Konsep	60
Gambar 6.1	Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Keselamatan Pasien di RSUD Manuaba Tahun 2012.....	78
Gambar 6.2	Gambaran Sikap Perawat Tentang Keselamatan pasien di RSUD Manuaba Tahun 2012.....	80

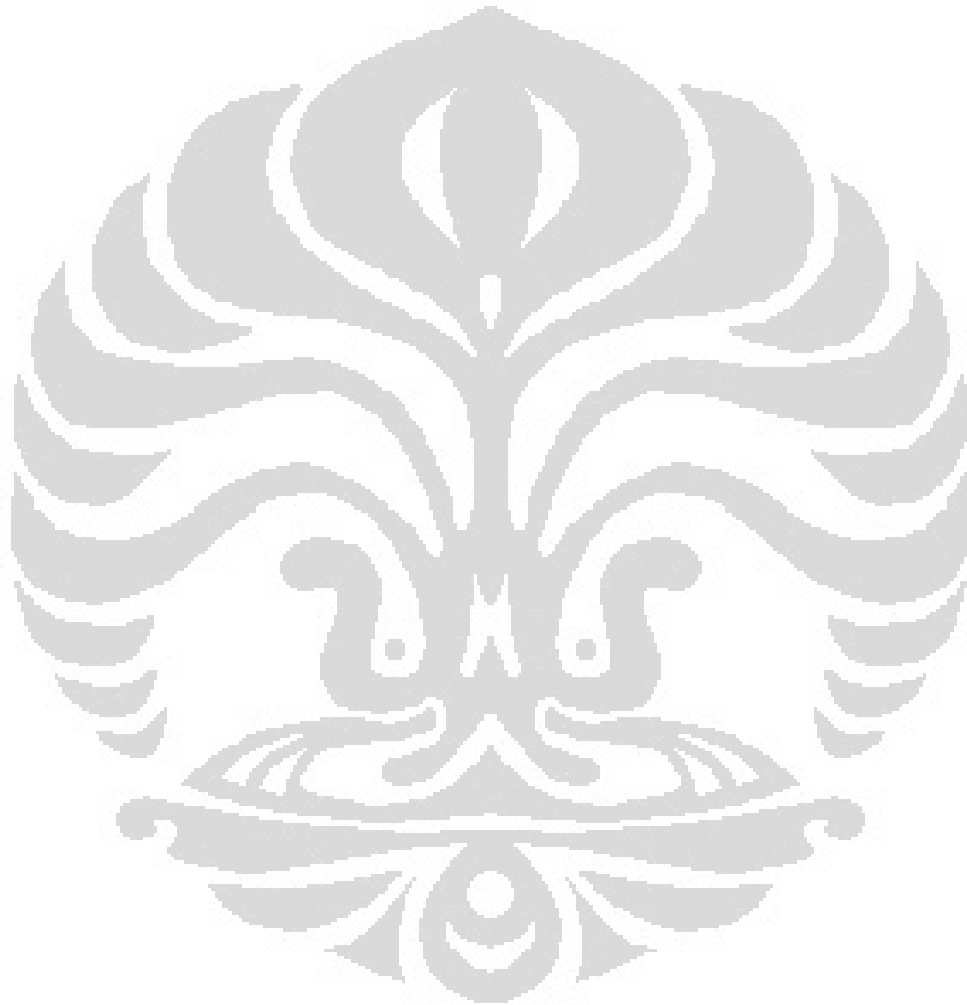


DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Kuesioner

Lampiran 2. Matriks Wawancara

Lampiran 3. Hasil Analisis Penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keselamatan Pasien (KP) saat ini merupakan isu global dan nasional bagi rumah sakit, dan merupakan komponen penting dari mutu layanan kesehatan. Banyaknya Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD) sering disebabkan dari kelalaian manusia dalam memberikan pelayanan kesehatan membuat isu KP menjadi isu yang penting. KP adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan ke pasien yang lebih aman yang meliputi *assesment* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan pasien, pelaporan dan analisis *accident* (Depkes, 2006).

The World Health Organization mengestimasi bahwa sekitar 10 juta pasien diseluruh dunia bertahan dari cedera dan kematian setiap tahunnya disebabkan oleh praktek kesehatan yang tidak aman. Berdasarkan beberapa penelitian yang dilakukan di beberapa negara menunjukkan bahwa 3,2% sampai dengan 16,6% pasien dalam perawatan akut di rumah sakit mengalami satu kejadian tidak diinginkan (KTD) / *adverse events* (Kusumapradja, 1994). Angka KTD yang terjadi di berbagai negara diperkirakan sekitar 4.0-16.6 % (Gaspersz, 2001), dan hampir 50 % di antaranya diperkirakan adalah kejadian yang dapat dicegah (Smits et al., 2008). Berdasarkan dua penelitian yang dilakukan di Colorado dan Utah serta daerah lainnya di New York ditemukan bahwa KTD / *adverse event* terjadi dalam 2,9% dan 3,7% perawatan (Kohn, 2000).

Sejak bulan Agustus 2005, Menteri Kesehatan RI telah mencanangkan Gerakan Nasional KP (GNKP) Rumah Sakit (RS), selanjutnya KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) Depkes RI telah pula menyusun Standar KP RS (KP Rumah Sakit) yang dimasukkan ke dalam instrumen akreditasi RS di Indonesia (Depkes, 2006).

Herkutanto (2006) menyatakan bahwa selama tahun 1999 sampai dengan tahun 2004 di Indonesia tercatat 126 gugatan tuduhan malpraktek yang menimpa beberapa rumah sakit di Jakarta dan sekitarnya. Terkait dengan upaya-upaya KP untuk menekan angka KTD di RS, diyakini bahwa upaya menciptakan atau

membangun budaya keselamatan/*safety culture* merupakan langkah pertama dalam langkah-langkah mencapai KP, sebagaimana tercantum pula dalam langkah pertama dari konsep "Tujuh Langkah Menuju KP RS" di Indonesia, yaitu "Bangun Kesadaran akan Nilai KP. Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil." Selain itu, hambatan terbesar untuk memperbaiki pelayanan kesehatan yang lebih aman adalah budaya dari organisasi kesehatan (Cooper, 2000). Beberapa contoh dalam upaya membangun budaya KP adalah JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*) di Amerika, sejak tahun 2007 menetapkan penilaian tahunan terhadap budaya keselamatan sebagai target KP; *NPSA (National Patient Safety Agency)* di Inggris mencantumkan budaya keselamatan sebagai langkah pertama dari "*Seven Steps to Patient Safety*" (Phillips, 2005).

Perhatian dunia terhadap pentingnya KP terlihat dengan adanya *World Alliance for Safety Patient* yang dibentuk oleh *World Health Organization* (WHO). Di Indonesia menyatakan bahwa data mengenai KTD atau Kejadian Nyaris Cidera (KNC) memang masih sulit didapat, namun laporan mengenai tuduhan terhadap kasus mal praktek terus meningkat, dalam rangka meningkatkan KP maka Perhimpinan Rumah Sakit Seluruh Indonesia Membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dengan visi meningkatkan KP dan mutu pelayanan rumah sakit (Wagner, 2005; Depkes, 2006; Koentjoro, 2006). Undang Undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan KEPMENKES RI Nomor 496/MENKES/SK/IV/2005 tentang pedoman audit medis di rumah sakit menjadi dasar hukum untuk penerapan dan peningkatan mengenai keselamatan di rumah sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan (Depkes, 2009).

Panduan yang membantu rumah sakit dalam menerapkan standar pedoman keselamatan pasien yaitu sembilan solusi KP rumah sakit. Sembilan solusi KP meliputi:

1. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan yang mirip
2. Pastikan identitas pasien
3. Komunikasikan secara benar serah terima pasien
4. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar

5. Kendalikan cairan elektrolit pekat
6. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan
7. Hindari salah kateter dan salah sambung selang
8. Gunakan alat injeksi sekali pakai dan tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial (Depkes, 2006).

Seorang tenaga keperawatan profesional yang menjalankan pekerjaan berdasarkan ilmu sangat berperan dalam penanggulangan tingkat komplikasi penyakit, terjadinya infeksi nosokomial dan memperpendek hari rawat. Hal ini termasuk langkah menuju penerapan program KP di rumah sakit.

Penerapan program KP di rumah sakit merupakan tanggung jawab pengelola rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan, namun keberhasilannya merupakan tanggung jawab semua pihak yang bekerja di rumah sakit baik pihak medis maupun nonmedis. KP dimulai sejak awal pasien memasuki lingkungan rumah sakit sampai pasien meninggalkan rumah sakit. Namun peran perawat memiliki peran yang paling besar karena jumlah mereka yang cukup dominan dan melayani pasien terus menerus selama 24 jam.

Budaya KP baru mulai tumbuh di RSUD Manuaba setelah dicanangkan dan dibentuknya Tim KP Rumah Sakit RSUD Manuaba tahun 2009. Pembentukan Tim ini disahkan dengan Surat Keputusan Direktur RSUD Manuaba Nomor 01.01/SK/DIR/ I/2010 tentang Pembentukan Tim KP Rumah Sakit Umum Manuaba. Pemilik dan Direktur sangat berharap dengan dibentuknya Tim KPRS akan mengubah paradigma lalu yang belum terlalu peduli akan KP.

Perubahan budaya ini diikuti oleh perubahan struktur organisasi yang di dalamnya tercantum Unit Diklat yang akan mengelola segala kebutuhan pendidikan dan pelatihan karyawan. Akan tetapi perencanaan pendidikan dan pelatihan bagi karyawan selama 2 (dua) tahun terakhir hanya berfokus ke masalah *service excelance* dan diklat profesional dan jumlahnya pun tidak banyak seperti yang diharapkan. Selama pengumpulan data di unit diklat belum pernah ada seminar/*workshop* atau pelatihan yang berlatar belakang KP, sehingga boleh dikatakan semua kegiatan asuhan medis dan keperawatan tidak semuanya dilatarbelakangi oleh konsep KP. Kurangnya penyelenggaraan seminar atau pelatihan yang diikuti oleh perawat mengenai KP menjadikan risiko salah suntik

yang dilakukan oleh perawat terhadap salah satu pasien sangat mungkin terjadi, risiko – risiko lain seperti kejadian pasien jatuh di IGD. Tingginya angka flebitis di rawat inap terutama di kelas III dan tingginya angka infeksi luka operasi merupakan bagian yang tidak bisa terpisahkan akibat dari kurangnya pengetahuan dan keterampilan para perawat dalam menerapkan asuhan keperawatannya terutama dalam penerapan KP (budaya).

Mutu pelayanan merupakan hal yang penting dalam pelayanan sebuah rumah sakit. Komplain dari pasien dan keluarga terhadap pelayanan rumah sakit meningkat sehingga mengganggu kelangsungan pelayanan, walaupun di rumah sakit sudah memperoleh International Standard Organization (ISO), melaksanakan Gugus Kendali Mutu (GKM) atau sudah diakreditasi dan sebagainya namun masih banyak terjadi *medical errors* (Depkes, 2006). Oleh karena itu upaya peningkatan kesehatan rumah sakit baik pemerintah maupun swasta adalah langkah penting untuk meningkatkan daya saing usaha di sektor kesehatan.

Pengembangan sistem manajemen Keperawatan berdasarkan konsep KP belum rutin dilakukan di Rumah Sakit Umum Manuaba, hal tersebut bila dipahami serta diterapkan dapat memperbaiki mutu pelayanan terhadap pasien untuk meningkatkan hunian, kredibilitas rumah sakit serta menjadi salah satu pilihan serta menjadi tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik sehingga visi misi rumah sakit dapat tercapai dalam memberi pelayanan yang memenuhi standar kesehatan sesuai prosedur serta perundang-undangan yang berlaku.

RSU Manuaba saat ini unit diklat yang belum secara rutin mengelola program pendidikan dan pelatihan seluruh karyawan termasuk keperawatan yang berada di bawah naungan direktur serta belum memiliki suatu prosedur kerja yang memenuhi standarisasi tentang Keperawatan yang mengacu kepada konsep KP, sehingga tenaga perawat baik di ruang rawat inap maupun di ruang operasi mengerjakan aktifitas keperawatan tidak dinaungi suatu prosedur baku yang menjadi acuan dalam melayani dan merawat pasien oleh karena kurangnya pengetahuan dan informasi serta pelatihan keperawatan yang mengacu kepada konsep KP. Pelatihan keperawatan yang dilakukan bersifat insidental yaitu hanya dilakukan bila terjadi kasus saat pasien dirawat dan tidak dilakukan secara

berkelanjutan. Berbagai pelatihan, pendidikan lain yang pernah diselenggarakan tidak berkaitan konsep KP. Tidak adanya kontinuitas serta strategi manajemen tentang konsep KP terhadap paramedis yang bekerja di RSUD Manuaba terlihat dari sedikitnya pelatihan keperawatan.

Berikut ini data tentang jumlah pelatihan keperawatan yang dilaksanakan dalam kurun waktu tahun 2009 – 2011:

Tabel 1.1.
Data Jumlah pelatihan keperawatan di RSUD Manuaba periode tahun 2009 – 2011

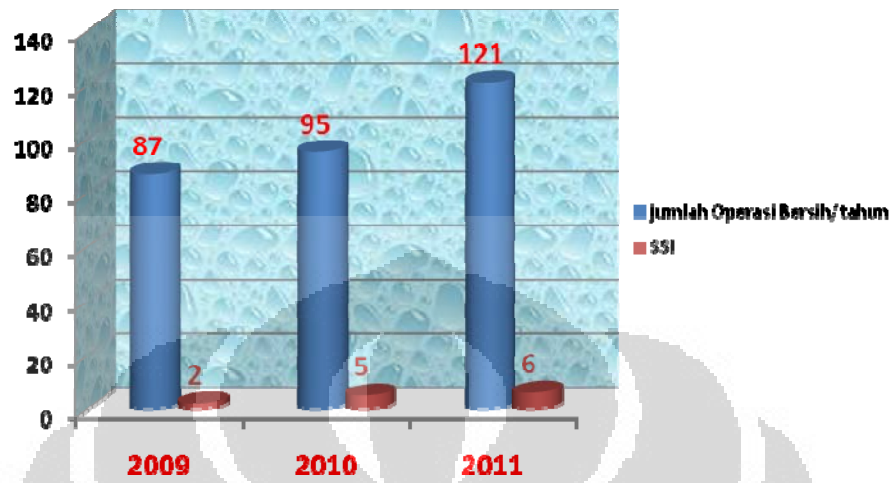
NO	Tahun	Jumlah pelatihan	Materi Pelatihan
1	2009	1	KP
2	2010	2	
3	2011	2	

Sumber : Unit Keperawatan RSUD Manuaba tahun 2011

Selama kurun waktu dari tahun 2009 sampai dengan 2011 sudah 5 kali dilakukan pelatihan oleh perawat RSUD Manuaba guna meningkatkan keterampilannya, namun hanya di tahun 2009 saja pelatihan mengenai KP dilakukan.

Selama kurun waktu tahun 2009 sampai dengan 2011 terjadi beberapa kasus *Surgical Site Infection* (SSI) di Rumah Sakit Umum Manuaba, seperti pada Gambar 1.1.

Gambar 1.1. Jumlah Kasus SSI di RSUD Manuaba dari tahun 2009-2011



Sumber : Bagian Rekam Medis Rumah Sakit Umum Manuaba

Evaluasi Manajemen RSUD Manuaba terhadap terjadinya kasus SSI yang terus meningkat, berkaitan dengan tindakan tenaga keperawatan pada saat persiapan pasien sebelum operasi, tindakan medis yang dilakukan tenaga keperawatan saat berlangsungnya operasi dan prosedur perawatan pasien pasca operasi saat diruang perawatan maupun kasus perawatan pasien di ruangan rawat inap oleh tenaga keperawatan yang tidak di indikasikan operasi dimana belum sesuai dengan standar prosedur KP sehingga pasien mengeluhkan adanya biaya tambahan yang harus dikeluarkan untuk merawat infeksi luka operasinya, lama rawat yang diperlukan dan membuat produktifitas kerja menurun serta berpotensi menimbulkan tuduhan terjadinya “malpraktek” berdasarkan persepsi pasien dan keluarganya sehingga menjadikannya rawan akan tuntutan hukum.

Beberapa kasus KTD yang terjadi di RSUD Manuaba selama tahun 2011 antara lain :

1. kasus kesalahan penyuntikan Dextrose 10%, yang disuntikkan adalah MgSO₄, pasien mengalami penambahan hari rawat.
2. kasus kesalahan penyuntikan Cefotaxim, akan tetapi diberikan Taxegram dan pasien mengalami alergi sehingga penambahan biaya obat.

3. Pasien post operasi hemoroidektomi mengalami perdarahan banyak di rumah, karena lama menunggu di ruang tunggu pasien terjatuh saat berjalan (setelah dicek sudah mengalami anemia berat)

Beberapa kasus di atas termasuk KTD yang dapat dicegah dan ditangani dengan melakukan dua pendekatan, yaitu pertama pendekatan personal; dimana pendekatan ini memfokuskan pada tindakan yang tidak aman, melakukan dan pelanggaran prosedur, dari orang-orang yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan (dokter, perawat, ahli bedah, ahli anestesi, farmasis dan lain-lain). Tindakan tidak aman ini dianggap berasal dari proses mental yang menyimpang seperti mudah lupa, kurang perhatian, motivasi yang buruk, tidak hati-hati, alpa dan sembrono. Kedua, pendekatan sistem. Pemikiran dasar dari pendekatan ini yaitu bahwa manusia adalah dapat berbuat salah dan karenanya dapat terjadi kesalahan. Di sini kesalahan dianggap lebih sebagai konsekuensi daripada sebagai penyebab. Untuk menangani kedua pendekatan ini dibutuhkan pengelolaan manajemen yang bagus dalam usaha mendapatkan tenaga-tenaga profesional di bidangnya.

Budaya KP merupakan bagian dari budaya organisasi yang berdasarkan pasapersepsi bersama oleh anggota organisasi mengenai KP. Pengetahuan tentang KP atau KP dan motivasi perawat berpengaruh terhadap pelaksana program KP (Ariyani, 2009). Namun dalam proses mendidik staf tentang KP diperlukan adanya tambahan kegiatan berupa pelatihan tentang kerjasama kelompok, untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan petugas menghadapi insiden, sehingga risiko kejadian yang tidak diharapkan dalam mengambil setiap tindakan atau pelayanan medik dapat diminimalkan.

Tenaga keperawatan yang ada di sebagian besar rumah sakit merupakan populasi terbesar, dengan demikian mengelola mereka tentu dibutuhkan pengelolaan manajemen keperawatan yang baik dan benar agar mendapatkan serta memiliki tenaga keperawatan yang sesuai dengan kompetensinya. Untuk mendapatkan tenaga keperawatan yang mahir dan profesional tidak hanya pada saat perekrutannya yang benar juga saat orientasi serta pelaksanaan asuhan keperawatannya juga harus betul-betul dievaluasi kinerjanya. Agar mereka tetap mengikuti perkembangan dan memperoleh ilmu pengetahuan kedokteran dan

keperawatan, sebaiknya tenaga keperawatan diberikan pelatihan dan pendidikan secara kontinyu dan berkala. Kita tidak hanya dapat mengandalkan ilmu yang sudah mereka miliki saat menjalani pendidikan formal, akan tetapi harus terus menerus diasah dan ditambah dengan segala macam kegiatan pendidikan dan pelatihan yang sesuai dengan profesinya, termasuk pemberian pelatihan yang berkonsep KP.

Selain itu belum pernah terakreditasinya RSUD Manuaba juga menambah terlambatnya budaya KP, sebab konsep KP sudah ada pada beberapa standar yang tercantum dalam akreditasi. Sebab dengan adanya monitoring dan evaluasi pemenuhan standar KP melalui program akreditasi rumah sakit dapat mendorong rumah sakit untuk memenuhi standar tersebut dan meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien.

Melihat kondisi ini, apakah pemberian materi pengenalan tentang konsep *patient safety* kepada para tenaga keperawatan melalui *workshop* dapat mengubah konsep pemikiran mereka terhadap KP. Hal inilah yang akan diteliti oleh peneliti di RSUD Manuaba.

1.2 Rumusan Masalah

KP merupakan isu penting yang harus diperhatikan. Namun tidak adanya kontinuitas serta strategi manajemen tentang konsep KP terhadap paramedis yang bekerja di RSUD Manuaba terutama dalam bidang pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan menimbulkan keterlambatan pihak rumah sakit untuk menerapkan KP, sehingga menimbulkan beberapa kasus KTD yang terjadi di tahun 2011. Kasus KTD terlihat dengan adanya kasus SSI yang meningkat setiap tahunnya serta kejadian salah suntik pada pasien dan kejadian pasien jatuh. Hal ini terjadi karena belum terciptanya budaya KP yang menyeluruh pada perawat di RSUD Manuaba.

Belum berjalan dengan baik sistem diklat yang ada terutama dalam konsep kelesamatan pasien menggambarkan belum adanya upaya rumah sakit dalam meningkatkan mutu rumah sakit terutama mutu SDMnya. Diklat yang sudah ada selama ini hanya di tahun 2009 saja dilakukan pelatihan mengenai KP, sedangkan

tahun-tahun berikutnya diklat yang dilakukan tidak ada yang berhubungan dengan KP.

Oleh karena itu rumah sakit harus mempersiapkan personelnnya dalam meningkatkan mutu rumah sakit dalam hal ini adalah dalam menerapkan konsep KP. Strategi yang dilakukan oleh pihak rumah sakit dalam menerapkan konsep KP adalah mempersiapkan tenaga kesehatan yang terlatih dan memiliki pengetahuan yang baik mengenai konsep keselamatan kerja sehingga tujuan rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan mengurangi risiko KTD atau KNC dapat tercapai.

Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian mengenai kesiapan perawat dalam penerapan konsep KP di RSUD Manuaba tahun 2012.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana kebijakan KP RSUD Manuaba kondisi saat ini dan yang diharapkan?
2. Bagaimana program diklat KP RSUD Manuaba kondisi saat ini dan yang diharapkan?
3. Bagaimana gambaran pengetahuan mengenai KP pada perawat sebelum dan sesudah pelatihan di RSUD Manuaba tahun 2012?
4. Bagaimana gambaran sikap mengenai KP pada perawat sebelum dan sesudah pelatihan di RSUD Manuaba tahun 2012?
5. Bagaimana dana sehubungan dengan KP RSUD Manuaba kondisi saat ini dan yang diharapkan?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum :

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kesiapan perawat dalam penerapan konsep KP di RSUD Manuaba tahun 2012.

1.4.2 Tujuan Khusus :

1. Diketuinya kebijakan KP RSUD Manuaba kondisi saat ini dan yang diharapkan.

2. Diketuainya program diklat KP RSU Manuaba kondisi saat ini dan yang diharapkan.
3. Diketahui gambaran tentang pengetahuan perawat mengenai KP pada perawat di RSU Manuaba tahun 2012.
4. Diketahui gambaran sikap perawat mengenai KP di RSU Manuaba tahun 2012.
5. Diketahui dana sehubungan dengan KP RSU Manuaba kondisi saat ini dan yang diharapkan.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi Penulis

Diharapkan penelitian ini dapat memperkaya bahasan dalam bidang manajemen sumber daya manusia bidang kesehatan yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan tenaga keperawatan dalam penerapan program konsep KP yang dapat menekan risiko kasus Kejadian Tidak Diharapkan yang dapat terjadi di Rumah Sakit.

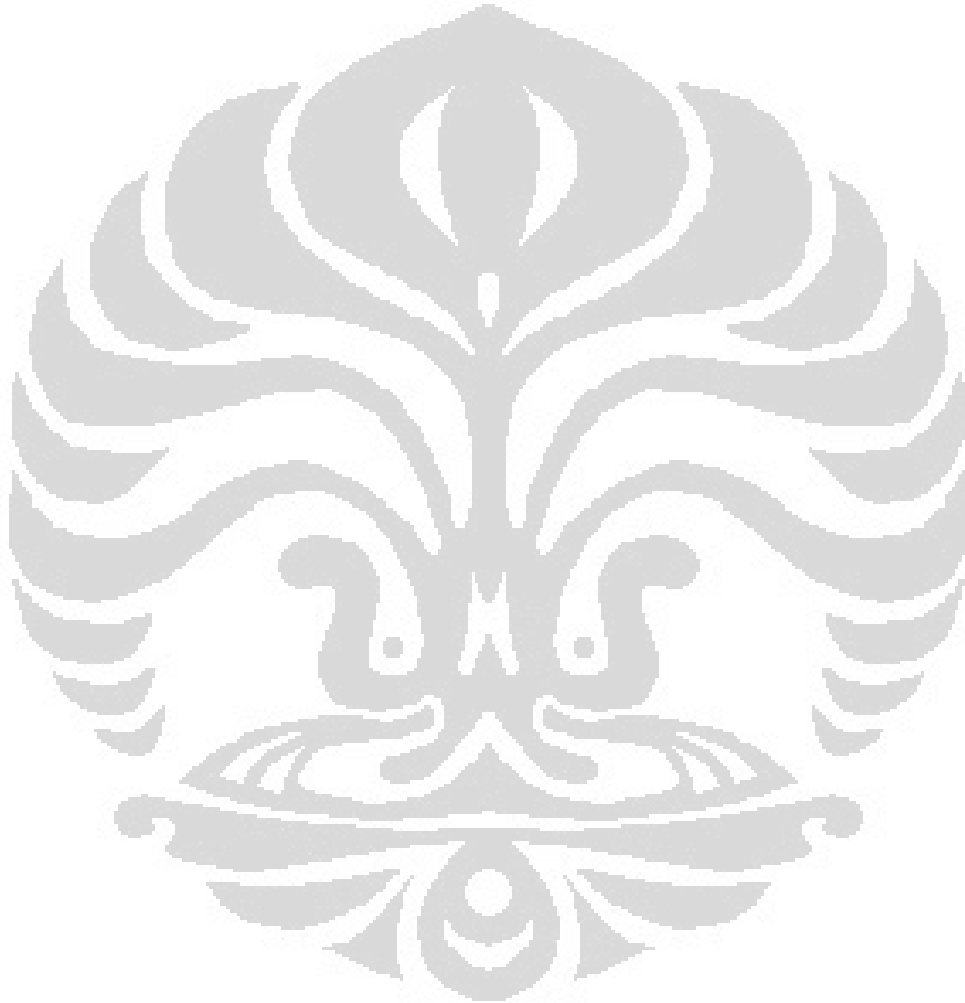
1.5.2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tenaga keperawatan tentang konsep KP yang dapat mengurangi risiko terjadinya kasus Kejadian Tidak Diharapkan di RSU Manuaba serta membuat sistem prosedur standarisasi pelayanan pasien mengacu pada konsep KP.

Hasil penelitian ini dapat digunakan manajemen Rumah Sakit Umum Manuaba, untuk membentuk unit diklat yang secara rutin mengelola program pendidikan dan pelatihan seluruh karyawan termasuk keperawatan tentang pelayanan medis yang mengacu kepada konsep KP, dan risiko lain yang dapat menimbulkan infeksi nosokomial di rumah sakit sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RSU Manuaba yang menjadi tuntutan masyarakat saat ini.

1.5.3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan pembelajaran bagi mahasiswa lainnya dalam hal program KP dan kesiapan perawat dalam menerapkan konsep KP di Rumah Sakit.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep KP

2.1.1 Pengertian KP

Cooper et al (2000) mendefinisikan bahwa KP merupakan penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari KTD atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan kesehatan. Menurut WHO, KP merupakan tindakan yang dilakukan oleh individu dan organisasi untuk melindungi pasien terhadap kerugian karena efek pelayanan kesehatan. WHO *Health Assembly* ke 55 pada Mei 2002 menetapkan resolusi untuk mendorong negara agar memberikan perhatian kepada masalah KP meningkatkan *system monitoring*. Oktober 2004 WHO dan berbagai lembaga mendirikan “*World Alliance for Patient*” dengan tujuan mengangkat *KP Goal “first do no harm”* (WHO, 2005).

Depkes (2006), mendefinisikan KP rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat suatu aturan asuhan pasien yang lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

KP diartikan bebas dari cedera aksidental atau menghindarkan cedera pasien akibat perawatan medis dan kesalahan pengobatan.

Sistem KP rumah sakit adalah dimana rumah sakit membuat protokol asuhan keperawatan yang aman saat melayani pasien, mencegah terjadinya cedera akibat kesalahan melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*human error*) yang meliputi (Depkes, 2006) :

1. *Assessment* risiko
2. Identifikasi dan pengelolaan hal berhubungan dengan risiko pasien
3. Pelaporan dan analisis insiden
4. Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya
5. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko

Menurut IOM, KP didefinisikan sebagai *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* disebabkan karena *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. *Accidental injury* juga akibat dari melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) (Depkes, 2006).

Accidental injury dalam prakteknya berupa kejadian tidak diinginkan (KTD = *missed = adverse event*) atau hampir terjadi kejadian tidak diinginkan (*near miss*). *Near miss* ini dapat disebabkan keberuntungan (misal: pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), pencegahan (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau peringanan (suatu obat dengan over dosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya) (MMS, 2004).

Depkes (2009), meendefinisikan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse event* adalah suatu KTD yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Sedangkan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau *Near miss* adalah suatu kesalahan atau kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) yang dapat menciderai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi karena keberuntungan, pencegahan atau peringanan.

Medical Errors adalah kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Sementara Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, seperti operasi bagian tubuh yang salah, sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

KP adalah komponen kunci dalam aktivitas manajemen risiko (*risk manajemnt*) dan harus terintegrasi dengan manajemen staf (kesehatan dan keselamatan kerja), manajemen komplain, proses pengadilan dan penanganan klaim serta risiko lingkungan dan keuangan (Donaldson, 2005).

2.1.2 Sistem KP Rumah sakit sesuai kebijakan Depkes

Tujuan:

1. Terciptanya budaya KP di Rumah Sakit
2. Meningkatkan akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian Tak diharapkan (KTD) di Rumah Sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi penanggulangan KTD

Dalam memberikan pelayanan rumah sakit wajib melaksanakan sistem KP melalui upaya-upaya antara lain:

- a. Akselerasi program *infection control prevention (ICP)*
- b. Penerapan standar KP dan pelaksanaan tujuh langkah menuju KP rumah sakit dan dievaluasi melalui akreditasi rumah sakit.
- c. Peningkatan keselamatan penggunaan darah (*blood safety*). Dievaluasi melalui akreditasi rumah sakit.
- d. Peningkatan KP di kamar operasi cerah terjadinya *wrong person, wrong site, wrong procedure* (Drat SPM RS; 100% tidak terjadi kesalahan orang, tempat, dan prosedur di kamar operasi)
- e. Peningkatan KP dari kesalahan obat
- f. Pelaksanaan pelaporan insiden di rumah sakit dan ke komite keselamatan rumah sakit.

2.1.3 Manfaat Penerapan

- a) Kecendrungan green produk yang aman dibidang industri lain. Antara lain; menjadi persyaratan dalam berbagai proses transaksi, sehingga menjadi makin laku/laris, makin dicari masyarakat.
- b) Rumah sakit yang mengacu kepada konsep KP akan lebih dicari oleh pihak perusahaan dan asuransi sehingga mengutamakan rumah sakit tersebut sebagai provider kesehatan karyawan mereka, dan diikuti oleh masyarakat untuk mencari rumah sakit yang aman.
- c) Kegiatan rumah sakit di kawasan *blaming* akan menurun karena mengacu kepada konsep KP.

2.1.4 Langkah-langkah Penerapan

- a) Membangun budaya kerja mementingkan keselamatan dan keamanan pasien, kewaspadaan secara terus-menerus, penyelidikan yang seimbang dan terutama mempertanyakan “mengapa bukan siapa”, keterbukaan dengan pasien untuk menciptakan suasana dan kerja sama dan saling percaya antara petugas rumah sakit dan pasien (hasil perawatan yang tidak diantisipasi sebelumnya didiskusikan dengan pasien dan keluarganya).
- b) Kepemimpinan dan dukungan terhadap seluruh petugas rumah sakit dalam menjaga keselamatan dan keamanan pasien: keteladanan, evaluasi, dan umpan balik, *coaching* dan *mentoring* terhadap staf secara berkesinambungan untuk memperdayakan petugas rumah sakit, dukungan terhadap konsep KP juga mencakup alokasi sumber daya orang, informasi, bahan dan peralatan.
- c) Manajemen risiko tidak hanya terbatas pada litigasi oleh pasien maupun karyawan, tapi lebih mendasar lagi, khususnya KP, karyawan dan pengunjung rumah sakit, pemantauan, investigasi, analisis, manajemen dan pelatihan mengendalikan risiko merupakan suatu kesatuan. Perimbangan risiko harus menjadi bagian strategi manajemen pelayanan kesehatan.
- d) Mengajukan dan memfasilitasi pelaporan semua kasus *medical error*, yang dapat digabungkan dari tingkat lokal sampai tingkat nasional, dengan menjaga kerahasiaan pasien dan organisasi yang melaporkan, pelaporan harus menjadi pendorong pembelajaran, serta dikembangkan budaya pelaporan tanpa dibayangi oleh ketakutan dan hukuman.
- e) Melibatkan pasien, keluarganya dan seluruh masyarakat, menjelaskan dan bila perlu minta maaf, menyelidiki penyebab secara terbuka, mendukung pasien bagaimana mengatasi dampak kesalahan medis, bekerjasama dalam pengobatan dan perawatan lebih lanjut dan melibatkan pasien dalam investigasi dan rekomendasi untuk perubahan.

- f) Mempelajari dan menyebarluaskan temuan tentang penyebab kegagalan medis, antar lain dengan pendekatan *root cause analysis*, dinamika sistem, diagram tulang ikan, dan lain-lain.
- g) Memberikan solusi-solusi untuk mencegah “*harm*”, bukan hanya sekedar menganjurkan staf untuk berhati-hati, tetapi mengatasi permasalahan mendasar, merancang peralatan, sistem dan proses–proses lebih intuitif, mempersulit petugas untuk melakukan kesalahan, mempermudah petugas untuk menemukan kesalahan.

2.1.5 Langkah kegiatan di rumah sakit

- a. Pembentukan tim KP di rumah sakit
- b. Mengembangkan sistem pencatatan dan pelaporan internal tentang insiden
- c. Pelaporan insiden ke komite rumah sakit secara rahasia
- d. Memenuhi standar KP rumah sakit dan menerapkan 7 langkah menuju KP rumah sakit
- e. Rumah sakit kembangkan standar pelayanan medis berdasarkan hasil analisis akar masalah dan sebagai tempat pelatihan standar–standar yang baru dikembangkan.

2.1.6 Prosedur perawatan mengacu kepada KP :

- a. Memperbaiki akurasi identifikasi pasien
- b. Memperbaiki efektivitas komunikasi antar perawat
- c. Memperbaiki keamanan penggunaan “*high alert medication*”
- d. Mengeliminasi keamanan penggunaan “*infusion pump*”
- e. Memperbaiki efektivitas sistem tanda bahaya klinis

2.1.7 Standar KP

- a. Standar 1. Hak pasien
Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

Kriterianya :

1. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
2. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
3. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD

b. Standar II. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah Sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Kriterianya adalah keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di RS harus ada sistim dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

1. Memberikan info yang benar, jelas, lengkap dan jujur
2. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab
3. Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
4. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
5. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan RS
6. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
7. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

c. Standar III. KP dan kesinambungan pelayanan

Rumah Sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan dengan kriteria sebagai berikut:

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

2. Koordinasi pelayanan disesuaikan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transaksi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
3. Koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
4. Komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga tercapai proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

d. Standar IV.

Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan KP. Standarnya adalah RS harus mendisain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta KP dengan kriteria sebagai berikut:

1. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (*design*) yang baik, sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju KP Rumah Sakit".
2. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja antara lain yang terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
3. Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua KTD/KNC, dan secara proaktif melakukan evaluasi suatu proses kasus risiko tinggi.
4. Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan KP terjamin.

e. Standar V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan KP

Standarnya adalah:

1. Pimpinan dorong dan jamin implementasi program KP melalui penerapan “7 Langkah Menuju KP Rumah Sakit”.
 2. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko KP dan program mengurangi KTD.
 3. Pimpinan dorong dan tumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang KP.
 4. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja RS serta tingkatan KP.
 5. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja RS dan KP, dengan kriteria sebagai berikut:
 - a) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program KP.
 - b) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden,
 - c) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi
 - d) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
 - e) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden,
 - f) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
 - g) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan
 - h) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan
 - i) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan KP
- f. Standar VI. Mendidik staf tentang KP
Standarnya adalah:

1. RS memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan KP secara jelas.
2. RS menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien, dengan kriteria sebagai berikut:
 - a) Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik KP. Mengintegrasikan topik KP dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
 - b) Menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*team work*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

g. Standar VII. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai KP.

Standarnya adalah:

1. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi KP untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
2. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat, dengan kriteria sebagai berikut:
 - a) Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan KP.
 - b) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk Merevisi manajemen informasi yang ada.

2.2 Tujuh Langkah Menuju KP Rumah Sakit yang Dilakukan oleh RSU Manuaba

Mengacu kepada standar KP, maka RSU Manuaba merancang proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisa secara intensif KTD dan melakukan perubahan

untuk meningkatkan kinerja mutu KP. Proses perancangan harus mengacu kepada visi, misi dan tujuan RSUD Manuaba, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah KP Rumah Sakit”. Uraianya sebagai berikut:

1. Bangun Kesadaran akan nilai KP

Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.

Langkah penerapan:

a. Tingkat Rumah Sakit

RSU Manuaba telah memiliki kebijakan yang menjabarkan mengenai prosedur penerapan KP yang harus dilakukan oleh staf yang disosialisasikan kepada setiap unit kerja.

b. Tingkat Unit Kerja

Memastikan seluruh rekan kerja mampu melaporkan kejadian atau jika terjadi insiden

2. Pimpin dan dukung Staf Anda

Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang KP di seluruh jajaran RSUD Manuaba.

Langkah penerapan:

c. Tingkat Rumah Sakit

- Telah dibentuknya Panitia Mutu dan KP yang bertugas sebagai “penggerak” dalam gerakan KP.
- KP menjadi materi dalam semua program orientasi dan pelatihan di RSUD Manuaba dan dilaksanakan evaluasi dengan pre dan post tes.

d. Tingkat Unit kerja

- Semua pimpinan unit kerja wajib memimpin gerakan KP.
- Selalu jelaskan kepada seluruh personel relevansi dan penting nya serta manfaat melaksanakan gerakan KP

3. Integrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yangpotensi bermasalah.

Langkah penerapan:

a. Tingkat Rumah Sakit

- Telaah input dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan non klinis, serta memastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan KP dan staf.
- Kembangkan indikator-indikator kerja mutu dan insiden KP bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh Direksi/Manajer RSUD Manuaba.

b. Tingkat Unit kerja

- Pastikan ada penilaian risiko individu pasien dalam prosesasesmen risikorumah sakit.
- Pastikan penilaian risiko disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan rumah sakit.

2. Kembangkan Sistem Pelaporan

Dibuat sistem adar staf dapat melaporkan kejadian/insiden dengan mudah, serta pengaturan pelaporan pada Komite KP Rumah Sakit.

Langkah Penerapan:

a. Tingkat Rumah Sakit

Sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar rumah sakit mengacu pada Pedoman KP RSUD Manuaba.

b. Tingkat Unit kerja

Seluruh personil secara aktif melporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah namuntetap terjadi sebagai bahan pembelajaran.

3. Libatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien

Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien

Langkah penerapan:

a. Tingkat Rumah Sakit

- Adanya kebijakan dan pedoman yang jelas tentang cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan mengenai insiden dengan para pasien dan keluarga
 - Seluruh jajaran manajerial harus mampu memberikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf untuk berkomunikasi aktif dan terbuka kepada pasien dan keluarga.
- b. Tingkat Unit kerja
- Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bila terjadi insiden dan berikan informasi yang jelas dan benar secara tepat.
4. Belajar dan Berbagi Pengalaman tentang KP
- Seluruh Staf harus mampu untuk melaksanakan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa KTD terjadi.
- Langkah penerapan:
- a. Tingkat Rumah Sakit
- Pastikan staf sudah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat yang dapat digunakan untuk identifikasi penyebab
 - Kembangkan kebijakan dengan jelas kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimal satu kali per tahun melakukan *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA) untuk proses risiko tinggi.
- b. Tingkat Unit kerja
- Diskusikan dalam jajaran unit/tim pengalaman hasil analisis
 - Identifikasi unit atau bagian lain mungkin terkena dampak di masa depan dan berbagi pengalaman tersebut secara luas.

5. Cegah Cidera Melalui Implementasi Sistem KP

Gunakan informasi yang ada mengenai kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Langkah penerapan:

a. Tingkat Rumah Sakit

- Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis untuk menentukan solusi
 - Solusi mencakup penjabaran ulang sistem, penyesuaian pelatihan staf atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin KP
 - Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan
 - Sosialisasikan solusi yang telah dikembangkan
- b. Tingkat unit kerja
- Libatkan seluruh personil dalam mengembangkan berbagai cara membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan aman
 - Telaah kembali perubahan-perubahan yang telah dibuat dengan melihat pelaksanaan yang ada

Sistem pencatatan dan pelaporan mengenai insiden yang terjadi wajib dilakukan oleh rumah sakit dengan mengacu kepada pedoman yang telah dikeluarkan oleh Komite KP Rumah Sakit Persi. Hasil pelaporan diberikan kepada Direktur RSU Manuaba secara berkala. Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala mengenai program KP setiap tiga bulan sekali untuk melakukan tindak lanjut mengenai program KP yang telah berjalan. Panitia Mutu dan KP RSU Manuaba secara berkala (paling lambat dua tahun sekali) melakukan evaluasi pedoman, kebijakan dan prosedur KP yang dipergunakan di RSU Manuaba agar selalu terbaharui sesuai dengan perkembangan mutu rumah sakit.

2.3 Tenaga Medis Rumah Sakit

Perawat adalah seorang yang telah menyelesaikan pendidikan perawat tingkat dasar yakni perawat dengan pendidikan SPK, Perawat tingkat I yakni perawat dengan pendidikan D III Keperawatan, dan perawat tingkat II yakni perawat dengan pendidikan sarjana keperawatan S1.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan biopsiko-sosio-spiritual yang komprehensif,

ditujukan kepada individu, keluarga, masyarakat, baik sakit maupun sehat, yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia .

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien, pada berbagai tingkat pelayanan kesehatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan dalam dalam lingkup wewenang serta tanggungjawab keperawatan.

2.4 Diklat Tenaga Keperawatan

Untuk mengembangkan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan yang dimiliki oleh sumber daya manusia yaitu perawat di rumah sakit maka dibutuhkan diklat.

Pengertian Diklat

Pendidikan

Usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual, keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (UU No.20/2003 Tentang SISDIKNAS)

Kegiatan yang bertujuan mengembangkan pengetahuan, keterampilan dan nilai moral yang dibutuhkan di semua aspek kehidupan (Osborne, 1996)

Pelatihan

Aktivitas yang direncanakan untuk mengubah sikap, pengetahuan atau keterampilan melalui pengalaman belajar dalam rangka meningkatkan kinerja yang efektif di dalam kerjanya (Osborne, 1996). Tujuan Diklat antara lain :

1. Menitik beratkan pada peningkatan kinerja
2. Mampu melaksanakan pekerjaan:
 - Sesuai standar yang telah ditetapkan
 - Dengan kecepatan yang telah ditentukan

Dengan aman dalam keadaan normal

3. Memahami secara rinci tentang pekerjaan atau beban kerjanya
4. Mengembangkan potensi diri secara optimal
5. Mampu memecahkan masalah operasional
6. Meningkatkan standar pelaksanaan tugas
7. Mencapai kualitas hasil kerja sesuai standar
8. Mengembangkan dan memelihara moral yang lebih tinggi
9. Membina kemampuan kepemimpinan, teknis dan fungsional

Pelatihan dan pengembangan adalah usaha yang terencana dari organisasi untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan pegawai (Hariandja, 2002). Pelatihan dan pengembangan merupakan hal yang harus dilakukan oleh organisasi agar staf mendapatkan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan yang baru sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Pelatihan dan pengembangan merupakan dua konsep yang serupa, yaitu untuk meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengetahuan. Pelatihan menekankan kepada peningkatan kemampuan untuk melakukan pekerjaan yang spesifik, dan pengembangan lebih menekankan pada peningkatan pengetahuan dalam melakukan pekerjaan dimasa akan datang, yang dilakukan melalui pendekatan terintegrasi dengan kegiatan lain untuk mengubah perilaku kerja. Menurut Notoadmodjo (2005), pendidikan dan pelatihan adalah suatu proses yang akan menghasilkan suatu perubahan perilaku sasaran pelatihan. Secara nyata perubahan perilaku menghasilkan peningkatan kemampuan dari sasaran pelatihan.

Pelatihan perlu dilakukan bila didapatkan data angka absensi/*turn over* tinggi penggunaan bahan/sumber daya tidak efisien, hasil kerja kurang baik, beberapa karyawan memakai cara kerja berbeda-beda, hasil kerja lambat dan meningkatnya keluhan pelanggan. Interaksi antara aktivitas pelatihan dengan aktivitas SDM adalah pelatihan membantu karyawan untuk bekerja lebih baik dari evaluasi kerja memberikan informasi yang membantu penilaian kebutuhan pelatihan. Pendidikan dan pelatihan dapat dipandang menjadi dalah satu bentuk

investasi. Oleh karena itu apabila suatu organisasi ingin berkembang maka harus memperhatikan pendidikan dan pelatihan bagi karyawannya (Purnama, 2009).

Umar (2005) dalam Alamsyah (2007) mengatakan pelatihan dapat dilaksanakan pada dua tempat yaitu di tempat kerja dan di luar tempat kerja. Teknik utama pelatihan di tempat kerja adalah demonstrasi (praktek menyelesaikan sesuatu masalah dalam rangka meningkatkan keahlian karyawan), melatih (lebih mengarahkan kepada praktek manijarial dan profesional), melatih dengan cara mengerjakan sendiri, serta rotasi kerja. Pelatihan diluar tempat kerja, teknik pelatihannya antara lain ceramah, studi kasus, permainan peran, grup diskusi, pusat pengembangan, dinamika kelompok, belajar melalui tindakan, proyek permainan bisnis, dan pelatihan di tempat terbuka.

Pelatihan dibidang keperawatan merupakan salah satu kegiatan pengembangan staf yang bertujuan untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia yaitu perawat (Gillies, 2000). Selain itu tujuan dari pelatihan adalah meningkatkan produktifitas kerja, meningkatkan mutu kerja, meningkatkan ketepatan dalam perencanaan sumberdaya manusia khususnya perawat, meningkatkan moral kerja, menjaga keselamatan dan menunjang pengembangan seseorang, meningkatkan kemarangan kepribadian staf dan kemampuan intelektual serta keterampilan staf.

Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mengurangi hingga mungkin meniadakan kecelakaan adalah dengan memberikan pelatihan. Terwujud dalam bentuk sarana fisik seperti pelatihan (tersedia atau tidak tersedianya fasilitas). Pekerja yang tidak mendapatkan pelatihan mempunyai kecenderungan lebih besar untuk melakukan tindakan tidak aman yang menjadi salah satu pemicu terjadinya kecelakaan (Lubis, 2007).

Menurut Andrew F. Sikula (1981) yang dikutip oleh Sarwono (2011) menyatakan tujuan pelatihan dan pengembangan adalah:

1. *Productivity*

Dengan pelatihan dapat meningkatkan kemampuan, pengetahuan, keterampilan dan perubahan tingkah laku. Hal ini dapat diharapkan meningkatkan produktifitas perusahaan.

2. *Quality*

Penyelenggaraan pelatihan tidak hanya dapat memperbaiki kualitas dari tenaga kerja namun diharapkan akan dapat memperkecil kemungkinan terjadinya kesalahan dalam bekerja. Dengan demikian kualitas dari output yang dihasilkan akan tetap terjaga bahkan meningkat.

3. *Human Resource Planning*

Pelatihan akan memudahkan seorang pekerja untuk mengisi kekosongan jabatan dalam suatu perusahaan, sehingga perencanaan tenaga kerja dapat dilakukan sebaik-baiknya. Dalam perencanaan sumber daya manusia salah satu diantaranya adalah kualitas dan kuantitas dari tenaga kerja yang direncanakan.

4. *Morale*

Pelatihan dapat meningkatkan prestasi kerja karyawan sehingga menimbulkan peningkatan upah kerja. Hal tersebut meningkatkan moral kerja karyawan untuk lebih bertanggung jawab akan tugasnya.

5. *Indirect Compensation*

Pemberian kesempatan pada karyawan untuk mendapatkan pelatihan dapat diartikan sebagai balas jasa atas prestasi yang telah dicapai pada waktu lalu.

6. *Health and Safety*

Merupakan langkah ternaik dalam mencegah atau mengurangi terjadinya kecelakaan kerja dalam suatu perusahaan sehingga akan menciptakan suasana kerja yang tenang, aman dan adanya stabilitas pada sikap mental karyawan.

7. *Obsolescence Prevention*

Pelatihan mendorong inisiatif dan kreativitas tenaga kerja, hal ini diharapkan dapat mencegah tenaga kerja dari sifat kadaluarsa atau kemampuan yang dimiliki tenaga kerja dapat menyesuaikan diri dengan perkembangan teknologi.

8. *Personal Growth*

Memberikan kesempatan bagi tenaga kerja untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki oleh tenaga kerja termasuk meningkatkan perkembangan pribadinya.

2.5 Pengetahuan Tenaga Keperawatan

Difinisi pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimiliki yaitu: mata, hidung, telinga dan sebagainya. Kemampuan pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari tahu melalui penginderaan terhadap suatu obyek tertentu dan sangat penting terhadap terbentuknya tindakan seseorang (Notoadmodjo, 2005).

Menurut Jann Hidayat Tjakraatmadja dan Donald Crestofel Lantu dalam bukunya *Knowledge Management* disebutkan bahwa pengetahuan diperoleh dari sekumpulan informasi yang saling terhubung secara sistematis sehingga memiliki makna. Informasi diperoleh dari data yang sudah diolah (disortir, dianalisis, dan ditampilkan dalam bentuk yang dapat dikomunikasikan melalui bahasa, grafik atau tabel), sehingga memiliki arti. Selanjutnya data ini akan dimiliki seseorang dan akan tersimpan dalam neuron-neuron (menjadi memori) di otaknya. Kemudian ketika manusia tersebut dihadapkan pada suatu masalah maka informasi-informasi yang tersimpan dalam neuron-neuronnya dan yang terkait dengan permasalahan tersebut, akan saling terhubung dan tersusun secara sistematis sehingga ia memiliki model untuk memahami atau memiliki pengetahuan yang terkait dengan permasalahan yang dihadapinya. Kemampuan memiliki pengetahuan atas obyek masalah yang dihadapi sangat ditentukan oleh pengalaman, latihan atau proses belajar (proses berfikir).

Bentuk pengetahuan atau model untuk memahami dunia yang dimiliki manusia, dapat terbentuk dalam tiga kategori, yaitu:

a. Pengetahuan Kultural.

Model untuk memahami dunia yang diekspresikan dalam asumsi-asumsi, nilai-nilai dan norma-norma yang dimiliki manusia.

b. *Tacit Knowledge*.

Model untuk memahami dunia dalam bentuk konsep, diekspresikan dalam bentuk teori dan pengalaman yang dimiliki.

c. Pengetahuan Eksplisit.

Model untuk memahami dunia dalam bentuk keahlian atau kognitif, diekspresikan dalam bentuk sistem, peraturan-peraturan, prosedur-prosedur dan tata cara kerja yang dipahaminya.

Difinisi lain yang disampaikan oleh Notoatmojo (2005) yaitu pengetahuan adalah hasil dari suatu produk sistem pendidikan dan akan mendapatkan pengalaman yang nantinya akan memberikan suatu tingkat pengetahuan atau ketrampilan dapat dilakukan melalui pelatihan⁸. Pengetahuan diperoleh dari proses belajar, yang dapat membentuk keyakinan tertentu. Intensitas atau tingkat pengetahuan seseorang terhadap obyek tertentu tidak sama. Secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkatan pengetahuan, yaitu:

- a. Mengetahui (*know*), artinya mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.
- b. Memahami (*comprehension*) artinya suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang di ketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c. Menggunakan (*aplication*) artinya kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang nyata.
- d. Menguraikan (*analysis*), yaitu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. Menyimpulkan (*synthesis*), maksudnya suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- f. Mengevaluasi (*evaluation*), yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin di ukur dari subyek penelitian atau responden.

2.6 Sikap Perawat

Sikap merupakan faktor penentu perilaku karena berhubungan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Sikap adalah kesiap-siagaan mental yang dipelajari dan diorganisasikan melalui pengalaman dan mempunyai pengaruh tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain, obyek dan situasi yang berhubungan dengannya (Gibson, Invancevich dan Donnelly, 1997).

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang telah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Menurut Newcomb sikap adalah kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu (Notoadmodjo, 2005). Menurut Allport dalam Notoadmodjo (2005) sikap terdiri dari komponen pokok, diantaranya adalah :

1. Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek. Artinya, bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi seseorang terhadap suatu objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung faktor emosi didalamnya) orang tersebut terhadap objek

Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah angsang-angsan untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan).

Menurut Robbins (2003) struktur sikap terdiri dari tiga komponen penting dan saling menunjang yaitu komponen Kognitif (*cognitive*), komponen Afektif (*affective*) dan komponen Konatif (*conative*). Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu. Komponen ini berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku dan apa yang benar bagi obyek sikap dan hal ini sudah terpolakan dalam pikirannya. Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional atau evaluasi. Pada umumnya reaksi emosional sebagai komponen afektif banyak dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai sesuatu yang benar dan berlaku bagi obyek tersebut. Komponen konatif adalah aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang yang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapi. Kaitan ini didasari oleh asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan

banyak mempengaruhi perilaku. Kecenderungan berperilaku secara konsisten, selaras dengan kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individu. Konsistensi antara kepercayaan sebagai komponen kognitif, perasaan sebagai komponen affektif, dengan tendensi perilaku sebagai komponen konatif menjadi landasan dalam upaya menyimpulkan sikap yang dicerminkan oleh jawaban terhadap skala sikap. Bentuk perilaku yang mencerminkan komponen konatif tidak hanya dilihat secara langsung saja tetapi juga meliputi bentuk-bentuk perilaku berupa pernyataan atau perkataan yang disampaikan seseorang.

2.7. Kebijakan

Kebijakan adalah rangkaian dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan kepemimpinan, dan cara bertindak (tentang organisasi, atau pemerintah); pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip, atau maksud sebagai garis pedoman untuk manajemen/administrasi dalam usaha mencapai sasaran tertentu. Contoh: kebijakan kebudayaan, adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar rencana atau aktivitas suatu negara untuk mengembangkan kebudayaan bangsanya. Kebijakan Kependudukan adalah konsep dan garis besar rencana suatu pemerintah untuk mengatur atau mengawasi pertumbuhan penduduk dan dinamika penduduk dalam negaranya (Surya Utama, 2005).

Kebijakan (*policy*) adalah istilah yang tampaknya banyak disepakati bersama. Dalam penggunaannya yang umum, istilah kebijakan dianggap berlaku untuk sesuatu yang lebih besar ketimbang keputusan tertentu, tetapi lebih kecil ketimbang gerakan sosial (Parson, 2005).

Prasyarat perumusan masalah kebijakan adalah “pengakuan atau dirasakannya keberadaan” suatu Situasi Masalah Kebijakan. Perumusan masalah kebijakan dapat dipandang sebagai proses dengan 4 fase yang saling tergantung, yaitu: (Surya Utama, 2005).

a. Pencarian masalah atau *problem search*. Masalah kebijakan harus dicari dari berbagai pelaku kebijakan. Biasanya, para analis akan menjumpai formulas iformulasi masalah yang saling terkait dan bersaing secara dinamis, yang terbentuk dari oleh situasi sosial, dan terdistribusi pada seluruh proses

pembuatan kebijakan. Kondisi yang dihadapi oleh analis ini disebut dengan Meta Problem (kompleksitas masalah). Selanjutnya, analis harus menetapkan mana yang menjadi masalah substantif (masalah pokok yang menjadi pusat perhatian). Contoh: krisis nasional (meta problem atau situasi problematik) sektor ekonomi dan moneter diikuti oleh krisis politik, telah menyebabkan terjadi krisis kesehatan masyarakat. Pilihan masalah substantif adalah bidang kesehatan, yang didukung oleh fakta menurunnya status kesehatan masyarakat secara drastis.

- b. Pendefinisian masalah atau *problem definition*. Meta masalah harus didefinisikan dengan jelas untuk mengetahui keterkaitan satu masalah dengan masalah lainnya, dan untuk mempermudah penemuan masalah substantif. Selanjutnya, masalah substantif harus didefinisikan secara mendasar dan umum. Contoh, apakah fenomena itu merupakan masalah kesehatan, jika ya, maka masalah tersebut harus dikonsepsikan dan didefinisikan dengan jelas dan memperlakukannya dalam ketentuan faktor-faktor kesehatan. Contoh: Krisis ekonomi, moneter dan politik (meta problem) harus didefinisikan dengan jelas dan dapat dipertanggungjawabkan. Selanjutnya, krisis kesehatan (substantif) sebagai akibat dari meta problem, harus didefinisikan menurut ukuran kesehatan. Misalnya, menurunnya status kesehatan masyarakat ditandai oleh meningkatnya jumlah anak-anak dengan status gizi buruk sekian persen.
- c. Spesifikasi masalah atau *problem specification*. Jika masalah substantif sudah didefinisikan, maka masalah yang lebih rinci dan spesifik dapat dirumuskan; dan menghasilkan masalah formal. Rumusan masalah formal ini yang akan menjadi pusat perhatian analis. Contoh, Masalah formal bidang kesehatan sektor Gizi pada situasi krisis nasional, yang meliputi sediaan bahan pangan, daya beli masyarakat, program pelayanan gizi di sarana pelayanan kesehatan.
- d. Pengenalan masalah atau *problem sensing*. Masalah formal harus disampaikan kepada para pelaku kebijakan, untuk mendapat umpan balik, yaitu apakah sesuatu itu sudah benar-benar menjadi masalah kebijakan. Jika para pelaku kebijakan menyatakan bahwa masalah formal tersebut benar-benar dapat menjadi masalah kebijakan; maka seorang analis dapat melanjutkan tugasnya

untuk melakukan analisis dengan benar, dalam rangka menghasilkan informasi dan argumen sebagai input pembuatan kebijakan publik sektor kesehatan.

Berdasarkan pendapat para ahli (Dunn, 1988; Moekijat, 1995; Wahab, 1999 dalam Surya Utama 2005), dapat diketahui bentuk analisis kebijakan, salah satu analisis kebijakan yang sering dipakai adalah :

Analisis Kebijakan Prospektif. Bentuk analisis ini berupa penciptaan dan pemindahan informasi sebelum tindakan kebijakan ditentukan dan dilaksanakan. Ciri analisis adalah: (a) Mengabungkan informasi dari berbagai alternatif yang tersedia yang dapat dipilih dan dibandingkan; (b) Diramalkan secara kuantitatif dan kualitatif untuk pedoman pembuatan keputusan kebijakan; dan (c) Secara konseptual tidak termasuk pengumpulan informasi.

2.8. Dana/Anggaran yang disiapkan untuk menunjang program KP

Anggaran adalah pernyataan tahunan tentang kemungkinan pendapatan dan pengeluaran untuk tahun yang akan datang serta merupakan alat dasar untuk mengikat fungsi perencanaan dan pengawasan dari manajemen (Dylon, 1979). Penulis lain mengemukakan bahwa anggaran adalah suatu pernyataan kuantitatif tentang rencana tindakan dan merupakan alat bantu untuk koordinasi dan implementasi Anggaran memberikan pedoman untuk mengukur dan mengawasi prestasi, meningkatkan komunikasi dan analisa untuk mencapai tujuan suatu organisasi. Sesuai dengan pendapat-pendapat tersebut — Horngren mengemukakan bahwa anggaran merupakan suatu alat yang efektif untuk kegiatan, meningkatkan komunikasi dan koordinasi dalam organisasi serta memperbaiki dan memudahkan pengambilan keputusan untuk mencapai tujuan. Selain itu, dikemukakan pula bahwa anggaran yang digunakan sebagaimana mestinya akan menjadi alat bantu yang positif dalam menetapkan standar prestasi kerja, mendorong tercapainya sasaran, mengukur hasil dan mengarahkan perhatian dalam bidang yang memerlukan penyelidikan (Horngren dan Foster, 1988).

2.9 Teori Sistem

Teori sistem pertama kali ditemukan dalam “*General Systems Theory GSS*” tahun 1956 oleh ahli biologi Hongaria yaitu Ludwig V. Bertalanffy. (Senge, 1990).

Berbagai Macam studi sistem antara lain, (Senge, 1990) :

1. *General System Theory* (GSS)

Merupakan pemikiran untuk pengembangan model teori sistem yang dasarnya terletak pada teori umum matematika murni dan teori disiplin tertentu. Studi tentang sistem dan konteks ini lebih mengutamakan pada pengenalan dan pengembangan sistem.

2. *Sybernetics*

Berfikir mengenai kesisteman yang didasarkan pada ilmu pengendalian dan komunikasi pada hewan dan mesin. Konsep kotak hitam (black box) dan *negative feedback* yang dapat digunakan untuk memahami dan memperbaiki sistem kompleks, seperti: teori otomatisasi, teori kontrol, teori keputusan dan teori informatika.

3. *Systems Approach*

Merupakan aplikasi dari berfikir kesisteman (*systems thinking*) untuk pembuat atau memperbaiki sistem dan untuk pemecahan masalah yang didasarkan pada karakteristik sistem. Pendekatan yang dilakukan melalui dua cara yaitu *hard systems approach* dan *soft systems approach*.

Hard systems approach digunakan untuk memecahkan masalah dengan rumusan masalah dan tujuan yang jelas dan terukur.

Operational System (OR) merupakan model yang paling banyak menggunakan *hard systems approach*. Sedangkan *soft systems approach* digunakan untuk memecahkan masalah dengan rumusan masalah dan tujuan yang tidak jelas atau membutuhkan usaha besar untuk dapat disepakati bersama oleh pihak yang berkepentingan.

Soft System Methodology (SSM) dikembangkan oleh Peter Checkland tahun 1990.

4. *System Design*

Merupakan perkembangan *General Systems Theory* (GSS) dan *Operational Research* (OR) dengan penekanan terhadap

pengembangan kualitas dalam penciptaan atau perancangan sistem baru yang khas dan berbeda dari sistem sebelumnya.

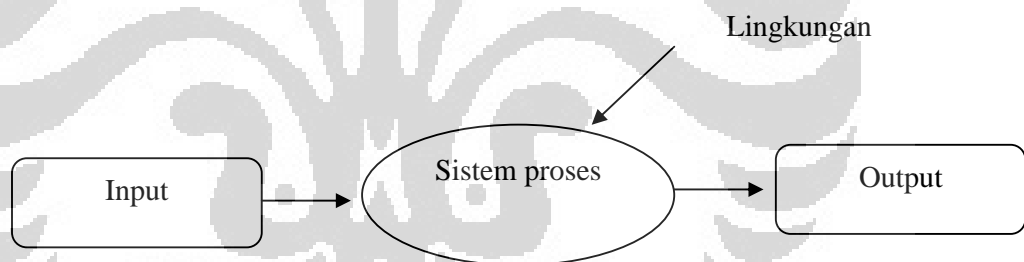
5. *System Engineering*

Merupakan perancangan atau pengembangan suatu sistem yang lebih baik, seperti manusia, sistem manusia-mesin, maupun sistem mekanis.

Berbagai sudut pandang mengartikan sistem sebagai proses masukan (input) yang ditransformasikan menjadi keluaran (output) tertentu atau bisa juga diartikan sebagai suatu kumpulan dari obyek-obyek atau subsistem-subsistem yang terkait dalam suatu bentuk interaksi, yang secara bersama-sama melakukan tindakan untuk menghasilkan suatu tujuan tertentu, seperti dijelaskan pada gambar dibawah ini (Daellenbach, 1994).

Gambar 2.1

Model Input-Output Sebagai Sistem Terbuka



Suatu sistem memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Terdiri atas sekumpulan elemen
2. Terdapat interaksi dan interdependensi
3. Terdapat mekanisme umpan balik
4. Memiliki tujuan bersama
5. Terdapat hubungan antara dengan lingkungan

Pendekatan sistem merupakan pendekatan terpadu yang memandang suatu persoalan dengan memperhatikan interaksi antara obyek-obyek yang menghubungkan obyek-obyek tersebut sehingga membentuk keseluruhan sistem

yang utuh (Blanchard,1998). Prinsip dasar dari pendekatan sistem antara lain (Miser, 1995):

1. Suatu sistem lebih besar daripada jumlah komponen sistem tersebut
2. Bagian dari sistem yang dipelajari harus dapat diduga
3. Meskipun setiap sub-sistem berdiri sendiri, sub-sistem ini merupakan bagian dari sistem yang lebih besar
4. Adanya pengorbanan suatu tujuan jika ingin meningkatkan tujuan lain
5. Sistem yang kompleks harus dipecahkan ke dalam sub-sistem yang lebih kecil sehingga dapat dianalisis dan dimengerti sebelum digabungkan kembali.
6. Komponen sistem saling berinteraksi, perubahan pada suatu elemen akan mempengaruhi seluruh komponen.
7. Semua sistem cenderung mencapai keseimbangan yang merupakan keseimbangan dari berbagai kekuatan dari luar sistem.

BAB 3

PROFILE RUMAH SAKIT UMUM RSU MANUABA

3.1 Sejarah Berdirinya RSU Manuaba

RSU Manuaba pada awalnya merupakan sebuah Klinik Bersalin yang didirikan pada tanggal 4 Juni 1974, di bawah Yayasan Manuaba. Prof.dr.I. B. G. Manuaba, Sp.OG(K) sebagai pendiri, awalnya hanya bermaksud mendirikan sebuah Klinik Bersalin untuk memberikan pelayanan persalinan paripurna. Klinik bersalin ini saat berdirinya hanya memiliki 24 tempat tidur dengan pelayanan ibu bersalin, 1 kamar operasi dan 1 kamar bersalin. Perkembangan selanjutnya, sesuai kebutuhan masyarakat yang semakin meningkat, penyakit semakin kompleks dan teknologi kedokteran serta perawatan yang semakin tinggi dan dibantu oleh para koleganya, Klinik Bersalin ini berubah status menjadi Rumah Sakit Bersalin dan pada akhirnya dengan melengkapi berbagai fasilitas layanan maka sejak tahun 1980 telah berubah status lagi menjadi Rumah Sakit Umum Manuaba.

Pendirian RSU Manuaba dilatarbelakangi oleh pemikiran agar setelah pensiun nanti, pengabdianya kepada masyarakat dalam bidang pembangunan kesehatan masyarakat tidak terputus begitu saja. Sebab setelah pensiun umur 60 tahun masih produktif dan rumah sakit inilah yang dipakai sebagai tempat pengabdianya. Pemberian nama Manuaba bukanlah diambil dari nama pendirinya akan tetapi untuk mengenang dan menghormati serta berbakti kepada leluhurnya karena mereka terlahir dari keluarga besar brahmana Manuaba.

Rumah Sakit Umum Manuaba merupakan rumah sakit swasta pertama di Bali, terletak di jalan Cokroaminoto, No. 28, Denpasar. Karena berbentuk perusahaan yang berada di bawah yayasan, maka RSU Manuaba memiliki badan hukum yaitu Yayasan Keluarga Manuaba dengan No dan tanggal akte notaries nomor 21 tanggal 18 Nopember 2006. Ijin operasionalnya sudah diperpanjang untuk ketiga kalinya dengan nomor ijin 445/02.RS.07.III.07/Dikes. Surat ijin tempat usaha juga sudah dimiliki dan dikeluarkan oleh Wali Kotamadya Denpasar nomor 25 tahun 2007. Sebagai rumah sakit yang dikelola oleh yayasan, tujuan *for profit* tidak terlalu diharapkan untuk tahap awal pendiriannya, tetapi sebagai lembaga tempat orang dari berbagai disiplin ilmu bekerja, rumah sakit dapat beroperasi bila ada

sumber dana keuangan yang dikelola dengan baik dan seiring perkembangan dan persaingan rumah sakit swasta yang semakin banyak berdiri di Bali, mau tidak mau Rumah Sakit Umum Manuaba lebih mengarah ke *for profit* dengan tidak meninggalkan misi sosialnya.

3.2 Tugas Dan Fungsi

Rumah Sakit Umum Manuaba seperti rumah sakit umum pada umumnya mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugasnya tersebut rumah sakit mempunyai fungsinya :

1. Menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan.
2. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat sekunder dan tersier.
3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka meningkatkan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan dan
4. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan.

3.3 Visi, Misi, Falsafah, Tujuan Rumah Sakit

- b. Visi RSU Manuaba adalah menjadi Rumah Sakit Pilihan dengan pelayanan yang prima dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat Kota Denpasar pada khususnya dan Bali pada umumnya
- c. Misi RSU Manuaba adalah :
 1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang prima dengan didukung oleh sumber daya yang berkualitas dalam memenuhi kebutuhan pelanggan sebagai manusia seutuhnya
 2. Membangun jejaring dengan pihak lain yang saling menguntungkan
 3. Mengembangkan fungsi rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat.
- d. Falsafah : adalah sikap kerja karyawan rumah sakit sebagai berikut:

1. Pelayanan Prima : secara konsisten dan disiplin tinggi memberikan pelayanan prima sesuai standar profesionalisme, memegang teguh etika profesi dan integritasi moral yang tinggi.
 2. Disiplin adalah senantiasa bekerja bertanggung jawab, memberikan yang terbaik dan selalu berupaya meningkatkan citra rumah sakit sebagai organisasi dengan reputasi, kinerja, komitmen dan disiplin yang tinggi.
 3. Jujur adalah senantiasa menjunjung tinggi perilaku yang berdasarkan pada nilai-nilai kejujuran, kecerdasan, keterbukaan dan kepercayaan.
 4. Inovatif, mendorong kepada seluruh karyawan untuk ikut serta menciptakan terobosan dan peluang sebagai tantangan kemajuan organisasi, juga senantiasa menatap masa depan.
- e. Tujuan Rumah sakit adalah menjadikan rumah sakit yang dapat memberikan pelayanan prima berdasarkan standar yang ditetapkan melalui usaha :
1. Menyelenggarakan pelayanan yang bermutu, memuaskan dan profesional berdasarkan standar yang ditetapkan
 2. Senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang mutakhir
 3. Menggalang dan mengembangkan kemitraan dengan berbagai pihak untuk menjalin jaringan kerjasama yang saling menguntungkan
 4. Mewujudkan tingkat kepuasan konsumen baik internal maupun eksternal secara optimal
 5. Memberdayakan seluruh potensi sumber daya yang ada di rumah sakit.

3. Sejarah Pendirian, Logo dan Moto

- (1) RSUD Manuaba didirikan pada tanggal 4 Juni 1974
- (2) Logo RSUD Manuaba adalah :

Gambar 3.1
Logo RSU Manuaba



- a. Huruf M melambangkan nama Yayasan Keluarga Manuaba yang merupakan nama Leluhur Brahmana Manuaba yang mengayomi RSU Manuaba. Warna kuning pada huruf M ini melambangkan kemegahan dan keutamaan dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan.
- b. Palang tambah adalah simbol pelayanan kesehatan, makna filosofinya warna hijau melambangkan umur panjang bagi pasien yang dirawat, umur panjang untuk RSU Manuaba semoga selalu ajeg dan berkembang.
- c. Dasar putih melambangkan kesucian hati dari manajemen, staf dan semua karyawan dalam melayani pasien tanpa membedakan jenis kelamin, suku, agama, ras dan politik.

(3) Moto RSU Manuaba adalah perawatan kami serasa di rumah sendiri

3.4 Sasaran Mutu

Tabel 3.1

Sasaran Mutu RSU Manuaba

No	Sasaran Mutu	Target
1	Meningkatkan jumlah kunjungan	5% dari tahun 2008
2	Meningkatkan kepuasan pelanggan	3 (dari skala 4)
3	Meningkatkan pendapatan RS	20% dari tahun 2008

(Sumber dari Bag. Diklat RSU Manuaba)

4. Sarana dan Prasarana

Luas lokasi : 5.435 M²
 Luas bangunan lantai 1 : 2.021,17 M²
 Luas bangunan lantai 2 : 1.458,45 M²
 Luas lahan parkir : 1.383.30 M²
 Pengolahan Limbah : IPAL dan Insenerator
 Sumber air : PAM dan Sumur dalam
 Sarana Komunikasi : Telp sentral dengan \pm 100 pesawat, 4 *line* telp sistem *hunting*.

RSU Manuaba memiliki 2 gedung yaitu Gedung A dan gedung B dengan rincian ruangan pada masing masing gedung tersebut sebagai berikut :

- GEDUNG A (unita pelayanan rawat jalan)

Gedung A terdiri dari 2 lantai dengan kondisi sebagai berikut :

1. Lantai 1 terdiri atas Ruang Unit Gawat Darurat, poliklinik spesialis bedah, bedah urologi, poliklinik spesialis penyakit dalam, apotek, unit radiologi, dan laboratorium
2. Lantai 2 terdiri dari atas poliklinik spesialis jiwa, kulit, anak, gigi, THT, Mata, poliklinik saraf, poliklinik fisioterapi dan bank BRI.

- GEDUNG B (unit Rawat inap)

Gedung B terdiri dari 2 lantai dengan pembagian ruangan per lantainya adalah sebagai berikut :

1. Lantai 1 terdiri dari ruang rawat inap VIP A, ruangan rawat inap kelas 1, ruangan rawat inap kelas 2, ruang operasi, ruang HCU, ruang bayi, ruang pertemuan, ruang administrasi rawat inap, ruang staf direksi dan ruang komite medik
2. Lantai 2 terdiri dari ruang rawat inap VIP B dan kelas 3.

3.5 Sumber Daya Manusia

Saat ini RSU Manuaba mempunyai karyawan sebanyak 138 orang. Berikut ini daftar jumlah karyawan di RSU Manuaba per Desember 2011.

Tabel 3.2 Data Karyawan RSU Manuaba Tahun 2011

No.	JENIS TENAGA	TAHUN 2011
1	MEDIS Dokter Umum	5
2	Tenaga Paramedis keperawatan	51
3	Tenaga Paramedis Non Keperawatan Farmasi/Apoteker Gizi Radiologi Laboratorium Rekam medis	8/1
		1
		2
		3
		4
4	Tenaga Non Medis Manajemen (direksi) Staf Administrasi Pemasaran Keamanan Sarana & Teknisi Supir Laundry Kebersihan	4
		20
		4
		9
		3
		3
		2
		21
	total	141

3.6 Jenis Pelayanan

Jenis pelayanan yang diberikan adalah pelayanan rawat jalan yang meliputi poliklinik dan UGD 24 jam, poliklinik gigi, grup praktek /polispesialis yang dibuka pagi dan sore, general check up, fasilitas rawat inap terdiri dari perawatan VIP, kelas I, II, dan III. Perawatan intensif, kamar bedah sentral, kamar bersalin, dan kamar bayi. Fasilitas penunjang medis terdiri dari ambulance, laboratorium, rontgen, farmasi, ultrasonografi (2D dan 4D), home care, dan kantin. Fasilitas pendukung yang baru berupa kamar bersalin, kamar operasi, dan 12 kamar perawatan dengan 12 tempat tidur yang dibangun sejak 2007 sudah dioperasikan per September 2007 yaitu Ruang VIP (Tunjung dan Jempiring).

Berbagai fasilitas layanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Manuaba diantaranya adalah :

1. Unit pelayanan rawat jalan terdiri dari
 - a. Poliklinik umum
 - b. Unit gawat darurat 24 jam
 - c. Poliklinik spesialis pagi dan sore (penyakit dalam, obgin, anak, bedah umum, bedah urologi, THT, neurology)
 - d. Poliklinik gigi
 - e. General check up
2. Unit rawat inap/fasilitas perawatan
 - a. Perawatan kelas VIP (16 TT), I (6TT), II (12 TT), dan III (10TT), 2TT untuk One Day Care
 - b. Perawatan intensif (ICU)
 - c. Kamar operasi sentral
 - d. Kamar bayi
3. Fasilitas penunjang medis
 - a. Ambulance
 - b. Laboratorium
 - c. Farmasi /Apotek Manuaba
 - d. Ultrasonografi
 - e. Rontgen
 - f. Home Care
 - g. Kantin

4. Instalasi Kamar Bedah

Instalasi Kamar Bedah 24 jam merupakan ruang operasi yang dilengkapi peralatan canggih. Instalasi Kamar Bedah didukung dengan :

1. 2 Ruang OK Besar
2. 1 Ruang Pemulihan
3. 3Dokter Bedah Umum
4. 1 Dokter Bedah Ortopedi
5. 3 Dokter Anestesi
6. 1 Dokter Bedah Urologi

5. Instalasi Kamar Bersalin

Instalasi Kamar Bersalin memberikan pelayanan yang dapat membantu persalinan normal dan persalinan dengan penyulit. Pelayanan Instalasi Kamar Bersalin didukung dengan:

1. Ruang Tindakan
2. 4 Dokter Spesialis Obgyn
3. 5 Bidan Mahir

6. Instalasi Radiologi

Instalasi Radiologi RSUD. Manuaba memiliki fasilitas :

1. USG 4 Dimensi
2. X-Ray 640 milli Ampere Fluoroscopy
3. Melayani pasien rumah sakit serta pasien rujukan 24 jam
4. Hasil foto rontgen dapat ditunggu

7. Instalasi Laboratorium

Instalasi laboratorium memiliki kemampuan pemeriksaan kimia darah, serologi, hematologi, dan lainnya, Instalasi Laboratorium Klinik buka 24 jam melayani pasien rumah sakit dan pasien rujukan.

8. Instalasi Farmasi

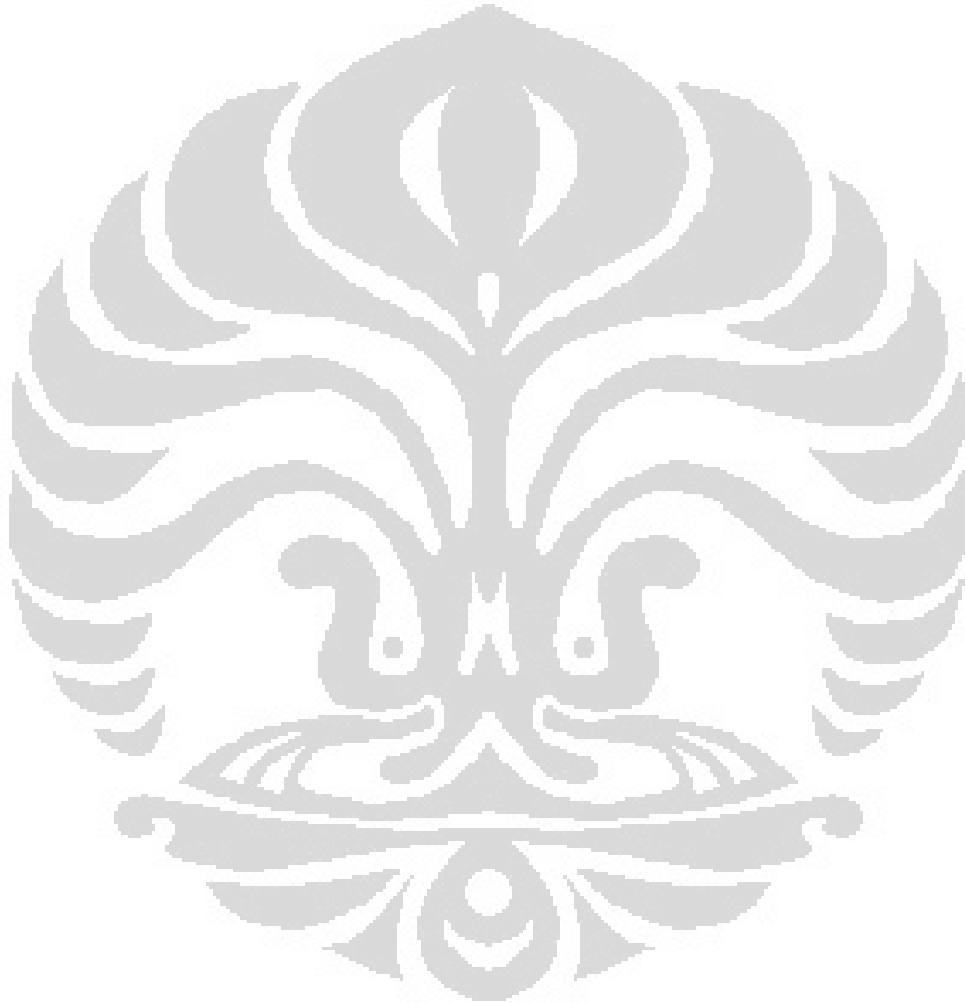
Instalasi Farmasi melayani Resep Rawat Jalan, Rawat Inap dan Instalasi Gawat Darurat selama 24 jam. Daftar Obat Standar Formularium. Pelayanan Penunjang Farmasi mengelola kebutuhan belanja perbekalan farmasi rumah sakit, meliputi belanja alat kesehatan, belanja obat-obatan, bahan laboratorium, dan lain-lain.

9. Instalasi Gizi

RSU Manuaba memiliki 1 orang ahli gizi. Pelayanan Penunjang Gizi memberikan pelayanan makan untuk pasien yang dirawat dengan variasi menu 10 hari Pelayanan Gizi bertanggung jawab dalam mengelola kebutuhan perbekalan gizi rumah sakit, meliputi : belanja makanan pasien, alat dapur, kemasan / tempat makanan, dan belanja gas.

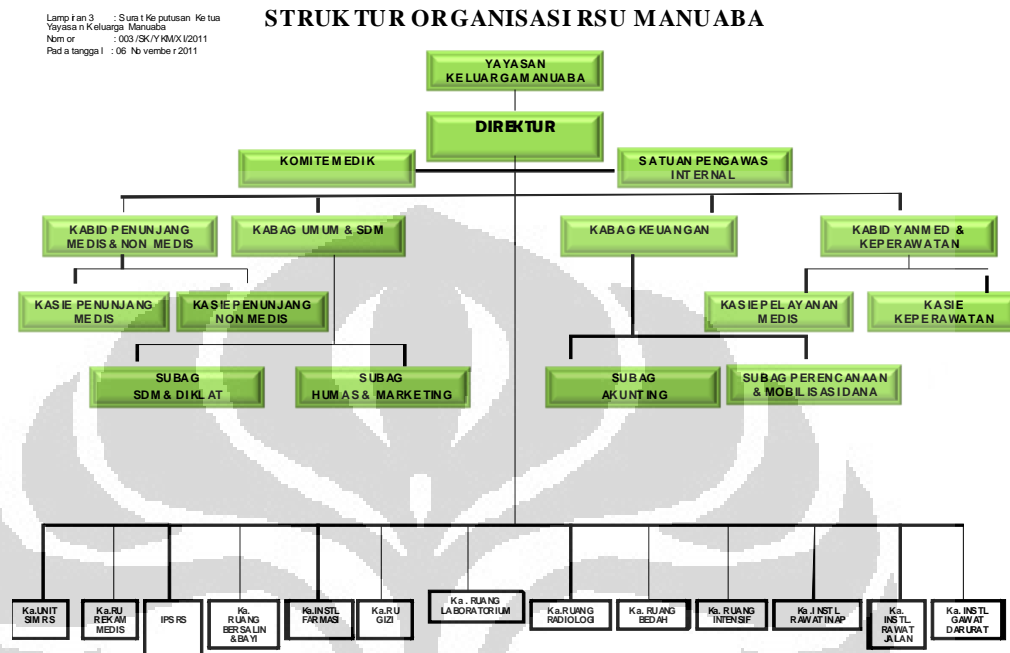
10. Instalasi Kamar Jenazah

Instalasi ini memiliki kemampuan untuk melakukan penyimpanan dan pemulasaran jenazah.



3.7 Struktur Organisasi RSU Manuaba

Gambar 3.2



Sumber : bagian SDM RSU Manuaba

Struktur organisasi RSU Manuaba dinaungi oleh yayasan Keluarga Manuaba. Yang menjadi pengurus Yayasan Keluarga Manuaba adalah pendiri Yayasan Keluarga Manuaba atau orang-orang yang ditunjuk dan dianggap mampu untuk melanjutkan tujuan pendirian yayasan.

- (1) Jumlah anggota pengurus Yayasan Keluarga Manuaba adalah berjumlah 3 (tiga orang)
- (2) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota pengurus yayasan adalah :
 - a. Memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan RSU Manuaba serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya.
 - b. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota Direksi

- atau Komisaris atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah dihukum melakukan tindak pidana.
- c. Mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik
 - d. Masa jabatan anggota Yayasan Keluarga Manuaba adalah 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali
 - e. Anggota yayasan dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh suatu keputusan rapat Yayasan

Pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan di Rumah Sakit dilakukan oleh Direksi bersama jajarannya. Jumlah keanggotaan Direksi dan jajarannya baik jabatan struktural maupun jabatan fungsional adalah berjumlah 6 orang yang terdiri dari 1(satu) orang Direktur, 1(satu) orang Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan, 1 (satu) orang Kepala Bidang Penunjang Medis, 1 (satu) orang Kepala Bagian Umum dan SDM (1) orang, Kepala bagian Keuangan 1 orang, dan 1 (orang) Santuan Pengawas Intern. Direksi memeberikan laporan setiap tahun kepada yayasan keluarrga Manuaba.

3.8 Rencana Strategik Rumah Sakit Umum Manuaba

A. Visi dan Misi

Dalam model Circular Flow, firma atau lembaga usaha merupakan salah satu dari empat factor pembentuk system ekonomi di dalam masyarakat. Rumah sakit sebagai sebuah firma karena rumah sakit dapat dianggap sebagai suatu tempat yang memproduksi jasa pelayanan kesehatan dari berbagai input. Dengan demikian konsep produksi dapat dipakai pada rumah sakit karena pada manager dihadapkan pada kenyataan bahwa untuk menghasilkan layanan produk, rumah sakit dapat dikatakan sebuah tempat produksi yang melakukan proses secara sistematis. Proses yang sistematis ini juga harus didukung oleh proses yang komprehensif di semua proses layanan. Untuk mewujudkan semua ini dibutuhkan perencanaan yang matang yang sifatnya strategic. Sebelumnya tentu

membutuhkan satu komitmen dari manager rumah sakit untuk membawa kemana lembaga usaha ini bergerak. Tujuannya adalah memberikan informasi kepada masyarakat tentang kinerja lembaga usaha tersebut.

Rumah Sakit Umum Manuaba di dalam menjalankan strategi lembaga usahanya sudah merumuskan motto, visi, dan misi. Mottonya adalah Perawatan Kami Serasa Di Rumah Sendiri. Visinya adalah menjadikan RSU Manuaba selalu memberikan pelayanan medis yang bermutu dan mengedepankan KP dari waktu ke waktu. Dari visi tersebut dirumuskan Misi Rumah Sakit Umum Manuaba adalah :

1. Meningkatkan kualitas SDM agar selalu memberikan pelayanan yang bermutu dan mengedepankan KP.
2. Meningkatkan fasilitas dan pelayanan agar selalu aman, nyaman dan tetap mengikuti inovasi di bidang kedokteran.
3. Meningkatkan hubungan inter dan antar personal hingga dapat memberikan pelayanan serasa bagai di rumah sendiri.

Dari visi dan misi tersebut telah secara nyata disebutkan komitmennya untuk mengutamakan KP dengan didukung oleh SDM, penunjang medis dan non medis serta system managerial yang baik dan professional. Pengembangan system informasi manajemen secara online juga merupakan salah satu komitmen dalam meningkatkan kualitas layanan.

B. Tujuan dan Sasaran

Tujuan merupakan implementasi dari misi yang merupakan sesuatu yang akan dicapai atau diraih dalam jangka waktu 1(satu) hingga 5(tahun). Berdasarkan pada misi yang telah ditetapkan, maka tujuan dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Menyiapkan sumber daya manusia, meningkatkan sarana dan prasarana medis dengan mengikuti inovasi bidang kedokteran untuk mendukung kelancaran tugas pokok dan fungsi lembaga usaha.
2. Meningkatkan mutu pelayanan medis dengan mengutamakan upaya penurunan angka kecacatan dan kematian sesuai standar pelayanan medis.
3. Meningkatkan jenis pelayanan medis sesuai dengan perubahan lingkungan yang semakin kompetitif.

4. Meningkatkan sistem administrasi secara komputerisasi online, menyiapkan sumber daya manusia yang terampil dan professional dalam bekerja dalam bidang administrasi umum dan keuangan demi kenyamanan dan kepuasan pelanggan.

Dalam keputusan Direktur Rumah Sakit Manuaba, tujuan tersebut dirumuskan sebagai “Keinginan untuk mewujudkan pengembangan pelayanan dan manajemen rumah sakit yang semakin baik demi kepuasan dan keamanan pelanggan”.

Sasaran merupakan penjabaran dari tujuan yang bersifat spesifik, dapat dinilai, dapat diukur, menantang namun dapat dicapai, berorientasi pada hasil yang dicapai dalam kurun waktu 1–5 tahun. Berdasarkan fakta di atas, maka sasaran yang ditetapkan adalah :

1. Peningkatan pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan sumber daya manusia (khususnya tenaga keperawatan yang masih mempunyai pendidikan SPK ditingkatkan menjadi DIII Keperawatan/Kebidanan dari tahun ke tahun melalui pendidikan dan pelatihan baik melalui pendidikan formal maupun informal.
2. Semakin lengkapnya penunjang proses pelayanan melalui penyediaan alat-alat medis dan penunjang medis serta ditunjang juga oleh kemampuan sumber daya manusia yang mengoperasikan alat-alat tersebut.
3. Terwujudnya laporan keuangan yang baik melalui laporan akuntabilitas lembaga usaha yang lebih professional.
4. Lengkapnya semua standar operasional prosedur di semua unit pelayanan.
5. Terbentuknya formularium rumah sakit.
6. Peningkatan pendapatan rumah sakit dari tahun ke tahun melalui peningkatan jumlah kunjungan rawat jalan, rawat inap, tindakan medic, serta efisiensi dan efektivitas biaya pengeluaran.
7. Terciptanya kondisi hubungan komunikasi yang baik demi mewujudkan suasana yang nyaman inter dan antar anggota karyawan.

C. Cara Mencapai Tujuan dan Sasaran

Cara mencapai tujuan dan sasaran meliputi kebijakan, program dan kegiatan Rumah Sakit Umum Manuaba.

1. Kebijakan

Kebijakan merupakan ketentuan-ketentuan yang akan disepakati pihak-pihak terkait dan ditetapkan oleh yang berwenang untuk dijadikan pedoman, pegangan, atau petunjuk bagi setiap usaha dan kegiatan lembaga usaha ataupun pelanggan agar tercapai kelancaran dan keterpaduan dalam mencapai sasaran, tujuan, misi dan visi RSU Manuaba.

Kebijakan yang ditetapkan oleh RSU Manuaba adalah :

- a. Optimalisasi dan mengefektifkan sarana, prasarana, serta sumber daya manusia yang ada sebagai dasar untuk peningkatan dan pengembangan rumah sakit.
- b. Peningkatan pelaksanaan fungsi manajemen yang lebih professional guna menunjang proses pelayanan yang tetap bermutu tinggi demi kepuasan pelanggan.
- c. Peningkatan pengaturan penyelenggaraan keuangan rumah sakit yang lebih sistematis, transparan, mencegah dan mengurangi kebocoran baik pemasukan maupun pengeluaran serta efektif dan efisien dalam penggunaan anggaran.
- d. Terus menerus menggali dan memacu inovasi dan kreatifitas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pelanggan.

2. Program

Program merupakan kumpulan rencana kegiatan yang nyata akan dilaksanakan, sistematis, dan terpadu yang dilaksanakan oleh lembaga usaha dalam rangka kerja sama dengan masyarakat/pelanggan guna mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan.

Strategi program konsep KP di Rumah Sakit Umum Manuaba:

- 1) Sosialisasi *KP* pada seluruh unit pelayanan baik rawa jalan maupun rawat inap.
- 2) Pencatatan dan pelaporan internal insiden kasus.
- 3) Solusi masalah dan analisis akar masalah.
- 4) Standar *KP* dan *self assesment* instrumen akreditasi.
- 5) Pendidikan, pelatihan dan penelitian.

6) *Update* KP sesuai depkes dan KPRS pusat.

Kegiatan

Kegiatan adalah tindakan nyata dalam jangka waktu tertentu yang dilakukan oleh RSUD Manuaba dengan memanfaatkan sumber daya yang ada untuk mencapai sasaran dan tujuan tertentu sesuai dengan kebijakan dan program yang telah ditetapkan. Kegiatan yang dilakukan oleh RSUD Manuaba adalah :

- a. Pelayanan medis (rawat jalan meliputi poliklinik dan UGD 24 jam), rawat inap, tindakan operasional, persalinan.
- b. Pelayanan non medis meliputi kantin dan laundry
- c. Pelayanan penunjang medis meliputi apotek, laboratorium, radiologi, dan ambulance.
- d. Pelayanan administrasi meliputi kerjasama dengan perusahaan maupun asuransi kesehatan.
- e. Pelayanan luar gedung seperti kegiatan *homecare*, P3K
- f. Pemeliharaan sarana peralatan medis dan non medis
- g. Pengadaan sarana ruang pasien
- h. Pengadaan sarana/alat medis
- i. Pemeliharaan, rehabilitasi dan penataan ulang sarana pelayanan rumah sakit (gedung, taman, dan tempat parkir)

3.9 Kinerja Rumah Sakit Umum Manuaba

A. Pelayanan Rawat Jalan

Instalasi rawat jalan memberikan pelayanan medis poliklinik spesialisik, poliklinik umum/UGD dan poliklinik gigi. Jenis pelayanan spesialisik terdiri dari spesialisik penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah, urologi, anak, telinga hidung dan tenggorok, dan saraf. Poliklinik umum masih digabungkan pelayanannya dengan UGD akan tetapi mulai Januari 2009 sudah dipisahkan pelayanannya dengan UGD dan dibuka mulai jam 08.00 sampai jam 20.00 Wita. Sedangkan poliklinik gigi juka membuka layanan pagi dan sore. Masing-masing poliklinik belum mempunyai data atau rekam medis pasien yang menjalani rawat jalan tidak tercatat dengan baik sehingga data pasien tersebut tidak komplit, sehingga pada profil tahun ini tidak tersaji data pasien rawat jalan (polispesialis). Mulai tahun 2008 pencatatan dan pelaporan

data pasien rawat jalan sudah berjalan baik karena rekam medis sudah berjalan.

B. Pelayanan Unit Gawat Darurat

Pelayanan di unit gawat darurat masih menyatu dengan pelayanan poliklinik umum, oleh karena keterbatasan tempat untuk layanan penyakit umum. Data yang tersaji di bawah ini bukan murni kinerja unit gawat darurat

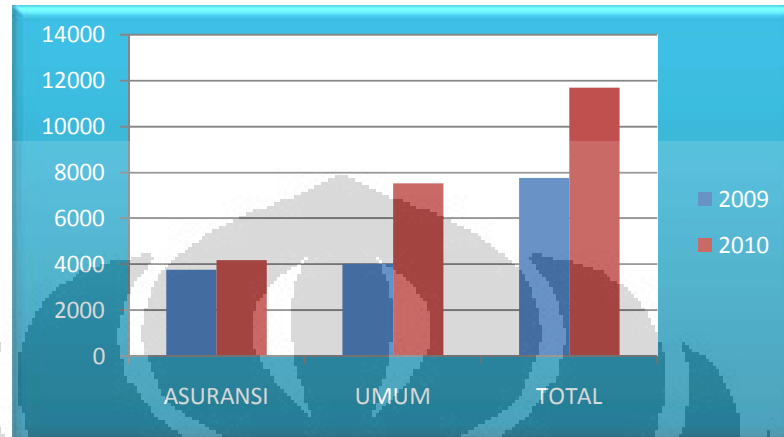
Tabel 3.3
Jumlah Kunjungan Unit Gawat Darurat RSUD Manuaba tahun 2010

No	Bulan	Kunjungan		Asuransi	Umum	Total	Rata-rata/Hari
		Baru	Lama				
1	Januari	497	703	415	785	1200	38,7
2	Pebruari	652	848	625	875	1500	53,6
3	Maret	694	1001	770	925	1695	54,7
4	April	680	1074	864	890	1754	58,6
5	Mei	712	1172	759	1125	1884	60,8
6	Juni	616	1064	705	975	1680	54,1
7	Juli	809	1085	669	1225	1894	61,1
8	Agustus	786	1314	745	1355	2100	67,7
9	September	719	1256	598	1377	1975	63,7
10	Oktober	814	1157	756	1215	1971	63,6
11	November	737	1236	668	1305	1973	63,6
12	Desember	944	1307	876	1375	2251	72,6
Jumlah			8660	13217	8450	13427	
Persentase		39,6	60,4	38,6	61,4		

Sumber : Rekam Medis RSUD Manuaba

Dari tabel di atas terlihat bahwa rata-rata perhari kunjungan UGD sudah mencapai rata-rata 60 orang, dibandingkan jumlah kunjungan tahun 2009 hanya 40 orang, dan dari total jumlah kunjungan per tahun yang merupakan kunjungan baru sebanyak 39,6% menurun dibandingkan kunjungan baru sebanyak 60,4%.

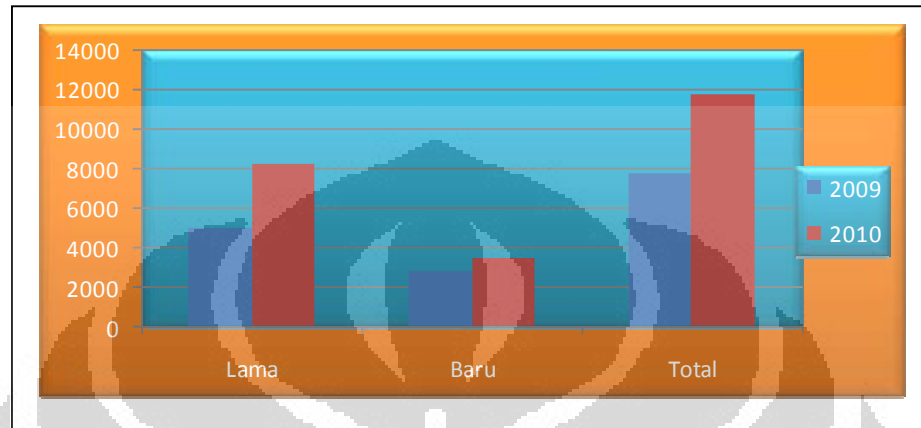
Gambar 3.3
Perbandingan jumlah kunjungan pasien asuransi dan umum rawat jalan
RSU Manuaba tahun 2009 dan 2010



Sumber : bagian Rekam Medis RSU Manuaba

Gambar di atas memperlihatkan jumlah kunjungan pasien umum dan asuransi rawat jalan. Angka kunjungan tertinggi adalah pasien umum. Akan tetapi angka kunjungan pasien asuransi juga mengalami peningkatan dari tahun 2009 ke tahun 2010. Segmen pasar pasien umum sangat potensial oleh karena dari segi letak RSU Manuaba sangat strategis sehingga memungkinkan pasien untuk lebih cepat mencapai lokasi pelayanan kesehatan. Segmen asuransi juga meningkat, akan tetapi peningkatannya tidak signifikan, salah satu sebabnya adalah banyaknya pilihan rumah sakit buat peserta asuransi untuk mendapatkan pelayanan.

Gambar 3.4
Perbandingan jumlah kunjungan pasien lama dan baru unit rawat jalan
RSU Manuaba tahun 2009 dan 2010



Segmen Pasar

Sumber : bagian Rekam Medis RSU Manuaba

Gambar di atas memperlihatkan kunjungan pasien baru terus meningkat demikian juga kunjungan pasien lama. Kunjungan pasien lama sebaiknya terus menerus dibina supaya tidak kehilangan pasar dan kunjungan baru akan meningkat seiring dengan dibinanya pasien lama.

Tabel 3.4
Data Kunjungan Unit Gawat Darurat Menurut Jenis Kasus Di RSU
Manuaba Tahun 2010

No	Bulan	Bedah	Non Bedah	Total
1	Januari	175	1025	1200
2	Februari	225	1275	1500
3	Maret	175	1520	1695
4	April	298	1456	1754
5	Mei	195	1689	1884
6	Juni	325	1355	1680
7	Juli	335	1559	1894
8	Agustus	289	1811	2100
9	September	354	1621	1975
10	Oktober	325	1646	1971
11	Nopember	275	1698	1973
12	Desember	299	1952	2251
Jumlah		3270	18607	21877
Persentase		14,95%	85,05%	

Sumber : bagian Rekam Medis RSU Manuaba

Dari tabel di atas bahwa kunjungan pasien bedah hanya 14,95% sedangkan pasien non bedah mencapai 85,05%. Pada tahun 2009, kunjungan pasien bedah lebih tinggi mencapai 16,3% akan tetapi kunjungan pasien non bedah pada tahun 2010 lebih tinggi dari tahun 2009 yang hanya mencapai 83,7%. Angka kunjungan tertinggi terjadi pada bulan Agustus dan Desember.

4 Pelayanan Rawat Inap

Dilihat dari asal masuknya pasien ke ruang rawat inap dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel. 3.5
Data pasien rawat inap di RSU Manuaba menurut asal masuknya tahun
2010

No	Asal Masuk	Jumlah	Persentase
1	UGD	1524	77,2%
2	Poli/Kirimin sialis	450	22,8%
Jumlah		1975	

Sumber : bagian Rekam Medis RSU Manuaba

Pasien yang menjalani rawat inap di RSUD Manuaba sebagian besar masih berasal dari pasien yang berkunjung lewat UGD yaitu sebanyak 77,2%. Sedangkan pasien yang berasal dari kiriman spesialis/poli spesialis hanya 22,8%. Keadaan ini belum menunjukkan peranan yang tinggi dari beberapa dokter spesialis yang dimiliki oleh RSUD Manuaba untuk kontribusinya membawa pasien untuk menjalani rawat inap di RSUD Manuaba.

Tabel 3.6

Indikator pelayanan rawat inap RSUD Manuaba dari tahun 2005 - 2010

No	Indikator	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	Jumlah TT	36	36	36	50	50	50
2	Jumlah Hari Perawatan	3146	5086	4787	5918	6050	7115
3	Lama Perawatan				7336	8251	1955
4	BOR	23,9	38,7	36,4	32,4	42,5	58,2
5	LOS	4,82	4,78	4,6	4,17	4,35	4,15
6	BTO	1,4	1,8	1,9	3,9	3,1	3,9
7	TOI	17,7	12,1	11,3	4,75	4,7	4,25
8	NDR	-	-	0,001	0,006	0,005	0,003
9	GDR	-	-	0,007	0,006	0,006	0,007

Sumber : bagian Rekam Medis RSUD Manuaba

Dari tabel di atas terlihat bahwa BOR RSUD Manuaba masih berfluktuasi seiring dengan berfluktuasinya jumlah hari perawatan. Sedangkan indikator lain LOS, BTO, dan TOI sudah semakin baik. Khusus data tentang NDR dan GDR untuk tahun 2005 dan 2006 memang tidak terdapat data sedangkan untuk tahun 2009 dan tahun 2010 angka yang ditunjukkan masih di bawah angka standar nasional.

d. Penunjang Medis

1. Ruang Operasi

Ruang operasi merupakan bagian pelayanan di rawat inap yang berfungsi sebagai revenue centre. Saat ini jumlah kamar operasi yang dimiliki oleh

RSU Manuaba sebanyak 2 buah yang dibedakan untuk kamar operasi bedah dan obgyn. Table di bawah ini memperlihatkan kinerja ruang operasi dimana kasus bedah umum paling banyak yaitu sebanyak 425 kasus. sepanjang tahun 2010 Kasus operasi dengan kategori berat paling tinggi yaitu sebanyak 44% dari total jumlah kasus operasi, sedangkan bagian obgyn paling sering melakukan operasi dengan kategori cito.

2. Ruang Radiologi

Kinerja ruang radiologi masih berfluktuasi untuk tahun 2009, dimana kunjungan pasien dari rawat inap paling banyak dibandingkan dengan kunjungan pasien dari UGD maupun poli spesialis. Keterbatasan kekuatan alat rontgen yang dialami sejak lama sudah teratasi per Juni 2008, sehingga bulan Februari sampai Mei semua pelayanan radiologi dilaksanakan di luar gedung. Peningkatan drastis kunjungan mulai terlihat sejak dioperasionalkannya alat rontgen yang baru dengan kapasitas 500mmVA. Dengan keberadaan ahli radiologi dan tenaga radiographer yang tetap diharapkan dapat menambah layanan di unit ini.

Data pasien mengenai layanan USG tidak berjalan dengan baik sehingga jumlah layanan USG pada pasien yang menjalani pemeriksaan USG tidak tercatat sehingga pada profil ini belum dapat ditampilkan.

3. Ruang Laboratorium

Laboratorium sebagai salah satu unit revenue centre harus dimaksimalkan kinerjanya. Beberapa pelayanan tidak dapat dilakukan di unit ini karena keterbatasan alat dan reagen seperti pemeriksaan elektrolit, gas darah, maupun pemeriksaan lainnya. Pemeriksaan elektrolit sempat dilayani tapi oleh karena kerusakan alat tersebut pemeriksaan tersebut dikerjakan oleh laboratorium lain. Belum ada kebijakan dari manajemen untuk mengganti atau menambah layanan baru di unit ini.

Tabel 3.7
Data kinerja laboratorium RSU Manuaba tahun 2010

No	Jenis Pemeriksaan Pasien Rawat Jalan	Golongan Pemeriksaan		
		Sederhana	Sedang	Canggih
1	Kimia	380	55	10
2	Gula Darah		256	
3	Hematologi	985		
4	Serologi		369	
5	Bakteriologi			
6	Urine	308		
7	Feses	13		
8	Kimia lain		108	
	Jumlah	1686	788	10
No	Jenis Pemeriksaan Pasien Rawat Inap	Sederhana	Sedang	Canggih
1	Kimia	1458	590	204
2	Gula darah		625	
3	Hematologi	2454		
4	Serologi		213	
5	Bakteriologi		23	
6	Urine	307		
7	Feses	191		
8	Kimia lain		72	
	Jumlah	4410	1532	204

Sumber : bagian Rekam Medis RSU Manuaba

Dari tabel di atas terlihat bahwa jumlah pemeriksaan di unit laboratorium tahun 2010 sebanyak 8.630 kali, rata-rata jumlah pemeriksaan per hari sebanyak 23 kali. Dari jumlah tersebut kunjungan yang terbanyak berasal dari rawat inap. Jumlah pemeriksaan golongan pemeriksaan sederhana paling tinggi baik untuk pasien rawat jalan maupun rawat inap seperti terlihat pada grafik di bawah ini.

4. Unit Farmasi

Pengadaan obat di instalasi farmasi tahun 2010 dapat dilihat pada table ini.

Tabel 3.8
Pengadaan obat berdasarkan jenis obat di RSU Manuaba

No	Jenis Obat	Jumlah Item	Jumlah Tersedia di RS
1	Obat Generik	54	54
2	Obat Non Generik	350	350
3	Jumlah	404	404

Sumber : Unit Instalasi Farmasi

BAB 4

KERANGKA KONSEP DAN DIFINISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka Konsep

Pelatihan dibidang keperawatan merupakan salah satu kegiatan pengembangan staf yang bertujuan untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia yaitu perawat (Gillies, 2000). Selain itu tujuan dari pelatihan adalah meningkatkan produktifitas kerja, meningkatkan mutu kerja, meningkatkan ketepatan dalam perencanaan sumber daya manusia khususnya perawat, meningkatkan moral kerja, menjaga keselamatan dan menunjang pengembangan seseorang, meningkatkan kematangan kepribadian staf dan kemampuan intelektual serta kerterampilan staf.

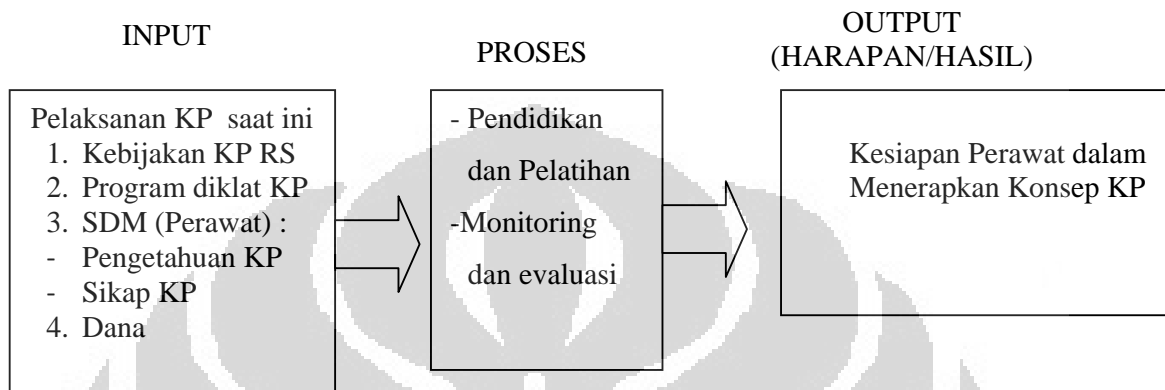
Definisi pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimiliki yaitu: mata, hidung, telinga dan sebagainya. Kemampuan pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari tahu melalui penginderaan terhadap suatu obyek tertentu dan sangat penting terhadap terbentuknya tindakan seseorang (Notoadmodjo, 2005)

Sikap merupakan faktor penentu perilaku karena berhubungan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Sikap adalah kesiap-siagaan mental yang dipelajari dan diorganisasikan melalui pengalaman dan mempunyai pengaruh tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain, obyek dan situasi yang berhubungan dengannya (Gibson, Invancevich dan Donnelly, 1997).

Berbagai sudut pandang mengartikan sistem sebagai proses masukan (input) yang ditransformasikan menjadi keluaran (output) tertentu atau bisa juga diartikan sebagai suatu kumpulan dari obyek-obyek atau subsitem-subsistem yang terkait dalam suatu bentuk interaksi, yang secara bersama-sama melakukan tindakan untuk menghasilkan suatu tujuan tertentu (Daellenbach, 1994).

Berdasarkan beberapa teori tersebut maka disusun kerangka konsep sebagai berikut :

Gambar 4.1
Kerangka Konsep



Dalam kerangka konsep tersebut, ingin mengetahui kesiapan perawat dalam menerapkan konsep KP dengan melihat mulai dari input serta bagaimana proses diklat dan monitoring serta evaluasi yang dilakukan.

4.2 Difinisi Operasional Variabel

INPUT

Pelaksanaan KP saat ini

1. Kebijakan KP Rumah Sakit

Kebijakan dan SOP yang berlaku di RSUD Manuaba yang berhubungan dengan program KP. Pengukuran data dengan melihat data sekunder yaitu berupa SK tentang KP dan melakukan wawancara mendalam dengan Kepala Bagian Keperawatan.

2. Program Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) KP

Program Diklat yang dilakukan RSUD Manuaba terkait dengan KP yang diberikan kepada perawat. Pengukuran program diklat KP dengan melihat data sekunder yaitu jadwal dan tema diklat yang terkait dengan keselamatan pasien serta melakukan wawancara mendalam dengan Kepala Bagian Keperawatan.

3. SDM (Perawat)

- Pengetahuan KP

Kemampuan perawat secara kognitif untuk menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar mengenai konsep KP. Penilaian pengetahuan menggunakan kuesioer yang diberikan skor setiap pertanyaannya. Skor pertanyaan yaitu skor benar lebih dari setengah = 2, skor benar kurang dari setengah = 1, skor salah = 0. Kemudian total skor tersebut dikali 100 dibagi 26. Hasil penilaian pengetahuan baik bila benar 76% - 100%, cukup bila benar 56% - 75%, kurang bila benar kurang dari 55%. Skala yang digunakan adalah skala ordinal.

- Sikap KP

Penilaian sikap perawat mengenai konsep KP. Penilaian tersebut menggunakan kuesioner yang diberikan skor pada setiap pertanyaannya. Skala penilaian yang digunakan adalah Skala Linkert. Untuk pertanyaan positif maka, Sangat Setuju = 5, Setuju = 4, Cukup = 3, Kurang setuju = 2, Tidak setuju = 1. Untuk pertanyaan negatif diberikan penilaian sebaliknya.

Kemudian melakukan wawancara mendalam dengan perawat yang memiliki nilai rata-rata pengetahuan dan sikap terendah dan tertinggi.

4. Dana

Alokasi anggaran diklat di RSUD Manuaba yang berhubungan dengan KP

PROSES

1. Diklat dan monitoring evaluasi

- Intervensi yang diberikan adalah diklat mengenai konsep dasar KP yang diberikan kepada perawat. Kegiatan yang diselenggarakan sesuai dengan materi pelatihan tentang konsep KP. Pelatihan dilakukan dengan cara memberikan modul pelatihan mengenai konsep KP.
- Monitoring evaluasi
Kegiatan rumah sakit dalam melihat proses penerapan KP. Proses yang dilakukan oleh RSUD Manuaba agar terciptanya budaya KP pada perawat sebagai upaya untuk menanamkan konsep KP.

OUTPUT/HASIL

1. Kesiapan Perawat dalam Menerapkan Konsep KP adalah Hasil dari adanya proses diklat dan monitoring evaluasi yang bertujuan untuk melihat secara menyeluruh kesiapan perawat dalam menerapkan konsep KP di RSUD Manuaba.

BAB 5 METODE PENELITIAN

5.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *operational research* dengan pendekatan kualitatif. Dimana metode ini dengan melakukan proses penerapan KP di RSUD Manuaba dan metode kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam untuk memperoleh informasi yang mendukung hasil yang berhubungan dengan KP. Dalam penelitian ini dilakukan intervensi berupa pelatihan yang pada awal pelatihan diberikan pre test dan setelah pelatihan dilakukan post test. Kemudian sebulan setelah pelatihan dilakukan kembali post test yang kedua tanpa adanya intervensi pelatihan.

5.2 Populasi dan Sampel Penelitian

Sampel penelitian untuk menilai SDM pengetahuan dan sikap adalah seluruh perawat yang bekerja di RSUD Manuaba, yang sedang bekerja atau tidak sedang dalam masa cuti. Wawancara mendalam dilakukan pada kepala perawat dan staf keuangan mengenai kebijakan RSUD Manuaba dan anggaran yang berhubungan dengan KP.

Tabel 5.1

Keterangan Informan

Responden	Jabatan	Keterangan
I1	Perawat pelaksana	Memiliki nilai rata-rata pengetahuan dan sikap tertinggi
I2	Perawat pelaksana	Memiliki nilai rata-rata pengetahuan dan sikap terendah
I3	Kepala Bagian Keperawatan	Informan variabel Kebijakan dan program diklat
I4	Kepala Bagian Keuangan	Informan untuk variabel dana

5.3 Tahapan Penelitian

2. Literatur review, kebijakan dan standar dari penerapan KP di rumah sakit berdasarkan WHO dan Kementerian Kesehatan.
3. Review kebijakan RS, pelaksanaan KP, program diklat dan dana yang diterapkan di RSUD Manuaba.
4. Melakukan intervensi pelatihan untuk memperbaiki pengetahuan dan sikap.
5. Melakukan pengukuran pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pelatihan.
6. Melakukan Round Table Discussion mengenai pengembangan konsep KP di RSUD Manuaba.

5.4 Cara Pengumpulan Data

1. Mengumpulkan literatur dari berbagai sumber baik dari buku, jurnal baik dalam bentuk fisik maupun elektronik.
2. Mengumpulkan informasi mengenai kebijakan RS, pelaksanaan KP, program diklat dan dana yang diterapkan di RSUD Manuaba dari pihak manajemen rumah sakit.
3. Dilakukan intervensi pelatihan mengenai konsep KP. Intervensi yang dilakukan adalah pemberian pelatihan dengan menggunakan modul pelatihan mengenai konsep KP yang diberikan oleh pembicara. Kemudian dalam pelatihan diadakan simulasi mengenai penanganan untuk menghindari insiden. Lalu diadakan diskusi kelompok mengenai contoh kasus KP untuk memecahkan masalah yang ada. Dan terakhir adalah sesi tanya-jawab mengenai keseluruhan pelatihan yang dianggap tidak jelas bagi peserta. Satu bulan kemudian dilakukan posttest kedua tanpa dilakukan intervensi, posttest kedua dilakukan dengan memberikan kuesioner yang sama baik pengetahuan dan sikap, tapi untuk pertanyaan mengenai pengetahuan soal yang sama tapi diacak.
4. Data dikumpulkan cara menggunakan kuesioner pada pre test dan post test tentang konsep KP bagi perawat di RSUD Manuaba dengan

menggunakan kuesioner yang sama. Proses observasi dilakukan sebelum dilakukan intervensi (pre test) dan tahap setelah dilakukan intervensi (post test) oleh peneliti.

5. Melakukan Round Table Discussion mengenai pengembangan konsep KP di RSUD Manuaba.

5.5 Pengolahan Dan Analisis Data

5.5.1 Pengolahan data dari kuesioner

1. *Editing*. Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian check list apakah jawaban yang ada di check list sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten.
2. *Coding*. Merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Kegunaan koding adalah untuk mempermudah pada analisis data dan mempercepat saat entry data. Untuk pertanyaan pilihan ganda jika benar diberi skor 1 dan jika salah diberi skor 0. Pertanyaan positif yang menggunakan pilihan “Sangat Setuju” diberi skor 5, “Setuju” = 4, “Cukup” = 3, “Kurang Setuju” = 2, “Tidak Setuju” = 1.
3. *Processing*. Setelah data kuesioner telah terisi dan melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar dapat dianalisis. Pemrosesan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara meng-entry data dari kuesioner ke paket program komputer. Paket program komputer dalam penelitian ini adalah SPSS for Windows.
4. *Cleaning*. Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dientry apakah ada kesalahan atau tidak.

5.5.2 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan program *Statistical Program for Social Science* (SPSS) yang merupakan paket program statistikal yang berguna untuk mengolah dan menganalisis data

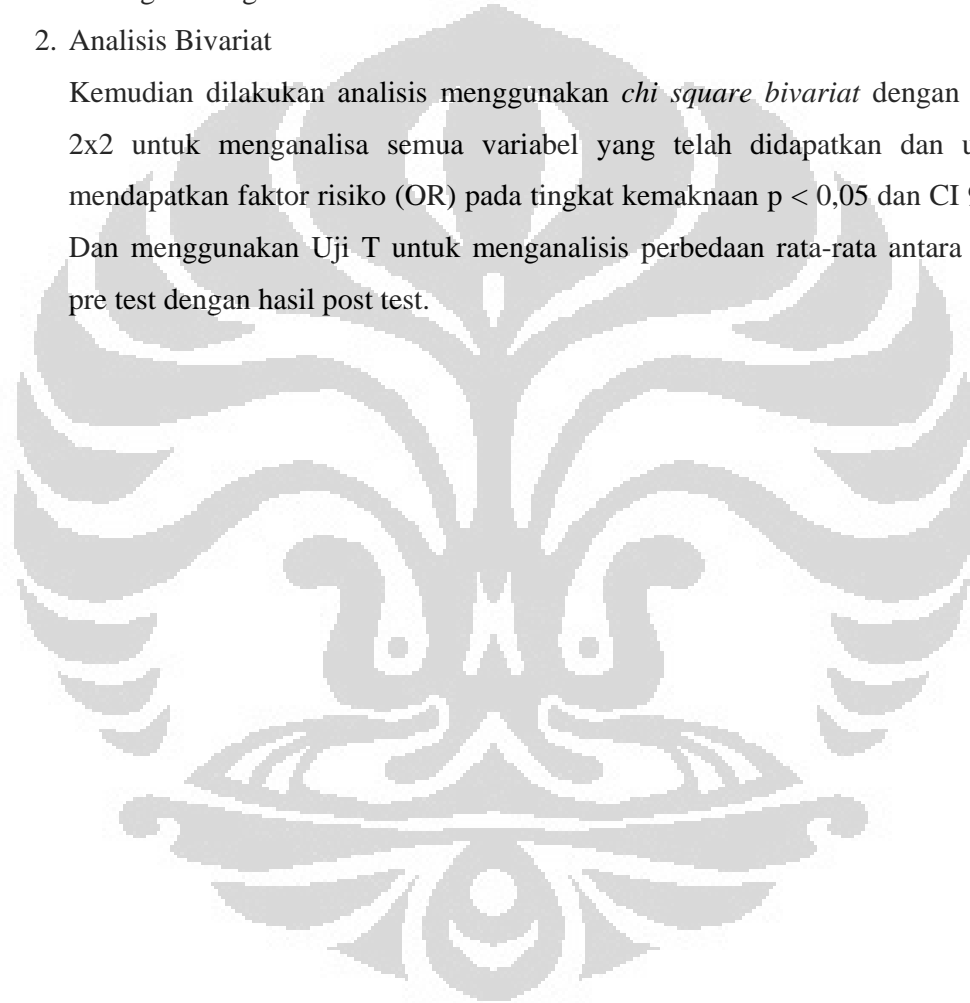
penelitian. Adapun jenis analisis data yang dilakukan adalah Analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat.

1. Analisis Univariat

Peneliti melakukan analisis univariat bertujuan untuk analisis deskriptif dan uji normalitas data. Analisis deskriptif dilakukan untuk menggambarkan setiap variabel yang diteliti secara terpisah dengan cara membuat tabel frekuensi dari masing-masing variabel.

2. Analisis Bivariat

Kemudian dilakukan analisis menggunakan *chi square bivariat* dengan tabel 2x2 untuk menganalisa semua variabel yang telah didapatkan dan untuk mendapatkan faktor risiko (OR) pada tingkat kemaknaan $p < 0,05$ dan CI 95%. Dan menggunakan Uji T untuk menganalisis perbedaan rata-rata antara hasil pre test dengan hasil post test.



BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. Kebijakan KP Rumah Sakit

Berdasarkan observasi lapangan dengan melihat data sekunder mendapatkan hasil bahwa sudah ada kebijakan Direktur RSU Manuaba mengenai KP. Kebijakan tersebut terlihat dari Surat Keputusan Direktur no 01.01/SK/DIR/I/2010 mengenai Pembentukan Tim KP Rumah Sakit Umum Manuaba. Pembentukan tim KP di RSU Manuaba didukung dengan adanya Surat Keputusan Direktur tentang Pemberlakuan Pedoman KP di Rumah Sakit yaitu nomor 01.03/SK/DIR/I/2010. Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang standar penerapan KP di Rumah Sakit sudah ada dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit. Hal ini sesuai dengan informasi yang didapatkan dari kepala bidang keperawatan :

“... Program KP sudah ada di rumah sakit ini sejak akhir tahun 2009. Direktur RS juga mengeluarkan SK pembentukan unit diklat dan tim KP, tapi memang penerapannya belum berjalan baik.” (I3)

SOP mengenai KP pun sudah dibuat namun penerapannya belum berjalan baik.

“ SOP sudah ada namun pelaksanaannya masih kurang...” (I3)

6.2. Program Diklat KP Rumah Sakit

Program diklat KP di rumah sakit sudah pernah dilakukan oleh RSU Manuaba. Program diklat ini dilakukan dengan oleh unit diklat yang dibentuk oleh pihak manajemen RSU Manuaba tahun 2011 dengan surat keputusan direktur nomor 01.09/SK/DIR/XI/2011. Selama ini diklat pada perawat dilaksanakan langsung melalui proses pengusulan dari kepala perawat yang kemudian disetujui oleh pihak manajemen untuk melaksanakan pelatihan. Pada tahun 2011, pelaksanaan diklat sudah terorganisir melalui unit diklat, sehingga program pelatihan dapat terjadwal secara teratur.

Hal ini sesuai dengan informasi yang diberikan oleh Kepala bagian Keperawatan :

“... unit diklat baru ada tahun 2011, jadi sebelumnya saya mengusulkan jika mau ada pelatihan. Klo disetujui ya dilaksanakan pelatihannya...” (I3)

Kekurangan pada unit diklat adalah belum adanya kepala unit diklat yang kompeten, sehingga selama ini unit diklat dibantu oleh Kepala Bidang Keperawatan.

“.. Kepala unit diklat belum ada. Jadi selama ini saya membantu unit diklat untuk menentukan materi pelatihan yang diperlukan oleh perawat.”

(I3)

6.3. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan untuk mengukur seberapa akurat dan objektif alat ukur (kuesioner) dapat menangkap fenomena (data) yang ada di populasi target. Dalam penelitian ini, uji validitas dan reliabilitas dilakukan untuk menilai variabel sikap. Jumlah responden yang digunakan dalam uji validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini sebanyak 20 orang, sehingga nilai r tabel yang digunakan sebagai pembanding adalah 0,444. Sebuah alat ukur dinyatakan valid, apabila berdasarkan hasil uji diperoleh nilai r hitung $>$ r tabel. Kemudian, suatu alat ukur dapat dinyatakan reliabel jika nilai r alpha $>$ r tabel

Tabel 6.1 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas (1)

$N = 20$; R tabel = 0,444

Alpha Cronbach = 0,835

No.	Variabel	Pertanyaan	Corrected item total correlation
1	Sikap Mengenai KP	1.Saya peduli terhadap upaya pengelolaan risiko untuk meminimalkan insiden yang mungkin timbul serta mencegah suatu insiden terulang lagi	0,487
		2. Rumah sakit harus menerapkan <i>patient safety</i> karena sangat penting bagi KP	0,702
		3. Saya berusaha menerapkan budaya kerja	0,797

	yang mengutamakan KP	0,556
	4. Saya menyadari bahwa penerapan <i>patient safety</i> dapat mencegah terjadinya insiden terkait <i>patient safety</i>	0,779
	5. Saya ingin berdiskusi secara rutin untuk melakukan pembahasan dan evaluasi dalam pelaksanaan program <i>patient safety</i>	0,521
	6. Saya akan segera melakukan identifikasi bila terjadi insiden terkait <i>patient safety</i> dan segera menanganinya	0,535
	7. Kemampuan komunikasi harus ditingkatkan karena kegagalan komunikasi dengan pasien dan atau keluarga merupakan <i>medical procedure errors</i>	0,760
	8. Saya berusaha mengingatkan bahwa penulisan status secara lengkap merupakan dokumentasi yang sangat diperlukan untuk melindungi petugas bila terjadi insiden	-0,157
	9. Saya selalu mengikuti perkembangan ilmu kesehatan terkini karena SOP (protap) yang ada harus disesuaikan	0,433
	10. Saya sangat senang membantu anggota bila mengalami kesulitan dalam penanganan insiden	0,796
	11. Pelaporan insiden harus dilakukan dalam waktu maksimal 2 x 24 jam setelah insiden tersebut terjadi.	-0,029
	12. Pelaporan insiden bertujuan sebagai pembelajaran sehingga insiden dapat di analisis akar masalah penyebab insiden.	0,601
	13. Pelaporan insiden dapat mencegah insiden yang sama terulang kembali.	0,599
		-0,294

		14. Pelaporan insiden bukan bertujuan mencari kesalahan karyawan.	
		15. Saya mendorong rekan sekerja untuk selalu melaporkan insiden terkait <i>patient safety</i> yang terjadi.	
		16. Melaporkan insiden terkait <i>patient safety</i> hanya akan mempermalukan diri sendiri.	

Berdasarkan hasil analisis, diperoleh pada pertanyaan nomor 10, 11, 13, dan 16 nilai *r* hitung (*Corrected item total correlation*) < 0,444 (*r* tabel). Artinya, pertanyaan no. 10, 11, 13, dan 16 adalah tidak valid dan harus dibuang dari pertanyaan kuesioner.

Tabel 6.2 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas (2)

N = 20; R tabel = 0,444

Alpha Cronbach = 0,921

No.	Variabel	Pertanyaan	Corrected item total correlation
1	Sikap Mengenai KP	1. Saya peduli terhadap upaya pengelolaan risiko untuk meminimalkan insiden yang mungkin timbul serta mencegah suatu insiden terulang lagi	0,510
		2. Rumah sakit harus menerapkan <i>patient safety</i> karena sangat penting bagi KP	0,756
		3. Saya berusaha menerapkan budaya kerja yang mengutamakan KP	0,832
		4. Saya menyadari bahwa penerapan <i>patient safety</i> dapat mencegah terjadinya insiden terkait <i>patient safety</i>	0,711
		5. Saya ingin berdiskusi secara rutin untuk melakukan pembahasan dan evaluasi dalam	0,791
			0,602

	pelaksanaan program <i>patient safety</i>	
	6. Saya akan segera melakukan identifikasi bila terjadi insiden terkait <i>patient safety</i> dan segera menanganinya	0,538
	7. Kemampuan komunikasi harus ditingkatkan karena kegagalan komunikasi dengan pasien dan atau keluarga merupakan <i>medical procedure errors</i>	0,829
	8. Saya berusaha mengingatkan bahwa penulisan status secara lengkap merupakan dokumentasi yang sangat diperlukan untuk melindungi petugas bila terjadi insiden	0,698
	9. Saya selalu mengikuti perkembangan ilmu kesehatan terkini karena SOP (protap) yang ada harus disesuaikan	0,845
	10. Pelaporan insiden bertujuan sebagai pembelajaran sehingga insiden dapat di analisis akar masalah penyebab insiden.	0,521
	11. Pelaporan insiden bukan bertujuan mencari kesalahan karyawan.	0,501
	12. Saya mendorong rekan sekerja untuk selalu melaporkan insiden terkait <i>patient safety</i> yang terjadi.	

Setelah 4 pertanyaan kuesioner yang tidak valid dikeluarkan dari alat ukur, kemudian dilakukan kembali uji validitas dan reliabilitas terhadap alat ukur yang baru. Berdasarkan hasil uji validitas alat ukur yang baru, diperoleh r hitung dari masing-masing pertanyaan pada setiap variabel, lebih besar dari nilai r tabel (0,444). Selanjutnya, untuk menilai reliabilitas kuesioner dapat dilihat bahwa nilai r alpha untuk variabel sikap adalah 0,921 dimana nilai tersebut lebih besar dari r tabel (0,444) sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner yang baru adalah reliable.

6.4. Karakteristik Responden

Tabel 6.3. Distribusi Proporsi Karakteristik Perawat di RSUD Manuaba Tahun 2012

Variabel	N	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	3	5,9
Perempuan	48	94,1
Status Kepegawaian		
Tetap	10	19,6
Kontrak	41	80,4
Masa kerja di unit kerja		
<1 tahun	2	3,9
1 - < 2tahun	25	49,0
2 - < 3 tahun	7	13,7
3 tahun keatas	17	33,3
Masa kerja di RS		
<1 tahun	2	3,9
1 - < 2tahun	23	45,1
2 - < 3 tahun	7	13,7
3 tahun keatas	19	37,3
Tingkat Pendidikan		
SMA	10	19,6
D3	36	70,6
S1	4	7,8
S2	1	2,0
Unit Kerja		
Rawat inap lantai I	18	35,3
Rawat inap lantai II	2	3,9
VK	3	5,9
OK	4	7,8
Lantai I	2	3,9
IGD	5	9,8
HCU	2	3,9
Missing	15	29,4

Gambaran distribusi proporsi karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 6.3. Diketahui bahwa hampir seluruh responden berjenis kelamin perempuan (94,1%) dan berstatus pegawai/karyawan kontrak (80,4%). Jika dilihat berdasarkan lama kerja, baik di unit kerja maupun di RSUD Manuaba dapat dilihat bahwa sebagian besar perawat berada pada rentang lama kerja di unit kerja selama

1 sampai kurang dari 2 tahun (49,0%) dan terbanyak berikutnya adalah 3 tahun ke atas (33,3%). Sementara, lama kerja di RS, sebagian besar telah bekerja pada rentang 1 sampai kurang dari 2 tahun (45,1%), diikuti dengan 3 tahun ke atas sebanyak 37,3%.

Jika dilihat berdasarkan tingkat pendidikan perawat, sebagian besar perawat di RSUD Manuaba berpendidikan diploma 3 (70,6%), lalu SMA (19,6%). Kemudian, sebagian besar perawat yang menjadi responden dalam penelitian ini bekerja di rawat inap lantai I sebanyak 35,3%.

Tabel 6.4. Distribusi Rata-rata Karakteristik Perawat di RSUD Manuaba Tahun 2012

Variabel	Mean	SD	Min - Maks	95% CI
Umur	26,18	5,007	20 – 40	24,75 – 27,62
Pengetahuan (Pre-tes)	60,94	1,6700E1	30,77 – 84,62	56,2380 – 65,6323
Pengetahuan (Post-tes I)	68,25	1,4325E1	34,62 – 88,46	64,2211 – 72,2796
Pengetahuan (Post-tes II)	75,72	8,58271	57,69 – 96,15	73,3025 – 78,1304
Sikap (Pre-tes)	3,39	0,399	2,42 – 4,33	3,2800 – 3,5091
Sikap (Post-tes I)	4,24	0,32133	3,67 – 4,83	4,1509 – 4,3355
Sikap (Post-tes II)	4,3954	0,23264	3,92 – 4,83	4,3300 – 4,4609

Berdasarkan tabel 6.4. dapat dilihat bahwa rata-rata umur perawat adalah 26,18 tahun dengan standar deviasi 5,007 tahun, dimana umur termuda adalah 20 tahun dan tertua 40 tahun. Untuk pengetahuan perawat sebelum diadakan pelatihan, diperoleh rata-rata nilai 60,94 dengan standar deviasi 1,700E1, dimana nilai terendah 30,77 dan tertinggi 84,62. Penilaian pengetahuan perawat pada post-test pertama diperoleh rata-rata nilai 68,25 dengan standar deviasi 1,4325E1, dimana nilai terendah 34,62 dan tertinggi 88,46. Sedangkan,

pengetahuan perawat pada post-test kedua adalah rata-rata 75,72 dan standar deviasi 8,58271, dengan nilai tertinggi 96,69 dan terendah 57,15.

Sikap perawat sebelum diadakan pelatihan diperoleh rata-rata 3,39 atau masuk dalam kategori cukup/netral, dengan standar deviasi 0,399. Setelah diadakan pelatihan, rata-rata sikap perawat menjadi 4,24 atau masuk dalam kategori setuju. Pada post-test kedua diperoleh hasil rata-rata skor 4,395 (setuju) dan standar deviasi 0,23264.

6.5. Perbedaan Rata-rata Pengetahuan Perawat

Tabel 6.5. Distribusi Rata-rata Pengetahuan Perawat Tentang KP Sebelum dan Sesudah Diadakan Pelatihan KP di RSU Manuaba Tahun 2012

Variabel	Mean	SD	SE	Pvalue	N
Pengetahuan					
Pre-test	60,94	16,70	2,33	0,0005	51
Post-test I	68,25	14,33	2,006		

Rata-rata pengetahuan perawat mengenai KP sebelum pelatihan adalah 60,94 dengan standar deviasi 16,70. Setelah diadakan pelatihan didapat rata-rata pengetahuan 68,25 dengan standar deviasi 14,33. Terlihat nilai mean perbedaan antara sebelum dan sesudah diadakan pelatihan adalah 7,31 dengan standar deviasi 10,83. Hasil uji statistik didapatkan nilai p 0,0005, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan perawat sebelum dan sesudah diadakan pelatihan tentang KP.

Tabel 6.6. Distribusi Rata-rata Pengetahuan Perawat Tentang KP Sebelum Pelatihan dan 1 Bulan Setelah Diadakan Pelatihan KP di RSU Manuaba Tahun 2012

Variabel	Mean	SD	SE	Pvalue	N
Pengetahuan					
Pre-test	60,94	16,70	2,33	0,0005	51
Post-test II	75,72	8,58	1,20		

Rata-rata pengetahuan perawat mengenai KP sebelum pelatihan adalah 60,94 dengan standar deviasi 16,70. Sementara, 1 bulan setelah pelatihan didapat

rata-rata pengetahuan 75,72 dengan standar deviasi 8,58. Terlihat nilai mean perbedaan antara sebelum dan 1 bulan sesudah diadakan pelatihan adalah 14,78 dengan standar deviasi 13,24. Hasil uji statistik didapatkan nilai p 0,0005, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan perawat sebelum dan 1 bulan sesudah diadakan pelatihan tentang KP.

**Tabel 6.7. Distribusi Rata-rata Pengetahuan Perawat Tentang KP
Sesudah Diadakan Pelatihan dan 1 Bulan Setelah Pelatihan KP di RSU
Manuaba Tahun 2012**

Variabel	Mean	SD	SE	Pvalue	N
Pengetahuan Post-test I	68,25	14,33	2,006	0,0005	51
Post-test II	75,72	8,58	1,20		

Rata-rata pengetahuan perawat mengenai KP setelah pelatihan didapat rata-rata pengetahuan 68,25 dengan standar deviasi 14,33. Kemudian, setelah rentang 1 bulan dengan pelatihan diperoleh rata-rata pengetahuan 75,72 dengan standar deviasi 8,58. Terlihat nilai mean perbedaan antara sesudah dan 1 bulan sesudah diadakan pelatihan adalah 7,47 dengan standar deviasi 8,12. Hasil uji statistik didapatkan nilai p 0,0005, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan perawat sesudah diadakan pelatihan dan 1 bulan setelah pelatihan tentang KP.

Wawancara yang dilakukan dengan perawat yang memiliki nilai tertinggi (I1) dan terendah (I2) mengenai pelatihan yang dilakukan di Rumah Sakit Manuaba.

“Pelatihan sangat baik dan bermanfaat untuk menambah pengetahuan saya, namun harus dibuat rutin dan berkala agar keterampilan bertambah...” (I1)

Pelatihan di Rumah Sakit Manuaba yang ada belum berjalan dengan rutin, hal ini seperti pendapat yang demukakan oleh perawat.

“...Karena selama ini pelatihan seperti ini jarang terjadi dan tidak rutin.”
(I1)

“sudah cukup baik karena baru pertama kali saya mengikuti pelatihan”
(I2)

Program KP belum dilakukan secara maksimal, namun dukungan dari pihak manajemen sudah baik. Hasil wawancara dengan perawat menunjukkan bahwa masih ada perawat yang belum siap dengan penerapan program keselamatan pasien dan ada juga yang sudah memahami tujuan diterapkannya program KP bagi rumah sakit.

“Kurang dapat diterapkan karena saya belum paham betul tentang KP”
(I2)

“SDM kurang mengetahui mengenai KP karena pelatihan KP belum dilakukan secara kontinu.” (I2)

“.....dapat diterapkan karena sangat penting bagi rumah sakit“ (I1)

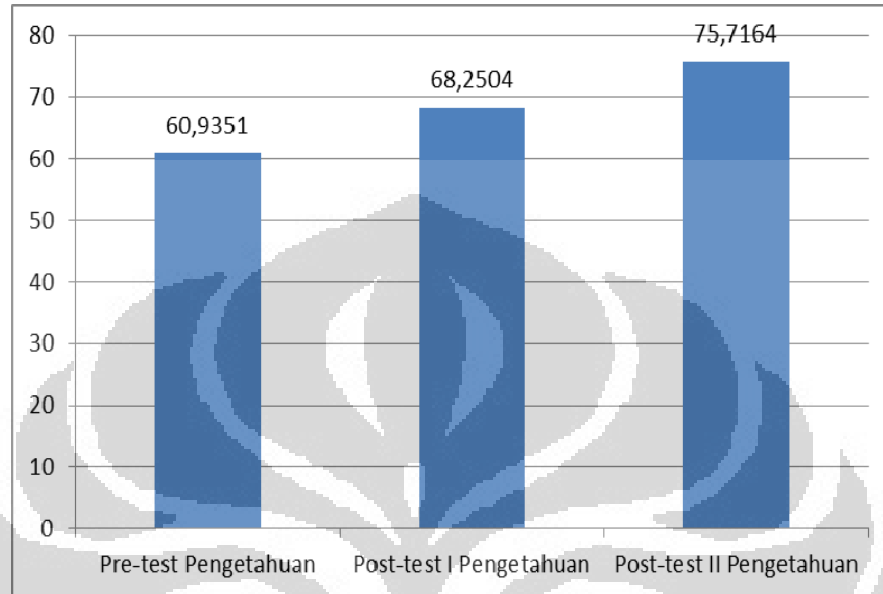
“.....karena tujuan pelatihan KP yang dijelaskan maupun yang saya pelajari sangat penting demi meningkatkan kualitas pelayanan dengan mengutamakan KP yang dirawat di rumah sakit.” (I1)

Informasi mengenai KP pernah didapatkan oleh perawat semasa kuliahnya. Namun ada yang sudah memahami dan ada pula yang tidak paham mengenai KP.

“Dari materi kuliah dan juga belajar dari materi melalui internet” (I1)

“Dari materi kuliah” (I2)

Gambar 6.1. Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang KP di RSU Manuaba Tahun 2012



Berdasarkan gambar di atas, dapat dilihat bahwa terjadi peningkatan rata-rata nilai pengetahuan perawat tentang KP, sejak sebelum diadakan pelatihan, kemudian tepat setelah pelatihan (post-test I), dan pada rentang 1 bulan setelah dilakukan pelatihan (post-test II) tentang KP.

6.6 Perbedaan Rata-rata Sikap Perawat

Tabel 6.8. Distribusi Rata-rata Sikap Perawat Tentang KP Sebelum dan Sesudah Diadakan Pelatihan KP di RSU Manuaba Tahun 2012

Variabel	Mean	SD	SE	Pvalue	N
Sikap					
Pre-test	3,39	0,39	0,055	0,0005	51
Post-test I	4,25	0,32	0,044		

Rata-rata sikap perawat mengenai KP sebelum pelatihan adalah 3,39 dengan standar deviasi 0,39. Setelah diadakan pelatihan didapat rata-rata sikap 4,25 dan standar deviasi 0,32. Terlihat mean perbedaan antara sebelum dan

sesudah diadakan pelatihan adalah 0,86 dengan standar deviasi 0,31. Hasil uji statistik didapatkan nilai p 0,0005, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara sikap perawat sebelum dan sesudah diadakan pelatihan tentang KP.

Tabel 6.9. Distribusi Rata-rata Sikap Perawat Tentang KP Sebelum Pelatihan dan 1 Bulan Setelah Diadakan Pelatihan KP di RSUD Manuaba Tahun 2012

Variabel	Mean	SD	SE	Pvalue	N
Sikap					
Pre-test	3,39	0,39	0,055	0,0005	51
Post-test II	4,40	0,23	0,033		

Rata-rata sikap perawat mengenai KP sebelum pelatihan adalah 3,39 dengan standar deviasi 0,39. Sementara, 1 bulan setelah pelatihan didapat rata-rata sikap 4,40 dan standar deviasi 0,23. Terlihat mean perbedaan antara sebelum dan 1 bulan sesudah diadakan pelatihan adalah 1,01 dengan standar deviasi 0,35. Hasil uji statistik didapatkan nilai p 0,0005, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara sikap perawat sebelum dan 1 bulan sesudah diadakan pelatihan tentang KP.

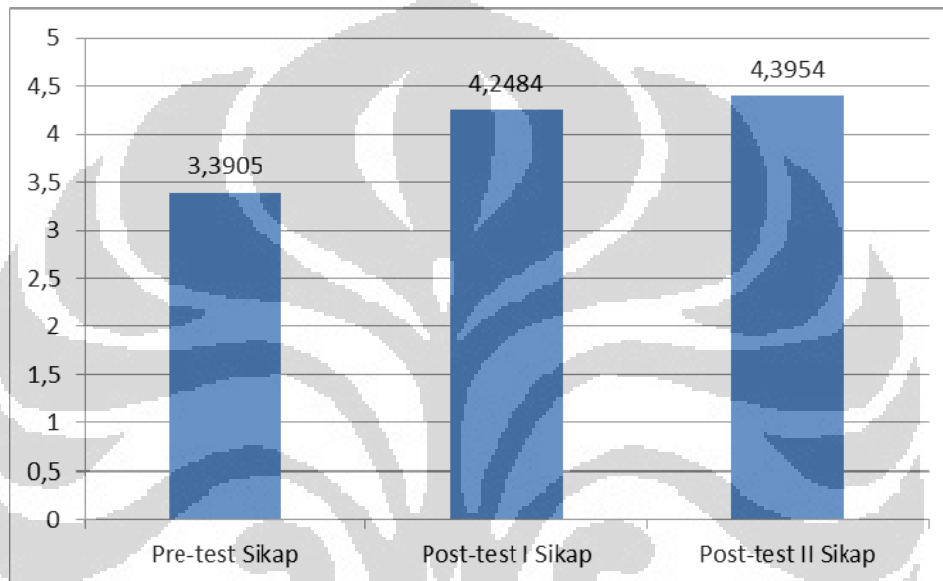
Tabel 6.10. Distribusi Rata-rata Sikap Perawat Tentang KP Sesudah Diadakan Pelatihan dan 1 Bulan Setelah Pelatihan KP di RSUD Manuaba Tahun 2012

Variabel	Mean	SD	SE	Pvalue	N
Sikap					
Post-test I	4,25	0,32	0,044	0,0005	51
Post-test II	4,40	0,23	0,033		

Rata-rata sikap perawat mengenai KP setelah diadakan pelatihan didapat rata-rata sikap 4,25 dan standar deviasi 0,32. Kemudian, setelah rentang 1 bulan dengan pelatihan diperoleh rata-rata sikap 4,40 dengan standar deviasi

0,23. Terlihat mean perbedaan antara sesudah dan 1 bulan sesudah diadakan pelatihan adalah 0,15 dengan standar deviasi 0,18. Hasil uji statistik didapatkan nilai p 0,0005, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara sikap perawat sesudah dan 1 bulan sesudah diadakan pelatihan tentang KP.

Gambar 6.2. Gambaran Sikap Perawat Tentang KP di RSUD Manuaba Tahun 2012



Berdasarkan gambar 6.2. dapat dilihat bahwa terjadi perubahan sikap yang semakin baik terhadap KP perawat sebelum diadakan pelatihan, setelah dilakukan pelatihan, dan setelah berjarak 1 bulan dilakukan pelatihan tentang KP.

6.7 Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Mengenai KP

**Tabel 6.11. Distribusi Pengetahuan dan Sikap Perawat (Post-test I)
Tentang KP di RSUD Manuaba Tahun 2012**

Pengetahuan Perawat	Sikap Perawat				Total		Pvalue
	Tidak mendukung		Mendukung		n	%	
	N	%	n	%			
Kurang	11	47,8	12	52,2	23	100	0,394
Baik	9	32,1	19	67,9	28	100	
Jumlah	20	39,2	31	60,8	51	100	

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan dan sikap perawat (post-test I) tentang KP perawat diperoleh bahwa diantara perawat yang berpengetahuan kurang, ada 47,8% yang tidak mendukung penerapan KP. Sedangkan, diantara perawat yang berpengetahuan baik, ada 67,9% yang mendukung penerapan KP. Hasil uji statistik diperoleh nilai p 0,394 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap perawat (post-test I) terhadap penerapan KP perawat di RSUD Manuaba Tahun 2012.

**Tabel 6.12. Distribusi Pengetahuan dan Sikap Perawat (Post-test II)
Tentang KP di RSUD Manuaba Tahun 2012**

Pengetahuan Perawat	Sikap Perawat				Total		Pvalue
	Tidak mendukung		Mendukung		n	%	
	N	%	n	%			
Kurang	9	40,9	13	59,1	22	100	0,664
Baik	9	31,0	20	69,0	29	100	
Jumlah	18	35,3	33	64,7	51	100	

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan dan sikap perawat (post-test II) tentang KP perawat diperoleh bahwa diantara perawat yang berpengetahuan kurang, ada 40,9% yang tidak mendukung penerapan KP. Sedangkan, diantara perawat yang berpengetahuan baik, ada 69,0% yang mendukung penerapan KP. Hasil uji statistik diperoleh nilai p 0,664 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap perawat (post-test II) terhadap penerapan KP perawat di RSUD Manuaba Tahun 2012.

6.8 Dana

Anggaran dana untuk kegiatan diklat sudah ada, namun untuk anggaran program diklat khusus mengenai KP belum ada. Hal ini disebabkan karena baru tahun 2011 baru ada SK mengenai unit diklat, sehingga program diklat masih bersifat umum dan menyeluruh.

Hal tersebut sesuai dengan informasi yang diberikan oleh kepala Keuangan yaitu

“ .. saat ini anggaran dana untuk diklat sudah ada, tapi masih umum. Untuk diklat khusus mengenai KP belum dianggarkan. Karena kegiatannya juga belum ada.”(I4)

Pendanaan yang ada di rumah sakit khusus untuk program KP belum dianggarkan, karena masih dalam proses perencanaan. Selain itu karena belum

ada orang yang kompeten untuk menjadi kepala unit diklat, jadi kegiatan diklat yang dilaksanakan dan dianggarkan disesuaikan dengan kebutuhan perawat.

6.9 Proses Pelatihan

Pelatihan mengenai KP dilakukan di dalam lingkungan rumah sakit yang menjadi pesertanya adalah seluruh perawat di RS Manuaba. Sebelum diadakan pelatihan setiap peserta diberikan pre test yaitu sejumlah pertanyaan dalam bentuk kuesioner untuk mengukur tingkat pengetahuan dan sikap mengenai KP.

Setelah dilakukan pre test lalu diadakan pelatihan. Pelatihan diberikan mengenai konsep KP. Intervensi yang dilakukan adalah pemberian pelatihan dengan menggunakan modul pelatihan mengenai konsep KP yang diberikan oleh pembicara. Kemudian dalam pelatihan diadakan simulasi mengenai penanganan untuk menghindari insiden. Lalu diadakan diskusi kelompok mengenai contoh kasus KP untuk memecahkan masalah yang ada. Dan terakhir adalah sesi tanya-jawab mengenai keseluruhan pelatihan yang dianggap tidak jelas bagi peserta.

Setelah dilakukan pelatihan para perawat yang mengikuti pelatihan diberikan post test untuk menilai apakah ada perubahan nilai pengetahuan dan sikap pada perawat akibat dari pelatihan yang sudah dijalani. Pertanyaan yang diberikan pada post test sama dengan pertanyaan pada pre test namun susunan pertanyaannya saja yang diacak. Hal ini untuk menghindari bias pada hasil penilaian pengetahuan dan sikap perawat mengenai KP. Selang waktu satu bulan setelah dilakukannya pelatihan, pihak manajemen kembali melakukan post test kedua untuk melihat tingkat pengetahuan dan sikap perawat tanpa dilakukan intervensi pelatihan lagi.

Pertanyaan dalam penelitian ini bisa dikategorikan menjadi 3 yaitu faktor risiko penyebab KTD, informasi kepada pasien dan keluarga mengenai KTD, dan identifikasi penyebab KTD. Dalam penelitian ini KTD yang ditanyakan meliputi adalah faktor-faktor risiko terkait kejadian pasien jatuh, kesalahan pemberian obat, kesalahan pengambilan sampel laboratorium, kesalahan diagnosis, dan kejadian penundaan atau pembatalan operasi. Beberapa informasi yang perlu diberikan kepada pasien dan keluarga terkait faktor risiko terjadinya KTD antara lain mengenai identitas pasien yang terdapat dalam catatan pasien, komplikasi penyakit pasien, kondisi fisik pasien yang lemah. Untuk identifikasi penyebab

KTD yang dinilai adalah tentang kompetensi karyawan, SOP, dan kebijakan manajemen. Klasifikasi pertanyaan dapat terlihat pada tabel berikut.

Tabel 6.13
Klasifikasi Pertanyaan

No	Pertanyaan	Keterangan
1	apakah faktor risiko penyebab terjadinya kejadian pasien jatuh	Mengenai faktor risiko penyebab KTD
2	apakah faktor risiko penyebab terjadinya kejadian kesalahan pemberian obat	
3	apakah faktor risiko penyebab terjadinya kejadian kesalahan pengambilan sampel laboratorium	
4	apakah faktor risiko penyebab terjadinya kesalahan diagnosis	
5	apakah faktor risiko penyebab terjadinya kejadian penundaan atau pembatalan operasi	
6	hal apa saja yang perlu diinformasikan kepada pasien dan atau keluarga pasien terkait dengan faktor risiko penyebab kejadian pasien jatuh	Mengenai pemberian informasi kepada pasien dan keluarga mengenai KTD
7	hal apa saja yang harus di informasikan kepada pasien dan atau keluarga pasien terkait dengan faktor risiko penyebab kejadian kesalahan pemberian obat	
8	hal apa saja yang harus di informasikan kepada pasien dan atau keluarga pasien terkait dengan faktor risiko kejadian kesalahan prosedur medis	
9	hal apa saja yang harus di informasikan kepada pasien dan atau keluarga pasien terkait dengan faktor risiko kejadian kesalahan diagnosis	
10	apabila faktor risiko kejadian pasien jatuh sudah dapat diidentifikasi namun insiden masih tetap terjadi, hal apa saja yang dapat menjadi akar masalah penyebab insiden	Mengenai identifikasi penyebab KTD
11	apabila faktor risiko kejadian kesalahan obat sudah dapat diidentifikasi namun insiden masih tetap terjadi, hal apa saja yang dapat menjadi akar masalah penyebab insiden	
12	apabila faktor risiko kejadian kesalahan prosedur medis sudah dapat diidentifikasi namun insiden masih tetap terjadi, hal apa saja yang dapat menjadi akar masalah penyebab insiden	
13	apabila faktor risiko kejadian kesalahan diagnosis sudah dapat diidentifikasi namun insiden masih tetap terjadi, hal apa saja yang dapat menjadi akar masalah penyebab insiden	

Dalam penelitian ini dilakukan post test yang kedua yaitu satu bulan setelah diadakannya pelatihan tanpa dilakukan lagi intervensi pelatihan tentang konsep KP. Hal ini dimaksudkan untuk menilai perubahan sikap dan pengetahuan perawat setelah perawat menjalankan tugasnya sehari-hari dengan bekal konsep KP yang telah diberikan pada saat pelatihan. Serta melihat apakah sistem pelatihan yang dilaksanakan merupakan sistem yang tepat untuk meningkatkan mutu SDM terutama perawat di RSUD Manuaba.

6.10 *Round Table Discussion (RTD)*

RTD dilaksanakan sesudah pelaksanaan post test ke 2 bagi perawat untuk melihat kesiapan perawat dalam penerapan program keselamatan pasien di RSUD Manuaba sesudah sebulan di berikan pelatihan konsep dasar keselamatan pasien dalam pelayanan yang medis yang dilakukan.

Dengan melihat gambaran pengetahuan perawat sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan maka manajemen rumah sakit melakukan diskusi dengan unit terkait di rumah sakit antara lain unit diklat RS, unit keperawatan, unit keuangan, unit SDM, unit pelayanan medis serta anggota komite medik rumah sakit untuk membudayakan pelaksanaan konsep KP dalam pelayanan medis oleh perawat di RSUD Manuaba. Hasil RTD berupaya untuk mendukung kesiapan perawat dalam menerapkan konsep KP. Adapun perencanaan yang wajib disiapkan untuk mendukung kesiapan perawat adalah sebagai berikut dimulai fase persiapan, fase pelaksanaan, fase monitoring dan fase evaluasi dari kegiatan yang dilaksanakan yang terinci sebagai berikut :

1. fase persiapan
 - a. Tetapkan kebijakan dan rencana jangka pendek KPRS dan program tahunan KPRS yang ditetapkan pimpinan rumah sakit yang disesuaikan dengan kondisi Rumah Sakit (RS) yang saat ini ditujukan kepada perawat sebagai ujung tombak pelayanan medis di RS dengan harapan menjadi budaya dalam kesiapan penerapan program KP.
 - b. Menetapkan unit kerja yang bertanggung jawab mengelola program KP oleh pimpinan RS dan kedudukan unit kerja dalam struktur organisasi RS.
 - c. Memilih SDM di RS yang akan menjadi motor penggerak pelaksanaan program KP dengan beberapakriteria sebagai berikut :
 - aktif di unit kerja masing masing, memiliki jiwa kepemimpinan, sering menjadi problem solver dalam diskusi kasus yang dilaksanakan dan sebaiknya memahami konsep mutu.

- d. Pembuatan buku saku bagi perawat yang berisikan informasi penting dan ringkas tentang KP untuk perawat untuk persiapan penerapan KP di RS.

2.fase pelaksanaan

a. Deklarasi gerakan moral KP

acara internal RS yang dilaksanakan untuk membangkitkan kesadaran perawat tentang KP serta berkomitmen menerapkan KP di RS.

b. Program 7 langkah KP

melalui unit diklat RS menetapkan program KP yang menjadi prioritas utama dalam 7 langkah KPRS yang akan dilaksanakan bertahap sesuai urutan yang disepakati saat diskusi dilakukan.

c. Program penerapan standar akreditasi KP

Dalam kesiapan perawat dalam penerapan standar yang diberlakukan dalam akreditasi KP menganut parameter standar akreditasi RS .

3. Fase Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilakukan dari laporan formal unit kerja KPRS, masukan forum diskusi, masukan unit terkait di RS dan sebagainya dilakukan periodik sesuai kebutuhan yang disesuaikan kondisi RS yang ada akhirnya akan dibuat evaluasi menyeluruh dalam memperbaiki program pelaksanaan KPRS.

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian menggunakan desain studi eksperimental dengan pendekatan Kuantitatif dan Kualitatif dengan menggunakan pre test dan post test. Penelitian dilakukan dengan adanya pemberian intervensi berupa pelatihan mengenai KP. Bentuk alat pre test dan post test adalah sejumlah pertanyaan dalam bentuk kuesioner. Pertanyaan yang ada bisa saja membingungkan sehingga responden mengalami kesulitan dalam memahaminya. Penilaian akan jawaban dari pertanyaan sangat menentukan nilai responden, adanya jawaban yang lebih dari satu dapat membingungkan responden sehingga menimbulkan interpretasi yang tidak sesuai dengan harapan.

Adanya pemberian kuesioner dalam dua waktu yang berbeda akan membuat responden jenuh untuk menjawab pertanyaan yang ada sehingga ada kecenderungan mengisi hal yang serupa dengan jawaban yang sama seperti pada kuesioner sebelumnya.

7.2 Kebijakan KP RSU Manuaba

Kebijakan RSU Manuaba sudah mendukung terciptanya budaya KP di lingkungan perawat. Kebijakan Direktur RSU Manuaba mengenai KP bertujuan untuk memberikan informasi kepada seluruh pelayanan keselamatan RSU Manuaba dalam melaksanakan program KP rumah sakit. Pengaturan mengenai program KP agar terlaksananya program KP yang sistematis dan terarah, terlaksananya pencatatan dan pelaporan insiden di rumah sakit, sehingga terciptanya budaya KP di RSU Manuaba.

Namun kenyataannya belum terlaksana dengan baik program KP karena masih adanya kasus KTD yang terjadi di RSU Manuaba akibat kelalaian perawat. Kebijakan yang sudah ada juga tidak tersosialisasikan dengan baik. Hal ini didapatkan informasi dari perawat bahwa mereka tidak begitu tahu mengenai kebijakan rumah sakit terkait dengan KP.

Kebijakan rumah sakit mengenai konsep KP seharusnya dapat tersosialisasikan dengan baik. Hal ini bertujuan agar perawat mengetahui bahwa dengan terlaksananya program KP diharapkan mampu meningkatkan mutu rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang aman bagi pasiennya. Kebijakan rumah sakit pun disesuaikan dengan kondisi keperluan rumah sakit.

Pelaksanaan konsep KP tertuang dalam SOP rumah sakit tentang KP. SOP mengenai KP harus disesuaikan dengan standar yang ada yaitu WHO dan Kemenkes. Pelaksanaannya dilakukan secara bertahap agar standar KP di RSUD Manuaba dapat berjalan sesuai standar yang ditetapkan. Serta sosialisasi mengenai SOP KP dilakukan secara menyeluruh dan berulang agar perawat serta pelaksana lain selalu ingat sehingga pelaksanaan program KP berjalan dengan baik.

Setelah tersosialisasinya SOP dan terlaksananya program KP, maka perlu dilakukan monitoring kegiatan KP. Monitoring tersebut bertujuan agar kegiatan KP berjalan sesuai dengan standar yang berlaku.

7.3 Program Diklat KP RSUD Manuaba

Program diklat RSUD Manuaba yang sudah berjalan masih belum berjalan secara kontinu. Hal ini disebabkan karena kepala unit diklat masih belum ada yang kompeten sehingga dalam pelaksanaan diklat untuk perawat dibantu oleh Kepala Bagian Keperawatan untuk mengatur jadwal dan materi pelatihan. Pihak rumah sakit sebaiknya merekrut yang duduk sebagai kepala unit diklat dengan kriteria sebagai berikut pendidikan minimal Diploma 3 untuk semua jurusan, mempunyai pengalaman kerja minimal 1 tahun dalam bidang yang sama, menguasai aspek pengelolaan SDM dan diklat, dapat mengoperasikan komputer, dengan baik, mampu berbahasa Inggris dengan lancar, mempunyai integritas yang baik, pernah mengikuti pelatihan *training need assesment*.

Program diklat di RSUD Manuaba diharapkan berjalan secara kontinu terutama yang berhubungan dengan konsep KP. Program diklat mengenai konsep KP pun dilakukan dengan materi yang bertahap dan mendalam agar pengetahuan perawat meningkat seiring dengan perubahan sikap mengenai KP. Pemberian

pelatihan yang bertahap diharapkan agar budaya KP dapat tercipta di lingkungan perawat RSUD Manuaba.

Agar unit diklat dapat berjalan dengan baik dan memenuhi kebutuhan SDM RSUD Manuaba maka diperlukan seseorang yang kompeten dan menguasai bidang diklat untuk menduduki posisi Kepala Unit Diklat. Orang yang kompeten diharapkan memiliki kemampuan untuk merencanakan serta melaksanakan program diklat yang sesuai dengan kebutuhan SDM dan peningkatan mutu rumah sakit. Selain itu kepala unit diklat harus mampu mengatasi masalah kurangnya keterampilan SDM terutama perawat dalam mengatasi isu-isu penting di rumah sakit seperti KP.

7.4 Karakteristik Responden

7.4.1 Umur

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa rata-rata umur perawat adalah 26,18 tahun dengan umur perawat termuda adalah 20 tahun dan tertua adalah 40 tahun. Data menunjukkan bahwa perawat di Rumah Sakit Manuaba berada di usia produktif. Robbins (2003) menyatakan bahwa umur 20-40 tahun merupakan tahap dewasa muda. Tahap dewasa muda merupakan perkembangan puncak dari kondisi fisik dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya.

Periode umur 25-30 tahun merupakan penentu seseorang memilih bidang pekerjaan yang sesuai dengan karir orang tersebut. Usia 31-40 tahun merupakan tahap pemantapan pilihan karir untuk mencapai tujuan sedangkan puncak karir terjadi pada usia 40 tahun Deslerr (1998). Usia mempengaruhi daya tangkap seseorang dan pola pikirnya. Semakin bertambah usia seseorang akan semakin berkembang pula pola pikir dan daya tangkapnya, sehingga pengetahuan yang diperoleh akan membaik. Umur berkaitan erat dengan berbagai segi organisasi, umur berkaitan dengan tingkat kedewasaan psikologi seseorang yang menunjukkan kematangan

dan menjadi individu yang makin bijaksana dalam mengambil keputusan bagi kepentingan organisasi (Siagian, 2001).

Gibson (1997) mengatakan bahwa umur merupakan hal yang penting yang berkaitan dengan sikap dan kinerja seseorang. Semakin meningkatnya umur seseorang akan meningkat kedewasaan secara teknis, psikologis dan kematangan jiwa (Siagian, 2001).

7.4.2 Jenis Kelamin

Perawat yang bekerja di Rumah Sakit Manuaba sebagian besar adalah perempuan. Robbins (2003) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan antara perempuan dan laki-laki dalam kemampuan pemecahan masalah, keterampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, kemampuan sosial dan kemampuan meningkatkan pengetahuan. Kondisi di Rumah Sakit menunjukkan proporsi jumlah perawat perempuan lebih banyak dari pada laki-laki. Hal ini sangat wajar karena laki-laki sangatlah jarang dalam berkarir sebagai perawat.

7.4.3 Status Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian terlihat bahwa sebagian besar perawat yang bekerja di Rumah Sakit Manuaba merupakan pegawai kontrak. Karyawan dalam suatu rumah sakit terdiri atas beberapa macam jenis status kepegawaian. Karyawan adalah orang-orang yang terlibat dalam organisasi yang terdiri dari orang yang bekerja paruh waktu, sementara atau kontrak (Mondy, 2008).

7.4.4 Lama Bekerja Di Unit Kerja dan Lama Kerja Di rumah Sakit

Lama kerja perawat di rumah sakit dapat mempengaruhi pemenuhan hak-hak pasien di rumah sakit. Semakin lama seseorang berkarir maka semakin terampil dan berpengalaman dalam melaksanakan pekerjaan, dengan demikian masa kerja

menunjukkan pengalaman kerja yang dapat dijadikan dasar penilaian mengenai produktivitas karyawan (Robbins, 2003). Perawat yang bekerja di Rumah Sakit Manuaba sebagian besar memiliki masa kerja selama 1-2 tahun dan diatas 3 tahun. Masa kerja di unit kerja sebagian besar perawat adalah 1-2 tahun.

7.4.5 Pendidikan

Sebagian besar perawat di Rumah Sakit Manuaba memiliki pendidikan D3. Menurut Gibson (1997) dan Ilyas (2004), menyatakan bahwa pendidikan merupakan gambaran dari kemampuan dan keterampilan seseorang dan merupakan faktor yang mempengaruhi seseorang dalam bersikap dan bekerja. Perawat yang memiliki pendidikan lebih tinggi mampu memiliki kemampuan kerja yang lebih baik (Gillies, 1994). Pendidikan yang tinggi menyebabkan seseorang lebih mudah memahami dan menjalankan tugasnya dan berusaha untuk menerima tanggung jawab yang dibebankan kepadanya (Gibson, Ivancevich & Donnelly 1996).

7.5 Gambaran Pengetahuan

Pengetahuan perawat diukur sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan tentang KP. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada kenaikan nilai rata-rata pengetahuan perawat sebelum diberikan pelatihan (nilai pre test) dengan sesudah diberikan pelatihan (nilai post test I) mengenai KP. Namun kenaikan nilai rata-rata tersebut hanya sekitar 7 poin dari nilai sebelumnya. Hal ini berarti pelatihan yang ada hanya memberikan sedikit perubahan terhadap nilai pengetahuan yang sudah ada.

Selang waktu satu bulan diadakan kembali penilaian (post test II) mengenai pengetahuan dan sikap perawat. Hasil penelitian didapatkan bahwa terjadi rata-rata pengetahuan perawat mengenai KP sebelum pelatihan adalah 60,94. Sementara, 1 bulan setelah pelatihan didapat rata-rata pengetahuan 75,72.

Terlihat nilai mean perbedaan antara sebelum dan 1 bulan sesudah diadakan pelatihan adalah 14,78.

Kedalaman pengetahuan yang kita ingin ketahui dapat disesuaikan dengan tingkat domain yang akan diukur (Notoadmodjo, 2005). Kategori baik bila menjawab benar 76% - 100% dari yang diharapkan, kategori cukup bila menjawab benar 56% - 75% dari yang diharapkan dan kurang bila menjawab benar dibawah 56% dari yang diharapkan. Nilai pengetahuan perawat di Rumah Sakit Manuaba pre test, post test I dan post test II didapatkan hasil bahwa nilai rata-rata pengetahuan perawat masuk kategori cukup.

Hasil yang didapatkan terlihat bahwa sebelum dilakukan pelatihan ada perawat yang memiliki nilai jauh di bawah rata-rata yaitu sebesar 30,77, namun setelah dilakukan pelatihan nilai terendah meningkat menjadi 34,62. Nilai tersebut masuk kedalam kategori kurang, baik sebelum pelatihan maupun setelah dilakukan pelatihan. Sebulan kemudian pada saat post test II, terjadi peningkatan nilai pengetahuan terendah menjadi 57, 69. Hal ini menunjukkan bahwa dengan adanya pelatihan memberikan kenaikan nilai bagi pengetahuan perawat. Masih adanya nilai yang kurang pada perawat dikarenakan kurang terpaparnya informasi mengenai KP. Hal ini terlihat dari hasil wawancara yang dilakukan terhadap perawat yang memiliki nilai terendah. Perawat tersebut baru pertama kali mendapatkan pelatihan mengenai KP.

Nilai tertinggi yang didapatkan dalam penelitian sebelum diadakan pelatihan adalah sebesar 84,62, kemudian setelah diberikan pelatihan nilainya meningkat menjadi 88,46. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat yang memiliki nilai tertinggi mengatakan bahwa informasi mengenai KP sudah dia dapatkan sebelum ketika kuliah dan dari media internet. Adanya keaktifan perawat untuk mendapatkan informasi mengenai sesuatu berdampak besar bagi dirinya mengenai pengetahuan dan wawasan akan suatu informasi. Adanya pengalaman diperkuliahan, pada saat pelatihan diadakan perawat tersebut menjadi ingat kembali akan informasi yang pernah dia dapatkan. Bahkan bisa saja informasi yang didapatkan lebih banyak dari yang sebelumnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Mahmudah (2008) di Rumah Sakit Surabaya menunjukkan bahwa petugas pelaksana program KP tergolong tinggi.

Penelitian lain yang serupa dilakukan di RS Fatmawati menunjukkan adanya perubahan nilai hasil pengetahuan sebelum dilakukan pelatihan tergolong kurang berubah menjadi cukup setelah dilakukan pelatihan (Nilasari, 2010).

Pengetahuan adalah hasil tahu dan terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap obyek sesuatu. Penentuan sikap yang didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan lebih kuat tertanam dalam pribadi seseorang, dibandingkan dengan sikap yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum seseorang mengambil sikap, dia harus tahu manfaat tersebut bagi dirinya dan organisasi (Notoadmodjo, 2005).

Pengetahuan mengenai KP berguna bagi perawat agar mereka mampu melaksanakan sistem asuhan keperawatan yang lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Ketika perawat dapat memahami mengenai KP maka segala tindakan yang mereka lakukan dalam menangani pasien mencerminkan penerapan KP.

Pengetahuan perawat setelah dilakukan posttest yang kedua menunjukkan hasil yang baik dengan adanya peningkatan rata – rata skor pengetahuannya. Hal tersebut bisa disebabkan oleh berbagai sebab diantaranya karena jarak waktu satu bulan setelah pelatihan memberikan cukup waktu bagi semua perawat untuk *learning by doing* sehingga mereka bisa memahami dan mengerti betapa pentingnya KP di Rumah Sakit. Hal lain bisa juga disebabkan karena adanya kebocoran informasi kalau akan diadakan kembali posttest tentang KP sehingga ada motivasi mereka untuk belajar dan memahami lebih dalam tentang konsep KP dan hasilnya menunjukkan pengetahuan mereka mengalami peningkatan. faktor lain yang bisa memacu semangat mereka untuk belajar lebih giat adalah adanya rasa takut karena mendengar dua orang teman mereka diwawancara dan ditanyakan tentang konsep KP, sehingga mereka kembali untuk belajar dan mengingat tentang pelatihan yang telah diberikan.

Menurut Gillies (1994), menjelaskan pelatihan dibidang keperawatan merupakan salah satu kegiatan pengembangan staf yang bertujuan untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia. Nanda (2005) mengemukakan bahwa

faktor-faktor yang terkait dengan kurang pengetahuan terdiri dari kurang terpapar dengan informasi, kurang daya ingat/hapal, salah menafsirkan informasi, keterbatasan kognitif, kurang minat untuk belajar dan tidak familiar terhadap sumber informasi.

Pelatihan bagi karyawan merupakan sebuah proses mengajarkan pengetahuan dan keterampilan tertentu serta sikap agar karyawan menjadi semakin terampil dan mampu melaksanakan tanggung jawabnya dengan baik. Pelatihan individu bermanfaat untuk memberikan perubahan akan pengetahuan, sikap, keterampilan dan pengembangan karir (Mangkuprawira (2004) dalam Wibowo (2007)). Pentingnya diadakan pelatihan pada perawat merupakan suatu kebutuhan bagi rumah sakit dalam meningkatkan kemampuan, pengetahuan dan pengalaman bagi perawatnya.

Pelatihan yang dilakukan saat penelitian yaitu memberikan materi mengenai KP. Kemudian perawat diberikan studi kasus yang kemudian didiskusikan bersama berdasarkan materi yang sudah diberikan. Pembahasan mengenai kasus yang ada dijabarkan dengan cara bagaimana cara perawat mengidentifikasi kasus yang ada, serta cara mereka menyelesaikan masalahnya. Selanjutnya dibuat kesimpulan mengenai hal-hal yang terkait dengan KP dan cara untuk mencegah atau meminimalisasi agar kejadian tidak diharapkan tidak terjadi.

Pada saat diskusi berlangsung dapat terlihat perawat mana saja yang sudah bisa menangkap materi yang sudah diberikan dan perawat mana saja yang belum memahami konsep KP. Oleh karena itu, pelatihan harus dilakukan secara berkala atau berkelanjutan agar seluruh perawat memiliki pemahaman yang sama mengenai KP. Pada saat seluruh perawat memiliki pengetahuan yang baik mengenai KP diharapkan kualitas pelayanan dan SDM meningkat.

Peneliti menyimpulkan bahwa pengetahuan yang ada perlu mendapatkan perhatian untuk ditingkatkan mengingat bahwa umur perawat di rumah sakit masih produktif. Hal ini didapatkan informasi dari perawat yang memiliki nilai tertinggi bahwa pelatihan mengenai KP di Rumah Sakit Manuaba belum dilaksanakan dengan rutin. Pelatihan ini dianggap penting karena berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang mengutamakan KP di rumah sakit.

Masalah yang sering muncul dalam pelatihan adalah belum adanya evaluasi keberhasilan pelatihan yang dilakukan oleh perawat yang mengikutinya. Seringnya mengikuti pelatihan di luar rumah sakit tentu membutuhkan biaya yang lebih besar dibandingkan dengan menyelenggarakan sendiri di rumah sakit. Untuk itu diharapkan pihak Rumah Sakit Manuaba dapat memprioritaskan pelatihan yang rutin dan menyeluruh bagi seluruh perawat.

7.6 Gambaran Sikap KP

Berdasarkan hasil yang didapatkan terjadi perubahan sikap dari sebelum diadakan pelatihan dengan sesudah diadakan pelatihan. Kenaikan nilai sikap yang terjadi dari nilai rata-rata pre test dan post test cukup signifikan yaitu dari 3,39 menjadi 4,24. Pada saat post test kedua kembali terjadi kenaikan nilai rata-rata menjadi 4,3954. Artinya pelatihan yang sudah ada mampu meningkatkan atau merubah sikap perawat terhadap KP.

Adanya pelatihan meningkatkan atau mampu memberikan pengetahuan mengenai KP pada perawat. Efek yang ditimbulkan ketika terjadi penambahan pengetahuan adalah meningkatnya nilai rata-rata sikap akan KP. Sebelum diadakan pelatihan, nilai rata-rata sikap perawat terendah adalah 2,42 dan setelah diadakan pelatihan meningkat menjadi 3,67 dan pada post test kedua meningkat menjadi 3,92. Peningkatan nilai rata-rata ini juga terlihat pada nilai tertinggi yaitu sebelum diadakan pelatihan sebesar 4,33 dan setelah diadakan pelatihan menjadi 4,83.

Pelatihan mampu meningkatkan pengetahuan seseorang. Hal ini memberikan pengaruh yang sejalan juga dengan adanya kenaikan nilai rata-rata sikap perawat. Sikap yang terbentuk menjadi baik karena adanya rangsangan berupa pelatihan sehingga perawat menjadi terpapar informasi mengenai KP.

Sikap seseorang dalam memberikan respon terhadap masalah dipengaruhi oleh kepribadian seseorang, yang terkait dengan kesiap siagaan mental yang dipelajari dan diorganisasi melalui pengalaman seseorang terhadap orang lain, obyek, dan situasi yang berhubungan dengannya.

Sikap merupakan tanggapan atau reaksi seseorang terhadap obyek tertentu yang bersifat positif atau negatif yang biasanya diwujudkan dalam bentuk rasa suka atau tidak suka, setuju atau tidak setuju. Faktor-faktor yang mempengaruhi

pembentukan sikap diantaranya adalah pengalaman pribadi, kebudayaan dimana individu berada, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi pendidikan atau agama dan faktor emosi dalam diri individu (Gibson et al, 1996).

Pendapat yang disampaikan oleh Louis Thurstone, Rensis Likert dan Charles Osgood dalam Azwar bahwa sikap adalah bentuk evaluasi reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung/memihak atau perasaan tidak mendukung/tidak memihak pada obyek tertentu (Azwar, 1995).

Sikap yang ditunjukkan oleh perawat di Rumah Sakit Manuaba sebelum diadakannya pelatihan sudah memiliki sikap yang baik terhadap KP. Ketika sudah diadakan pelatihan, sikap terhadap KP oleh perawat semakin baik lagi. Hal ini terjadi karena adanya masukan informasi mengenai pentingnya program KP di rumah sakit (Azwar, 1995).

Sikap merupakan pemegang utama keberhasilan seseorang, niat baik seseorang yang ditunjukkan dengan tingkah laku atau perilaku yang baik dan menghasilkan 85% yang menunjang keberhasilan kerja, jika dibandingkan dengan pengetahuan atau keterampilan yang hanya menunjang keberhasilan kerja sekitar 15% saja (Permana, 2005).

7.7 Hubungan Antara Pengetahuan dengan Sikap KP

Berdasarkan hasil analisis bivariat, didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan sikap KP baik pada post tes I dan post test II. Hal ini berarti responden yang memiliki nilai pengetahuan baik bisa saja memiliki sikap yang baik pula terhadap program KP dan bisa juga seseorang yang memiliki pengetahuan yang kurang memiliki sikap yang baik terhadap KP.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa perawat yang memiliki nilai pengetahuan yang tinggi, memiliki sikap yang baik mengenai KP. Hal ini dikarenakan perawat tersebut sudah pernah mendapatkan informasi sebelumnya baik melalui materi pada saat kuliah ataupun dari media internet. Informasi yang didapatkan mampu diserap dengan baik sehingga perawat tersebut mengetahui pentingnya penerapan KP bagi dirinya dan rumah sakit.

Menurut Jann Hidayat Tjakraatmadja dan Donald Crestofel Lantu dalam bukunya *Knowledge Management* disebutkan bahwa pengetahuan diperoleh dari sekumpulan informasi yang saling terhubung secara sistematis sehingga memiliki makna. Ketika manusia tersebut dihadapkan pada suatu masalah maka informasi-informasi yang tersimpan dalam neuron-neuronnya dan yang terkait dengan permasalahan tersebut, akan saling dihubungkan dan tersusun secara sistematis sehingga ia memiliki model untuk memahami atau memiliki pengetahuan yang terkait dengan permasalahan yang dihadapinya. Kemampuan memiliki pengetahuan atas obyek masalah yang dihadapi sangat ditentukan oleh pengalaman, latihan atau proses belajar (proses berfikir).

Pengetahuan yang meningkat karena adanya rangsangan berupa pelatihan menimbulkan perubahan dalam cara perawat bersikap. Terlihat dari pada saat mereka melakukan diskusi, proses untuk memahami dan menyelesaikan masalah didasarkan oleh pengetahuan yang baru saja dia dapatkan.

Rata-rata perawat yang bekerja di Rumah Sakit Manuaba berada di umur produktif sehingga dalam proses penerimaan informasi yang ada mampu mereka serap dengan mudah. Hal ini terlihat dengan adanya peningkatan nilai pengetahuan perawat setelah diberikan pelatihan mengenai KP. Pendidikan perawat pun memiliki peran yang penting. Sebagian besar perawat berpendidikan D3 yang artinya sudah memiliki kemampuan sebagai profesional pemula dalam menjalankan profesinya sebagai perawat.

Gibson (1997) mengemukakan bahwa pekerja yang memiliki latar belakang pendidikan tinggi akan memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariyani (2009) yang mendapatkan hasil bahwa ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan sikap mendukung penerapan program patient safety di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Pengetahuan merupakan hasil tahu melalui penginderaan terhadap suatu obyek tertentu dan sangat penting terhadap terbentuknya tindakan seseorang (Robert, 2002). Apa yang telah dan sedang dialami seseorang akan membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulus, yang kemudian akan membentuk sikap positif atau negatif (Azwar, 1995). Belajar dibutuhkan

seseorang untuk mencapai tingkat kematangan diri. Proses belajar dapat dilakukan oleh karyawan pada saat menjalankan tugasnya (Notoadmodjo, 1993).

Hal ini didukung data karakteristik responden tingkat pendidikan yaitu 70,6% berpendidikan DIII Keperawatan. Melalui pendidikan tinggi keperawatan perawat pelaksana diharapkan dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara profesional, juga memiliki sikap, tingkah laku dan akuntabilitas untuk melaksanakan asuhan keperawatan dasar sampai dengan tingkat kesulitan tertentu secara mandiri, memiliki kemampuan dalam meningkatkan mutu pelayanan/asuhan keperawatan dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan secara tepat guna serta mempunyai kemampuan melakukan riset keperawatan dasar dan terapan yang sederhana (Nursalam, 2002).

Penilaian mengenai pengetahuan dan sikap dilakukan 2 kali setelah pelatihan oleh pihak manajemen bertujuan untuk melihat apakah pemberian pelatihan yang diberikan membawa dampak yang signifikan pada kemampuan perawat yang bekerja disana. Dalam penelitian hasil nilai sikap dan pengetahuan mengenai KP yang meningkat menunjukkan bahwa perawat di RSUD Manuaba telah siap untuk menjalankan konsep KP sesuai standar yang ada. Selain itu juga sistem pelatihan mengenai KP yang dilakukan sudah menunjukkan hasil yang baik.

Kebijakan yang mengatur mengenai pelatihan serta diklat yang berhubungan dengan KP sudah dibuat oleh Direktur Rumah Sakit Manuaba, namun persiapan diklat baru dimulai tahun 2011. Persiapan yang tersendat dikarenakan ada beberapa kendala seperti belum adanya SDM yang kompeten untuk menjabat sebagai kepala bagian diklat. SOP mengenai penerapan KP sudah ada namun belum dapat berjalan dengan rutin. Hal ini lah yang harus diperhatikan oleh rumah sakit untuk mempersiapkan SDM yang kompeten untuk menjabat sebagai kepala bagian diklat sehingga pelaksanaan kegiatan KP dapat berjalan dengan baik.

7.8 Dana

Alokasi anggaran dana untuk program diklat di RSUD Manuaba sudah ada namun khusus untuk program KP belum teranggarkan. Hal ini yang membuat pelaksanaan diklat mengenai KP terhambat.

Dukungan anggaran dari rumah sakit sangat diperlukan untuk berjalannya pelatihan secara kontinu dan berkualitas. Dengan kekurangannya anggaran membuat pelaksanaan menuju perubahan budaya perawat mengenai KP terhambat dan tidak berjalan dengan baik.

Penganggaran mengenai diklat KP harus disusun berdasarkan perencanaan yang disesuaikan dengan prioritas kebutuhan saat itu. Dengan adanya perencanaan yang baik maka realisasi pelatihan diklat KP yang kontinu dapat terwujud dengan baik.

7.9 Diklat dan Monitoring Evaluasi

Intervensi yang diberikan adalah diklat mengenai konsep dasar KP yang diberikan kepada perawat. Kegiatan yang diselenggarakan sesuai dengan materi pelatihan tentang konsep KP. Pelatihan dilakukan dengan cara memberikan modul pelatihan mengenai konsep KP. Intervensi pelatihan dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap perawat mengenai KP. Dengan adanya peningkatan pengetahuan dan sikap perawat mengenai KP diharapkan agar dalam menciptakan budaya KP di lingkungan rumah sakit lebih cepat tercapai.

Proses monitoring evaluasi merupakan usaha rumah sakit untuk menciptakan budaya KP di lingkungan rumah sakit. Salah satu usaha yang dilakukan oleh rumah sakit adalah melakukan penilaian pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah dilakukannya diklat. Hal ini bertujuan untuk melihat seberapa baiknya proses pelatihan terhadap perawat. proses evaluasi dan monitoring yang dilakukan belum terjadwal dan terprogram dengan baik berkaitan dengan pelatihan yang baru dimulai dilaksanakan, sehingga kedepannya rumah sakit sebaiknya melakukan monitoring dan evaluasi yang kontinu dan terjadwal dengan baik tentang pelatihan serta bagaimana keberhasilan penerapan konsep KP di Rumah Sakit. Pihak rumah sakit sebaiknya melakukan sosialisasi mengenai kebijakan, SOP dan pelatihan mengenai KP secara kontinu untuk bisa menrapkan konsep KP di Rumah Sakit yang memenuhi standar Departemen Kesehatan RI.

7.10 Kesiapan Perawat dalam Menerapkan Konsep KP

Melihat kondisi yang ada menyangkut penerapan konsep KP di RSU Manuaba maka dapat dijabarkan ke dalam 4 aspek:

1. Man

Dalam hasil penelitian terlihat bahwa rata-rata nilai pengetahuan dan sikap perawat baik setelah dilakukan diklat maupun sebulan setelahnya mengalami kenaikan nilai. Dengan adanya pembekalan pengetahuan dan terbangunnya sikap mengenai KP diharapkan bahwa tenaga perawat sudah siap untuk melaksanakan program KP secara menyeluruh.

Dalam pelaksanaan program KP tersebut dapat dilakukan dengan memberikan *reward* atau *punishment* kepada perawat. Pemberian reward atau punishment bertujuan agar perawat termotivasi dalam melaksanakan program KP yang sesuai dengan prosedur yang berlaku.

2. Money

Pendanaan di RSU Manuaba untuk menjalankan program KP masih belum siap. Hal ini terlihat dari belum adanya anggaran yang dikhususkan untuk pelaksanaan program KP baik untuk program diklat maupun untuk memperbaiki sarana prasarana yang mendukung program KP.

Menyangkut pendanaan yang berkaitan dengan penyusunan anggaran untuk penerapan konsep KP di rumah sakit dengan membuat perencanaan dana setiap akhir tahun, namun kebutuhan anggaran tersebut disesuaikan dengan kebijakan rumah sakit antara lain anggaran untuk pelatihan bagi perawat baik yang diadakan didalam lingkungan rumah sakit bagi seluruh karyawan maupun mendorong perawat senior yang duduk selaku kepala perawat untuk mengikuti pelatihan di luar rumah sakit untuk meningkatkan wawasan pengetahuan tentang konsep KP yang selanjutnya dapat diterapkan di tempatnya bertugas serta berbagi informasi kepada perawat junior lainnya. Anggaran yang di rencanakan untuk sarana yang dibutuhkan untuk penerapan konsep KP untuk melakukan pengadaan sarana penunjang KP baik sarana medis seperti gelang pasien yang disesuaikan dengan indikasi masing-masing pasien ataupun sarana non medis. Perencanaan anggaran dalam hal KP disesuaikan berdasarkan

prioritas kebutuhan yang ada di RSUD Manuaba, sehingga untuk realisasinya dapat terlaksana dengan baik.

3. Material

Berdasarkan hasil pengamatan, alat kesehatan dan sarana prasarana harus ada perbaikan di beberapa bagian. Salah satu cara untuk mengatasinya adalah dengan melakukan pengadaan alat kesehatan dan sarana penunjang lain untuk melaksanakan program KP. Pengadaan alat dimaksudkan agar tidak terjadi kesalahan dalam pengukuran atau dalam melakukan tindakan sehingga KTD yang disebabkan oleh kesalahan alat atau karena tidak tersedianya alat dapat dihindarkan.

4. Metode

Pencatatan dan pelaporan yang seharusnya dilakukan dalam pelaksanaan konsep KP di rumah sakit antara lain :

- a. Rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan insiden yang meliputi kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera dan kejadian sentinel.
- b. Pencatatan dan pelaporan insiden KP (IKP) mengacu pada pedoman yang dikeluarkan oleh Komite KP rumah sakit Persi.
- c. Pelaporan insiden terdiri dari :
 1. Pelaporan internal yaitu mekanisme / alur pelaporan KPRS di internal RSUD Manuaba
 2. Pelaporan eksternal yaitu pelaporan dari RSUD Manuaba ke Komite KP rumah sakit.
- d. Panitia mutu dan kerja KP RSUD Manuaba melakukan pencatatan kegiatan yang telah dilakukan dan membuat laporan kegiatan kepada direktur rumah sakit secara berkala.

Melakukan monitoring dan evaluasi

Monitoring dan evaluasi yang dilakukan RSUD Manuaba diharapkan agar program KP yang sudah berlaku dapat terlaksana sesuai prosedur.

- a. Rumah Sakit

1. Pimpinan rumah sakit secara berkala melakukan monitoring dan evaluasi program KP yang dilaksanakan oleh unit kerja KP rumah sakit.
2. Unit kerja KP rumah sakit secara berkala (paling lama 2 tahun) melakukan evaluasi pedoman, kebijakan dan prosedur KP yang dipergunakan di rumah sakit.
3. Unit kerja KP rumah sakit melakukan evaluasi kegiatan setiap triwulan dan membuat tindak lanjutnya.

Selain melakukan pencatatan dan pelaporan kasus yang berkaitan dengan KP juga dilakukan, antara lain seperti:

- a. Kalibrasi alat kesehatan seperti alat medis yang sering digunakan sebagai penunjang penerapan konsep KP (tensi meter, timbangan, dan lain-lain), alat laboratorium, alat radiologi yang disesuaikan dengan standarisasi rumah sakit.
- b. Pengawasan secara berkala pembuangan sampah medis diantara jarum suntik, vial bekas, slang infus, slang kateter yang disesuaikan dengan pedoman pembuangan alat medis yang berlaku di rumah sakit dengan menggunakan insenerator.

Proses pencatatan dan pelaporan yang ada di RSUD Manuaba sudah berjalan namun untuk pelaporan KTD belum dilaporkan secara rutin kepada Direktur RS. Kegiatan monitoring evaluasi secara juga baru berjalan kurang dari satu tahun.

Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa perawat RSUD Manuaba masih belum siap untuk menerapkan konsep KP karena unsur-unsur yang mendukung terlaksananya konsep KP belum terpenuhi diluar dari perawat itu sendiri. Kesiapan pelaksanaan konsep KP harus didukung dari berbagai pihak agar pelaksanaannya dapat berjalan dengan baik dan sesuai dengan standar yang berlaku. Berkaitan juga dengan hasil RTD yang dilakukan oleh pihak manajemen serta unit terkait telah dihasilkan rencana yang harus disiapkan untuk mendukung kesiapan perawat dalam menerapkan konsep KP di RS, mulai dari fase persiapan, fase pelaksanaan dan fase monitoring dan evaluasi.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian dan pembahasan yang sudah dijelaskan sebelumnya, maka peneliti dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Kebijakan dan SOP di RSUD Manuaba mengenai KP sudah ada namun pelaksanaannya belum berjalan dengan baik dan belum disosialisasikan secara berkelanjutan.
2. Proses diklat yang dilakukan mengenai konsep KP sudah berjalan namun masih belum berjalan dengan rutin dan terencana dengan baik.
3. Ada perubahan nilai rata-rata pengetahuan perawat sebelum dan sesudah diberikannya pelatihan mengenai KP.
4. Ada perubahan nilai rata-rata sikap perawat terhadap KP sebelum dan sesudah diberikannya pelatihan mengenai KP.
5. Tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan sikap perawat mengenai KP.
6. Belum adanya anggaran dana untuk diklat yang berhubungan dengan KP
7. Untuk kondisi saat ini perawat belum siap untuk menerapkan konsep KP di RS karena masih belum siapnya unit lain yang terkait dengan penerapan konsep KP.

8.2 Saran

Berdasarkan pembahasan yang sudah ada maka peneliti memberikan saran sebagai berikut:

- a. Pihak Rumah Sakit
 - Untuk jajaran direksi Rumah sakit : Perlu dibuat sistem atau ketetapan yang mengatur tentang sosialisasi mengenai kebijakan dan SOP RS mengenai KP yaitu dengan memberikan *hardcopy* kebijakan dan SOP di seluruh unit kerja yang ada di RSUD Manuaba, sehingga seluruh unit mengetahui dan mengerti mengenai kebijakan tersebut.

- Bagi Direktur Umum dan SDM
 - Perlu dilaksanakan diklat mengenai konsep KP kepada perawat secara berkala dan berkesinambungan dalam perencanaan dalam satu tahun kedepan agar pengetahuan dan sikap perawat mengenai KP meningkat
 - Perlu dilakukan proses evaluasi dan monitoring dari pelatihan yang sudah ada mengenai tingkat keberhasilan dalam merubah sikap perawat dengan cara melakukan penilaian sikap perawat satu bulan setelah pelatihan.
 - Merekrut SDM yang kompeten untuk menduduki Kepala Bagian Diklat agar pelaksanaan konsep KP dapat berjalan sesuai standar yang memenuhi kriteria seperti pendidikan minimal Diploma 3 untuk semua jurusan, mempunyai pengalaman kerja minimal 1 tahun dalam bidang yang sama, menguasai aspek pengelolaan SDM dan diklat, dapat menoperasikan komputer, dengan baik, mampu berbahasa Inggris dengan lancar, mempunyai integritas yang baik, pernah mengikuti pelatihan *training need assesment*.

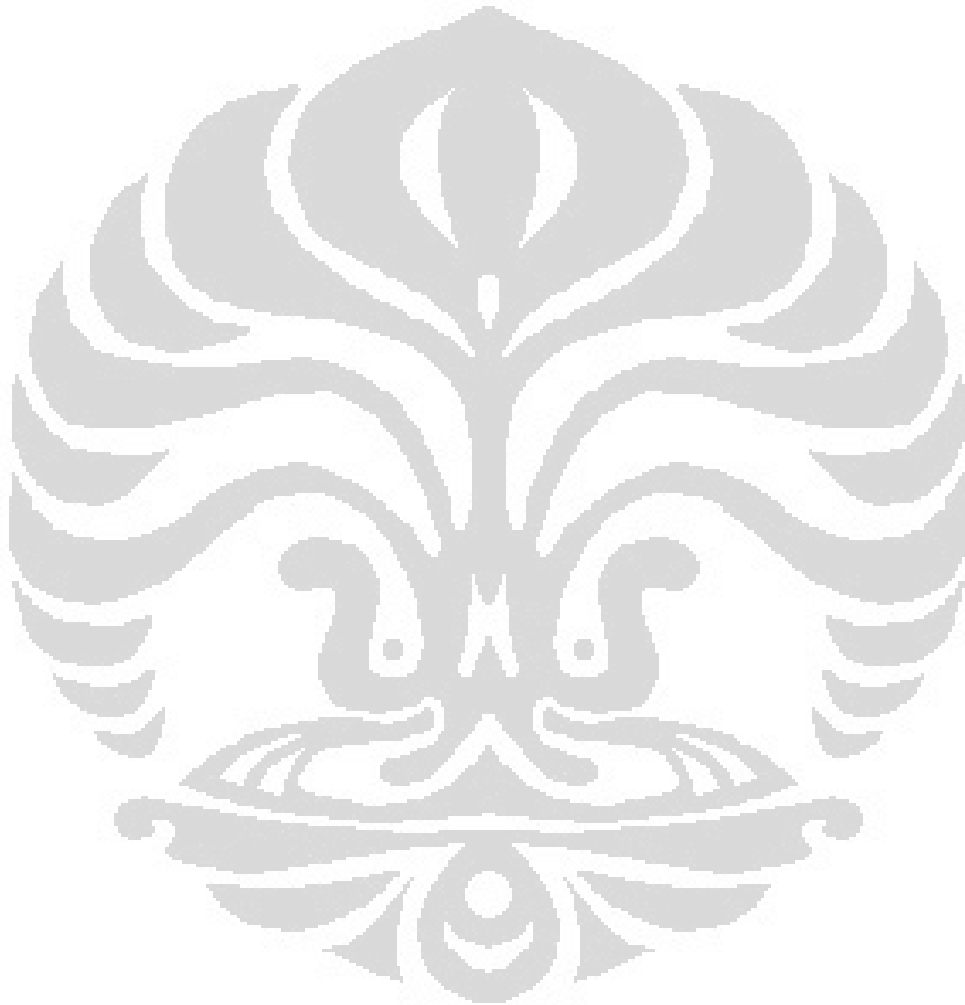
- Bagi Direktur Keuangan RS

- Perlu dialokasikan anggaran untuk mendukung pelaksanaan program KP di RSUD Manuaba, seperti untuk diklat KP dan perbaikan sarana dan alat kesehatan yang aman untuk pasien yang tersusun dalam anggaran tahunan. Realisasi anggaran dilakukan setiap 3 bulan sekali agar pelaksanaan program KP tidak terhambat karena kesulitan dalam mencairkan anggaran yang ada.

b. Bagi peneliti lain

- Perlu penelitian lebih lanjut mengenai sistem pelatihan yang ada dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap terhadap KP dengan menggunakan kuesioner yang berisi jawaban tidak lebih dari satu sehingga memudahkan dalam melakukan penilaian terhadap skor tersebut.

- .Penelitian dengan menggunakan kuesioner tidak dalam waktu yang berbeda sehingga tidak menimbulkan kejenuhan responden dalam menjawab pertanyaan yang ada.



DAFTAR PUSTAKA

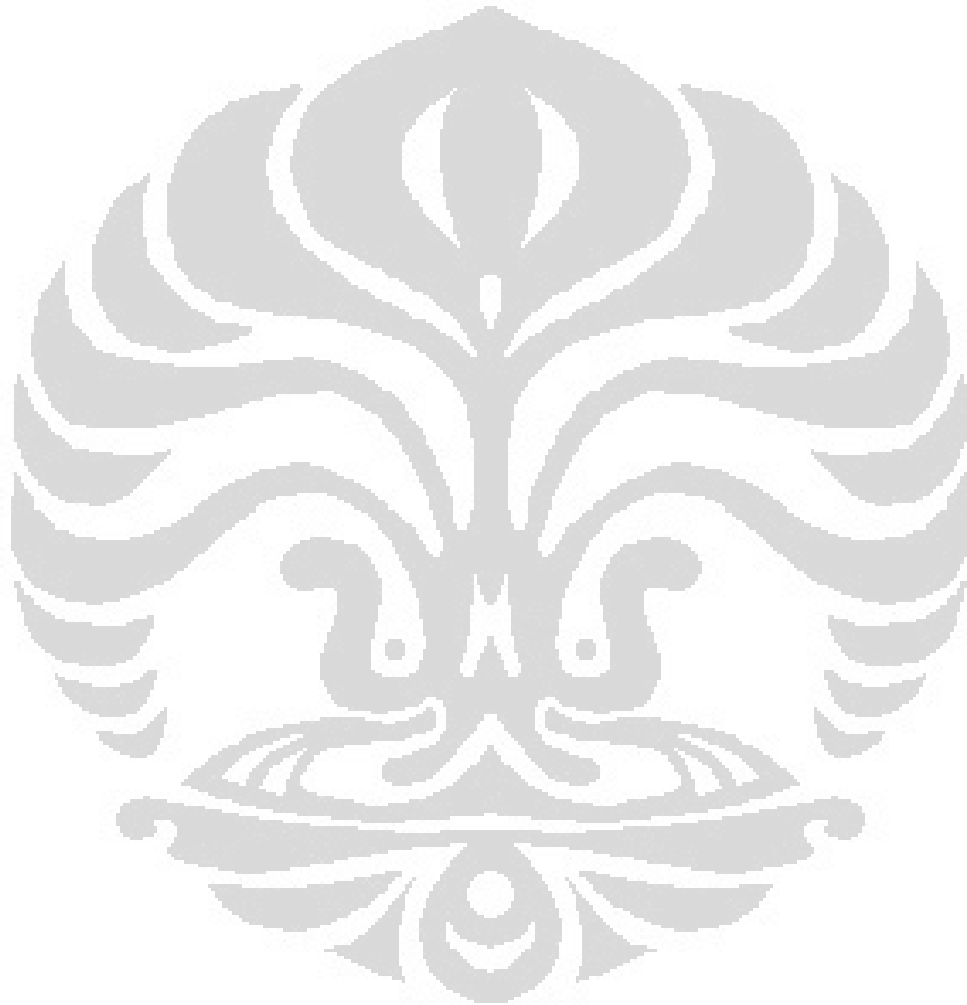
- Alamsyah, A. Z. (2007). *Pengaruh Pelatihan Kompensasi terhadap Prestasi Kerja Karyawan pada Kantor Telkom Medan*. Program Paska Sarjana Program Studi Magister Manajemen Universitas Terbuka.
- Ariyani. (2009). *Analisis Pengetahuan Dan Motivasi Perawat Yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan Program Patient Safety Di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr Moewardi Surakarta Tahun 2008*. Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang.
- Azwar, S. (1995). *Sikap Manusia, Teori dan pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Blanchard, B.S and W. J. Fabrycky. (1998). *Systems Engineering And Analysis*, Prentice Hall
- Burke, John. P. (2003). *Infection Control – A Problem for patient safety*. The New England Journal Of Medicine. 348; 7, pp 651-656. Available from: <http://www.nejm.org/> Accessed on December 6, 2011.
- Cooper, M. (2000). *Towards a model of safety culture*. *Safety Science*. 36, 111-136.
- Daellenbach, H. G. (1994). *Systems and Decision Making*. John Wiley & Sons, Chichester-England
- DepKes RI. (2003). *Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medik Direktorat Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan.
- DepKes RI. (2004). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 1204 / MENKES/ SK/X/2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta: Dirjen Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman, pp.8-9.
- Depkes RI. (2006). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- DepKes RI. (2009). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 496 /MENKES/SK/IV/2005 Tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit*. Jakarta.
- Dessler, Garry. (1998). *Management: Leading people and organizations in the 21st century*. NJ Prentice Hall.

- Donaldson, L. (2005). *World Health Organization : World Alliance for Patient safety*. Switzerland: Geneva
- Dwiprahasto, I. (2001). *Seminar ; Melalui Riset di Bidang Kedokteran Kesehatan Menuju Mutu Pelayanan Kesehatan Yang Berfokus pada Keselamatan Pasien: Manajemen Risiko Klinik Sebagai Dasar Keselamatan Pasien*. FK-UGM Yogyakarta , 4 Maret 2006.
- Dylon, RD. (1997). *Zero base Budgeting for health Care Institution*. Aspen System Corporation. Maryland.
- Gasperz, Vincent. (2001). *Total Quality Management*. Cetakan kedua. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Gawande ,A.A., Studdert ,D.M., Orav,E.J., Brennan, T.A., Zinner , M.J. (2003). *Risk Factor For Retained Instrument and Sponges After Surgery*.
- Gibson, J. L. (1997). *Organisasi; Perilaku, Struktur, Proses*. Jakarta: Erlangga
- Gibson, Ivancevich, dan Donnelly. (1997). *Organizations Behavior (9th ed)*. United States of America
- Gillies. (1994). *Nursing Management A Systems Approach*. Second Edition. Philadelphia : WB Saunders Company.
- Herkutanto. (2006). *Profil Kinerja Komite Medis Berkaitan dengan KP*. Jurnal Persi 2006: Volume 6 Mei: 26-34.
- Horngren, CT., Foster, G. (1998). *Alih Bahasa Amriyanus Sinaga. Akuntansi Biaya*. Jakarta: Erlangga.
- Juran, J. M & Gryna. (1993). *Quality Planning and Analysis*. 3rd ed. Mc Graw-Hill, Inc
- Koentjoro, T., dan Djasri, H. (2006). *Isu-isu Penting Terkini tentang Keselamatan Pasien Sebuah Laporan Delegasi PMPK FK-UGM dari Konferensi ISQUA di Vancouver Canada*. Buletin IHRQ, 2, 1-7.
- Kohn, L.T., Corrigan,J.M., and Donaldson .M.S. (2000). *To Err Is Human : Building a Safer Health System*. Washington DC : Institute Of Medicine, pp.1-2.
- Kusumapradja, R. (1994). *Quality Assurance dalam Keperawatan*. Cermin Dunia Kedokteran. Edisi Khusus. 91. 8-15.
- Lafreniere.R., Buerger .R., Seifert.P.C., Belkin.M., Roth.S., Williams.K.S., De Maria.E.F., Napolitano .L.M., (2003). *Preparation of The Operating Room. Basic Surgical And Perioperative Considerations*

- Lubis, M. (2007). Pengaruh Beban Kerja terhadap Efektivitas Kerja Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Pirngadi Medan, Tesis-USU, Medan
- Mangram .A.J., Horan.T.C., Pearson.M.L., BS.Silver.L.C., Jarvis.W.R. (1999). *Guidline For Prevention Of Surgical Site Infection. Infection Control And Hospital Epidemiology*. Vol 20., No.4. Centres For Disease Control and Prevention.
- Miser, H.J. (1995). *Handbook of Systems Analysis*. John Wiley
- MMS. (2004). *MMS Committe on Quality Medical and Trainity Communications, Inc KP : Conducty a root cause analysis of adverse events*. Massachusetts Medical Society.
- Mondy, R.W. (2008). *Manajemen Sumber Daya Manusia* (Edisi Sepuluh). Jakarta: Erlangga.
- Nasution. (2004). *Manajemen Jasa Terpadu*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Nathens, A.B., Dellinger .E.P., (2000). *Surgical Site Infection*. Departement of Surgery, Harborview Medical Centre, Seattle , USA.
- Nichols.R.L., (2001). *Preventing Surgical Site Infection : A Surgeons's Perspective Emerging Infectious Disease* , Vol 7, No.2.
- Nursalam. (2002). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional*, edisi pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmojo,S. (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Osborne, David. (1996). *Mewirauahakan Birokrasi* (Terj. Abdul Rosyid), Jakarta, Ikrar Mandiri Abadi.
- Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial RS Dr.Kariadi / FK Undip. (2004). *Pedoman Pengendali Infeksi Nosokomial*. Edisi III. Semarang.
- Phillips, D. P., Christenfeld, N., & Glynn, L. M. (2005). *Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. The Lancet*, 351, 643-644
- Permana. (2005). *Diamond Hed Drill & Kepemimpinan dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Purnama. (2009). *Identifikasi Kebutuhan Pelatihan dalam Rangka Peningkatan Kinerja Bidan di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSPAD Gatot Soebroto*. Depok: Tesis KARS FKMUI.

- Parsons, W. (2005). *Public Policy. Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*, edisi pertama. Jakarta: Kencana.
- Reason, J. (2000). *Human Error : Models and Management*. BMJ 320, pp 768-770. Available from : <http://www.bmj.com> Accessed on December 15, 2011)
- Robbins, Stephen P. (2003), *Organizational Behavior* 10 Edition, Prentice Hall Inc.
- Robert, L., Mathis., John H. Jackson. (2002). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT Salemba Emban Patria.
- Siagian, S.P. (2001). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi sembilan. Jakarta: Bina Aksara
- Siantur, G. (2004). *Pasien Indonesia, Antara Rumah Sakit “Setan” dan Rumah sakit “Malaikat”*. Kompas, 8 januari 2004. Available from: <http://www.kompas.co.id/kesehatan/news/0401/08/085622.html>. Accessed on December 10, 2011.
- Surya Utama (2005). *Memahami Analisis Kebijakan Kesehatan. Tinjauan Pustaka*. Fakultas Kesehatan Sumatera Utara.
- Senge, P. M. (1990). *The Fifth Discipline*. New York: Currency & Dobleday
- Smits, M. Et.al. (2008). *Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level*. Qual Saf Health Care in press.
- Sudiharto, P. (2006). *Seminar : Melalui Riset di Bidang Kedokteran Kesehatan Menuju Mutu Pelayanan Kesehatan yang Berfokus pada KP : Konsep KP Dalam Pelayanan Bedah*. FK – UGM Yogyakarta, 4 Maret 2006.
- Tietjen, L., Bossemeyer. D., McIntosh. N. (2004). *Panduan Pencegahan Infeksi untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Triatmodjo, P. (1993). *Sterilitas Udara Ruang Operasi dan Peralatan Bedah serta Higiene Petugas Beberaspa Rumah sakit di Jakarta*. Cermin dunia Kedokteran. No. 82. Januari 1993 pp 21-24.
- Vincent, C. (2003). *Health Policy Report : Understanding and Responding to Adverse Events*. The New England Journal Of Medicine. 348 ; 11, pp 1051-1056. Available from : <http://www.nejm.org/> Accessed on December 18, 2011.
- Wagner, C. Cuperus-Bosma. J., & Wal, G. (2005). *Patient Safety in Dutch Hospital*. Italian Journal of Public Health, 2, 59-63.

World Health Organization (2005). *World Alliance For Patient Safety . Global Patient Safety Challenged 2005-2006*. Clean Care is Safer Care. Geneva, Switzerland.



Lampiran 1

**KUESIONER PENELITIAN
KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT**

Selamat pagi/siang/sore. Saat ini saya sedang mengumpulkan informasi dalam melaksanakan penelitian tentang keselamatan pasien rumah sakit untuk memperbaiki kualitas pelayanan rumah sakit kami. Dapatkah Bapak/Ibu/Saudara (B/I/S) meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner ini dengan sebenar-benarnya dan tidak bekerja sama serta tidak merujuk dokumen lain dalam mengisinya. Jawaban apa adanya akan membantu meningkatkan kinerja program *patient safety* Jawaban yang B/I/S berikan tidak akan mempengaruhi status B/I/S di rumah sakit ini. Jawaban-jawaban yang B/I/S berikan, nantinya akan menjadi masukan yang sangat berharga bagi manajemen rumah sakit. Kami berharap B/ I/ S tidak ragu untuk mengemukakan pendapat, karena yang penting bagi kami adalah pendapat pribadi B/ I/ S.

Informasi Interview

Nama interviewer : _____
Awal interview : _____ WITA
Akhir interview : _____ WITA

Data Responden

No. Responden : _____
Nama Responden : _____
Tim *patient safety* : _____

Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan

Status Responden : 1. Tetap 2. Kontrak

Lama bekerja di unit kerja : 1. < 1 Tahun
2. 1 - < 2 Tahun
3. 2 - < 3 Tahun
4. 3 Tahun keatas

Lama bekerja di rumah sakit : 1. < 1 Tahun
2. 1 - < 2 Tahun
3. 2 - < 3 Tahun
4. 3 Tahun keatas

Pendidikan Terakhir (atau yang setara)

1. SPK 4. S2
2. Diploma 3
3. S1

Unit Kerja : 1. Rawat Inap Lantai II 5. Tim KKPRS
2. Rawat Inap Lantai III

- 3. Rawat Inap Lantai IV
- 4. Farmasi

PETUNJUK PENGISIAN

A. Penilaian Sikap keselamatan pasien

Untuk pertanyaan berikut, pilihlah satu jawaban yang paling sesuai dengan pendapat B/I/S saat ini, dengan cara memberi tanda silang (X) pada jawaban yang dipilih.

Keterangan skala pengukuran:

- SS : Sangat Setuju
- S : Setuju
- C : Cukup/netral
- KS : Tidak Setuju
- TS : Sangat Tidak Setuju

No	Pertanyaan	SS	S	C	TS	STS
1	Saya peduli terhadap upaya pengelolaan risiko untuk meminimalkan insiden yang mungkin timbul serta mencegah suatu insiden terulang lagi					
2	Saya ingin berdiskusi secara rutin untuk melakukan pembahasan dan evaluasi dalam pelaksanaan program <i>patient safety</i>					
3	Saya sangat senang membantu anggota bila mengalami kesulitan dalam penanganan insiden					
4	Rumah sakit harus menerapkan <i>patient safety</i> karena sangat penting bagi keselamatan pasien					
5	Saya menyadari bahwa penerapan <i>patient safety</i> dapat mencegah terjadinya insiden terkait <i>patient safety</i>					
6	Saya berusaha mengingatkan bahwa penulisan status secara lengkap merupakan dokumentasi yang sangat diperlukan untuk melindungi petugas bila terjadi insiden					
7	Saya berusaha menerapkan budaya kerja yang mengutamakan keselamatan pasien					
8	Saya akan segera melakukan identifikasi bila terjadi insiden					

	terkait <i>patient safety</i> dan segera menanganinya					
9	Saya selalu mengikuti perkembangan ilmu kesehatan terkini karena SOP (protap) yang ada harus disesuaikan					
10	Kemampuan komunikasi harus ditingkatkan karena kegagalan komunikasi dengan pasien dan atau keluarga merupakan <i>medical procedure errors</i>					
No	Pertanyaan	SS	S	C	TS	STS
11	Melaporkan insiden terkait patient safety hanya akan mempermalukan diri sendiri.					
12	Pelaporan insiden bukan bertujuan mencari kesalahan karyawan.					
13	Pelaporan insiden bertujuan sebagai pembelajaran sehingga insiden dapat di analisis akar masalah penyebab insiden.					
14	Saya mendorong rekan sekerja untuk selalu melaporkan insiden terkait patient safety yang terjadi.					
15	Saya mengetahui alur pelaporan insiden terkait patient safety					
16	Pelaporan insiden dapat mencegah insiden yang sama terulang kembali.					
17	Pelaporan insiden harus dilakukan dalam waktu maksimal 2 x 24 jam setelah insiden tersebut terjadi.					

B. Penilaian pengetahuan terkait *patient safety*.

Untuk pertanyaan berikut, pilihlah jawaban yang paling sesuai dengan pendapat B/I/S saat ini, dengan cara memberi tanda silang (X) pada jawaban yang dipilih. Jawaban boleh lebih dari satu.

1. Menurut B/I/S apakah faktor risiko penyebab terjadinya kejadian kesalahan pengambilan sampel laboratorium ?
 - a. Identitas pasien pada permintaan pemeriksaan tidak sama dengan catatan medis pasien
 - b. Nomer rekam medis pada permintaan tidak sama dengan catatan medis pasien
 - c. Nomer rekam medis pada permintaan pemeriksaan tidak diisi
 - d. Permintaan jenis pemeriksaan laboratorium tidak jelas
 - e. Lainnya,sebutkan.....
2. Menurut B/I/S, hal apa saja yang perlu diinformasikan kepada pasien dan atau keluarga pasien terkait dengan faktor risiko penyebab kejadian pasien jatuh ? (Jawaban bisa lebih dari 1)
 - a. Penggunaan pengaman pinggir (*side guard*).
 - b. Posisi tempat tidur yang terlalu tinggi untuk pasien anak dan orang tua
 - c. Kondisi fisik pasien yang lemah.
 - d. Kondisi pasien gelisah.
 - e. Pasien tanpa penunggu
 - f. Pasien anak atau lansia.
 - g. Lantai kamar atau kamar mandi yang licin.
 - h. Kamar mandi tanpa pegangan dinding
 - i. Lainnya, sebutkan.....
3. Menurut B/I/S, hal apa saja yang harus di informasikan kepada pasien dan atau keluarga pasien terkait dengan faktor risiko kejadian kesalahan diagnosis ?

(Jawaban bisa lebih dari 1)

 - a. Jumlah pasien yang banyak
 - b. Informasi tentang gejala penyakit yang tidak lengkap
 - c. Kejujuran dalam menyampaikan gejala penyakit
 - d. Lainnya, sebutkan.....
4. Menurut B/I/S, apabila faktor risiko kejadian kesalahan diagnosis sudah dapat diidentifikasi namun insiden masih tetap terjadi, hal apa saja yang dapat menjadi akar masalah penyebab insiden ? (Jawaban bisa lebih dari 1)
 - a. Kompetensi karyawan
 - b. SOP tidak ada
 - c. Beban kerja
 - d. Kepatuhan melaksanakan SOP

- e. Kebijakan manajemen
 - f. Kebijakan *punishment* dan *reward*
5. Menurut B/I/S apakah faktor risiko penyebab terjadinya kejadian pasien jatuh ?
- a. Form penilaian kondisi pasien untuk grading risiko jatuh telah belum diisi
 - b. Pengaman pinggir (*side guard*) tempat tidur tidak terpasang
 - c. Lantai kamar dan kamar mandi licin.
 - d. Pasien tidak mengetahui fungsi pegangan dinding kamar mandi.
 - e. Lainnya, sebutkan.....
6. Menurut B/I/S apakah faktor risiko penyebab terjadinya kesalahan diagnosis ?
- a. Form anamnesa pada catatan medis tidak diisi dengan lengkap
 - b. Alat penunjang medis pemeriksaan tidak berfungsi dengan baik
 - c. Lainnya, sebutkan.....
7. Menurut B/I/S, apabila faktor risiko kejadian kesalahan prosedur medis sudah dapat diidentifikasi namun insiden masih tetap terjadi, hal apa saja yang dapat menjadi akar masalah penyebab insiden ? (Jawaban bisa lebih dari 1) 12
- a. Kompetensi karyawan
 - b. SOP tidak ada
 - c. Beban kerja
 - d. Kepatuhan melaksanakan SOP
 - e. Kebijakan manajemen
 - f. Kebijakan *punishment* dan *reward*
 - g. Lainnya, sebutkan.....
8. Menurut B/I/S apakah faktor risiko penyebab terjadinya kejadian kesalahan pemberian obat ?
- a. SOP pelayanan farmasi tidak dilaksanakan
 - b. Identitas pada resep tidak sesuai dengan identitas pasien
 - c. Instruksi dokter tidak jelas
 - d. Tulisan resep tidak jelas
 - e. Penempatan obat yang memiliki kemiripan nama tidak terpisah
 - f. Penempatan obat yang memiliki kemasan yang mirip tidak terpisah.
 - g. Lainnya, sebutkan.....
9. Menurut B/I/S, apabila faktor risiko kejadian pasien jatuh sudah dapat diidentifikasi namun insiden masih tetap terjadi, hal apa saja yang dapat menjadi akar masalah penyebab insiden ? (Jawaban bisa lebih dari 1)
- a. Kompetensi karyawan

- b. SOP tidak ada
- c. Beban kerja
- d. Kepatuhan melaksanakan SOP
- e. Kebijakan manajemen
- f. Kebijakan *punishment* dan *reward*
- g. Lainnya, sebutkan.....

10. Menurut B/I/S apakah faktor risiko penyebab terjadinya kejadian penundaan atau pembatalan operasi ?

- a. *Inform consent* tidak diisi dengan lengkap
- b. Pemeriksaan pra-operasi tidak dilakukan
- c. Persiapan alat operasi tidak dilakukan
- d. Alat operasi tidak berfungsi dengan baik
- e. Penjadwalan operasi tidak dilakukan dengan benar.
- f. Petugas yang terlibat belum sudah siap di kamar operasi
- g. Lainnya, sebutkan.....

11. Menurut B/I/S, hal apa saja yang harus di informasikan kepada pasien dan atau keluarga pasien terkait dengan faktor risiko penyebab kejadian kesalahan pemberian obat ? (Jawaban bisa lebih dari 1)

- a. Identitas pasien yang terdapat pada catatan medis tidak sama dengan identitas resmi pasien.
- b. Berat badan pasien tidak tercantum pada catatan medis
- c. Pasien menerima lebih dari 5 jenis obat.
- d. Lainnya, sebutkan.....

12. Menurut B/I/S, hal apa saja yang harus di informasikan kepada pasien dan atau keluarga pasien terkait dengan faktor risiko kejadian kesalahan prosedur medis ? (Jawaban bisa lebih dari 1)

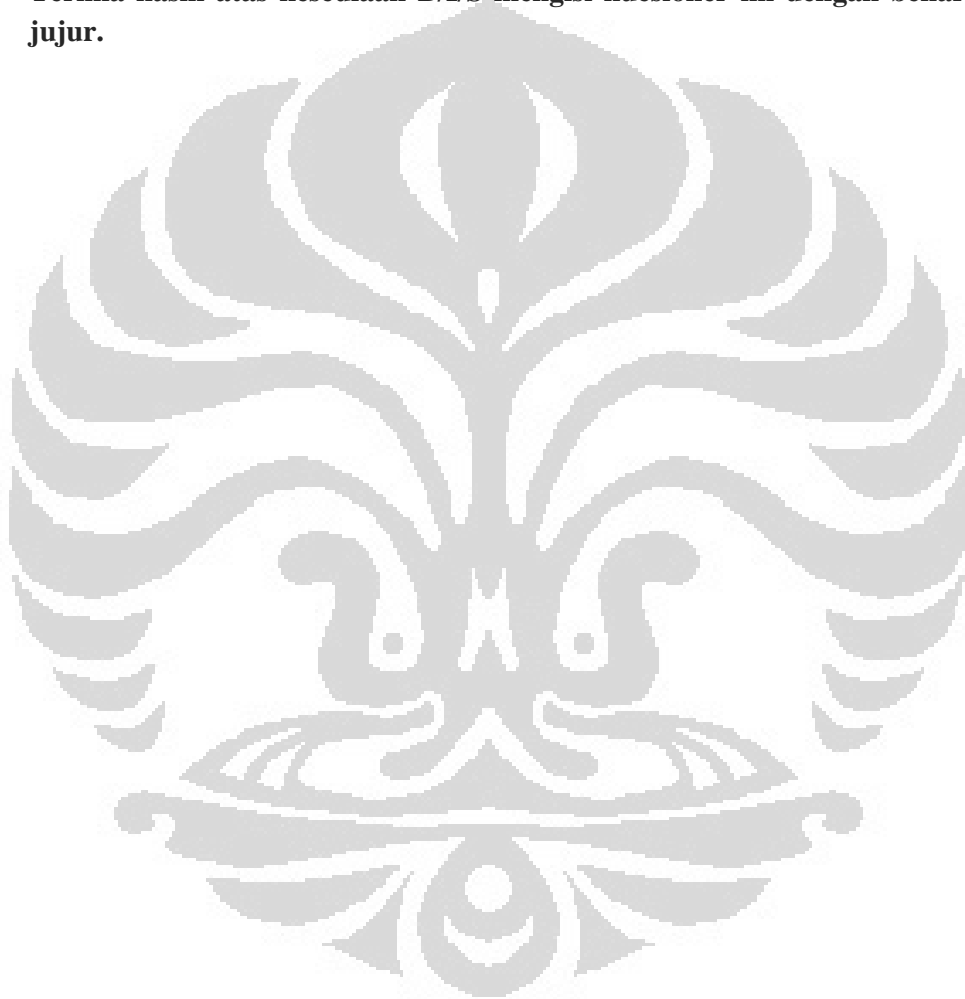
- a. Identitas pasien yang terdapat pada catatan medis tidak sama dengan identitas resmi pasien.
- b. Identitas pasien tidak tercatat pada buku registrasi
- c. Permintaan pemeriksaan tidak lengkap
- d. Pemeriksaan pra-operasi tidak dilakukan
- e. Komplikasi penyakit pasien
- f. *Inform consent* tidak dilakukan
- g. Informasi biaya operasi belum jelas.
- h. Lainnya, sebutkan.....

13. Menurut B/I/S, apabila faktor risiko kejadian kesalahan obat sudah dapat diidentifikasi namun insiden masih tetap terjadi, hal apa saja yang dapat menjadi akar masalah penyebab insiden ? (Jawaban bisa lebih dari 1)

- a. Kompetensi karyawan
- b. SOP tidak ada
- c. Beban kerja
- d. Kepatuhan melaksanakan SOP
- e. Kebijakan manajemen
- f. Kebijakan *punishment* dan *reward*
- g. Lainnya, sebutkan.....
- g. Lainnya, sebutkan.....



Terima kasih atas kesediaan B/I/S mengisi kuesioner ini dengan benar dan jujur.



Lampiran 2. Matriks wawancara

No	Pertanyaan	I1	I2	I3	I4
1	Pendapat mengenai pelatihan keselamatan pasien	Pelatihan sangat baik dan menambah pengetahuan	Cukup baik		
2	keselamatan pasien dapat diterapkan di RSU Manuaba	Dapat diterapkan	Kurang dapat		
	Alasannya	tujuan pelatihan keselamatan pasien sangat penting demi meningkatkan kualitas pelayanan	SDM kurang mengetahui mengenai keselamatan pasien karena pelatihan keselamatan pasien belum dilakukan secara kontinu		
4	Dukungan dari pihak manajemen pelaksanaan keselamatan pasien	Sangat baik	Baik		
5	Dari mana mendapatkan informasi keselamatan pasien	Dari materi kuliah dan juga belajar dari materi melalui internet	Dari materi kuliah		
6	Kebijakan terkait Keselamatan Pasien			Sudah ada kebijakan dan SOP mengenai KP	
7	Program Diklat KP			Sudah ada tapi belum kontinu	
8	Alokasi dana terkait Program KP				Belum ada dana khusus diklat KP, yg ada dana diklat secara umum

Lampiran 3

6.1.Uji Validitas dan Reliabilitas

6.1.1. Kuesioner Awal

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.835	16

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.835	16

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
pre_sikap1	3.60	.503	20
pre_sikap2	3.45	.510	20
pre_sikap3	3.30	.657	20
pre_sikap4	3.50	.607	20
pre_sikap5	3.45	.605	20
pre_sikap6	3.45	.605	20
pre_sikap7	3.60	.598	20
pre_sikap8	3.45	.605	20
pre_sikap9	3.35	.745	20
pre_sikap10	3.20	.410	20

pre_sikap11	3.25	.550	20
pre_sikap12	3.50	.607	20
pre_sikap13	3.10	.852	20
pre_sikap14	3.20	.696	20
pre_sikap15	3.15	.671	20
pre_sikap_16	3.35	.875	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pre_sikap1	50.30	27.484	.487	.824
pre_sikap2	50.45	26.366	.702	.814
pre_sikap3	50.60	24.674	.797	.804
pre_sikap4	50.40	26.463	.556	.820
pre_sikap5	50.45	25.208	.779	.807
pre_sikap6	50.45	26.682	.521	.822
pre_sikap7	50.30	26.642	.535	.821
pre_sikap8	50.45	25.313	.760	.808
pre_sikap9	50.55	24.892	.653	.812
pre_sikap10	50.70	30.853	-.157	.848
pre_sikap11	50.65	27.503	.433	.827
pre_sikap12	50.40	25.095	.796	.806
pre_sikap13	50.80	29.853	-.029	.861
pre_sikap14	50.70	25.589	.601	.816
pre_sikap15	50.75	25.776	.599	.816
pre_sikap_16	50.55	32.471	-.294	.879

6.1.2. Kuesioner Akhir

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.921	12

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
pre_sikap1	3.60	.503	20
pre_sikap2	3.45	.510	20
pre_sikap3	3.30	.657	20
pre_sikap4	3.50	.607	20
pre_sikap5	3.45	.605	20
pre_sikap6	3.45	.605	20
pre_sikap7	3.60	.598	20
pre_sikap8	3.45	.605	20
pre_sikap9	3.35	.745	20
pre_sikap12	3.50	.607	20
pre_sikap14	3.20	.696	20
pre_sikap15	3.15	.671	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pre_sikap1	37.40	26.779	.510	.920
pre_sikap2	37.55	25.524	.756	.912
pre_sikap3	37.70	23.905	.832	.907
pre_sikap4	37.50	25.000	.711	.913
pre_sikap5	37.55	24.576	.791	.909
pre_sikap6	37.55	25.629	.602	.917
pre_sikap7	37.40	26.042	.538	.920
pre_sikap8	37.55	24.366	.829	.908
pre_sikap9	37.65	24.029	.698	.914
pre_sikap12	37.50	24.263	.845	.907
pre_sikap14	37.80	25.537	.521	.922
pre_sikap15	37.85	25.818	.501	.922

6.2. Karakteristik Responden

jenis_kel

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	3	5.9	5.9	5.9
	perempuan	48	94.1	94.1	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

status

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tetap	10	19.6	19.6	19.6
	kontrak	41	80.4	80.4	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

lama_kerja_unit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 tahun	2	3.9	3.9	3.9
	1 - <2 tahun	25	49.0	49.0	52.9
	2 - < 3 tahun	7	13.7	13.7	66.7
	3 tahun keatas	17	33.3	33.3	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

lama_kerja_RS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 tahun	2	3.9	3.9	3.9
	1 - <2 tahun	23	45.1	45.1	49.0
	2 - < 3 tahun	7	13.7	13.7	62.7
	3 tahun keatas	19	37.3	37.3	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SPK	10	19.6	19.6	19.6
	Diploma 3	36	70.6	70.6	90.2
	S1	4	7.8	7.8	98.0
	S2	1	2.0	2.0	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

unit_kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rawat inap lantai II	18	35.3	35.3	35.3
	rawat inap lantai III	2	3.9	3.9	39.2
	VK	3	5.9	5.9	45.1
	OK	4	7.8	7.8	52.9
	Lantai I	2	3.9	3.9	56.9
	IGD	5	9.8	9.8	66.7
	rawat HCU	2	3.9	3.9	70.6
	99	15	29.4	29.4	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

Descriptives

		Statistic	Std. Error
umur	Mean	26.18	.715
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 24.75	
		Upper Bound 27.62	
	5% Trimmed Mean	25.76	
	Median	24.00	
	Variance	25.070	
	Std. Deviation	5.007	
	Minimum	20	
	Maximum	40	
	Range	20	
	Interquartile Range	5	
	Skewness	1.448	.340
	Kurtosis	1.301	.668

Descriptives

		Statistic	Std. Error
pre_pengetahuan	Mean	60.9351	2.33859
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	56.2380	
	Upper Bound	65.6323	
	5% Trimmed Mean	61.2955	
	Median	61.5385	
	Variance	278.919	
	Std. Deviation	1.67009E1	
	Minimum	30.77	
	Maximum	84.62	
	Range	53.85	
	Interquartile Range	30.77	
	Skewness	-.242	.333
	Kurtosis	-1.272	.656

Descriptives

		Statistic	Std. Error
post_pengetahuan	Mean	68.2504	2.00603
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	64.2211	
	Upper Bound	72.2796	
	5% Trimmed Mean	68.9124	
	Median	69.2308	
	Variance	205.233	
	Std. Deviation	1.43259E1	
	Minimum	34.62	
	Maximum	88.46	
	Range	53.85	
	Interquartile Range	19.23	
	Skewness	-.768	.333
	Kurtosis	-.321	.656

Descriptives

		Statistic	Std. Error
post2_pengetahuan	Mean	75.7164	1.20182
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	73.3025	
	Upper Bound	78.1304	
	5% Trimmed Mean	75.6285	
	Median	76.9231	
	Variance	73.663	
	Std. Deviation	8.58271	
	Minimum	57.69	
	Maximum	96.15	
	Range	38.46	
	Interquartile Range	11.54	
	Skewness	.041	.333
	Kurtosis	-.524	.656

Descriptives

		Statistic	Std. Error
skor_presikap	Mean	3.3905	.05510
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	3.2798	
	Upper Bound	3.5012	
	5% Trimmed Mean	3.3876	
	Median	3.2500	
	Variance	.155	
	Std. Deviation	.39352	
	Minimum	2.42	
	Maximum	4.33	
	Range	1.92	
	Interquartile Range	.75	
	Skewness	.174	.333
	Kurtosis	-.377	.656

Descriptives

		Statistic	Std. Error
skor_postsikap	Mean	4.2484	.04425
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	4.1595	
	Upper Bound	4.3372	
	5% Trimmed Mean	4.2510	
	Median	4.2500	
	Variance	.100	
	Std. Deviation	.31600	
	Minimum	3.67	
	Maximum	4.83	
	Range	1.17	
	Interquartile Range	.50	
	Skewness	-.193	.333
	Kurtosis	-.627	.656

Descriptives

		Statistic	Std. Error
skor_post2sikap	Mean	4.3954	.03258
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	4.3300	
	Upper Bound	4.4609	
	5% Trimmed Mean	4.3939	
	Median	4.4167	
	Variance	.054	
	Std. Deviation	.23264	
	Minimum	3.92	
	Maximum	4.83	
	Range	.92	
	Interquartile Range	.42	
	Skewness	.136	.333
	Kurtosis	-.604	.656

6.3. Perbedaan Rata-rata Pengetahuan Perawat

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pre_pengetahuan	60.9351	51	16.70086	2.33859
	post_pengetahuan	68.2504	51	14.32594	2.00603

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pre_pengetahuan & post_pengetahuan	51	.767	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	pre_pengetahuan - post_pengetahuan	-7.31523	10.83100	1.51664	-10.36150	-4.26897	-4.823	50	.000

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pre_pengetahuan	60.9351	51	16.70086	2.33859
	post2_pengetahuan	75.7164	51	8.58271	1.20182

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pre_pengetahuan & post2_pengetahuan	51	.618	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences	t	df	Sig. (2-tailed)

	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	tailed)
				Lower	Upper			
Pair 1 pre_pengetahuan - post2_pengetahuan	-1.47813E1	13.24267	1.85435	-18.50586	-11.05674	-7.971	50	.000

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 post_pengetahuan	68.2504	51	14.32594	2.00603
post2_pengetahuan	75.7164	51	8.58271	1.20182

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 post_pengetahuan & post2_pengetahuan	51	.866	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 post_pengetahuan - post2_pengetahuan	-7.46606	8.11937	1.13694	-9.74967	-5.18245	-6.567	50	.000

6.4. Perbedaan Rata-rata Sikap Perawat Sebelum dan Sesudah diadakan Pelatihan

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	skor_presikap	3.3905	51	.39352	.05510
	skor_postsikap	4.2484	51	.31600	.04425

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	skor_presikap & skor_postsikap	51	.631	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	skor_presikap - skor_postsikap	-.85784	.31282	.04380	-.94583	-.76986	-19.584	50	.000

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	skor_presikap	3.3905	51	.39352	.05510
	skor_post2sikap	4.3954	51	.23264	.03258

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	skor_presikap & skor_post2sikap	51	.464	.001

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 skor_presikap - skor_post2sikap	-1.00490	.35214	.04931	-1.10394	-.90586	-20.379	50	.000

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 skor_postsikap	4.2484	51	.31600	.04425
skor_post2sikap	4.3954	51	.23264	.03258

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 skor_postsikap & skor_post2sikap	51	.831	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 skor_postsikap - skor_post2sikap	-.14706	.17841	.02498	-.19724	-.09688	-5.887	50	.000

6.5. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Mengenai Keselamatan Pasien

pengetahuan * sikap Crosstabulation

			sikap		Total
			Kurang mendukung	Mendukung	
pengetahuan	Kurang	Count	11	12	23
		% within pengetahuan	47.8%	52.2%	100.0%
	Baik	Count	9	19	28
		% within pengetahuan	32.1%	67.9%	100.0%
Total		Count	20	31	51
		% within pengetahuan	39.2%	60.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.303 ^a	1	.254		
Continuity Correction ^b	.728	1	.394		
Likelihood Ratio	1.304	1	.254		
Fisher's Exact Test				.388	.197
Linear-by-Linear Association	1.277	1	.258		
N of Valid Cases ^b	51				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,02.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengetahuan (Kurang / Baik)	1.935	.619	6.048
For cohort sikap = Kurang mendukung	1.488	.749	2.957
For cohort sikap = Mendukung	.769	.482	1.227
N of Valid Cases	51		

pengetahuan2 * sikap2 Crosstabulation

			sikap2		Total
			Kurang mendukung	Mendukung	
pengetahuan2	kurang	Count	9	13	22
		% within pengetahuan2	40.9%	59.1%	100.0%
	baik	Count	9	20	29
		% within pengetahuan2	31.0%	69.0%	100.0%
Total		Count	18	33	51
		% within pengetahuan2	35.3%	64.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.534 ^a	1	.465		
Continuity Correction ^b	.189	1	.664		
Likelihood Ratio	.532	1	.466		
Fisher's Exact Test				.559	.331
Linear-by-Linear Association	.524	1	.469		
N of Valid Cases ^b	51				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,76.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengetahuan2 (kurang / baik)	1.538	.483	4.898
For cohort sikap2 = Kurang mendukung	1.318	.629	2.761
For cohort sikap2 = Mendukung	.857	.560	1.310
N of Valid Cases	51		