

**ANALISIS PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT  
YANG MEMPENGARUHI SIKAP Mendukung PENERAPAN  
PROGRAM *PATIENT SAFETY* DI INSTALASI PERAWATAN  
INTENSIF RSUD DR MOEWARDI SURAKARTA  
TAHUN 2008**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan  
mencapai derajat sarjana S2

Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit

Oleh : Ariyani  
NIM : E4A007008

PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2009

## PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul:  
ANALISIS PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT  
YANG MEMPENGARUHI SIKAP MENDUKUNG PENERAPAN PROGRAM  
*PATIENT SAFETY* DI INSTALASI PERAWATAN INTENSIF  
RSUD DR. MOEWARDI SURAKARTA TAHUN 2008

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Ariyani

NIM : E4A 007008

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 5 Mei 2009  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

dr. Sudiro, MPH.,Dr.PH  
NIP. 131 252 965

Dra. Atik Mawarni, M.Kes  
NIP. 131 918 670

Penguji

Penguji

dr. Murti W Wirawan, M.Kes

Bambang Edi Warsito, SKP,M.Kes  
NIP.140 239 056

Semarang, 5 Mei 2009

Universitas Diponegoro  
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Ketua Program

dr.Martha Irene Kartasurya, MSc., PhD  
NIP. 131 694 515

## PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ariyani

NIM : E4A 007008

Menyatakan bahwa tesis judul "**ANALISIS PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT YANG MEMPENGARUHI SIKAP Mendukung PENERAPAN PROGRAM *PATIENT SAFETY* DI INSTALASI PERAWATAN INTENSIF RSUD DR MOEWARDI SURAKARTA TAHUN 2008**" merupakan:

1. Hasil karya yang disusun, dipersiapkan dan ditulis sendiri.
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program Magister ini ataupun pada program lainnya.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Semarang, Mei 2009

Penulis,

Ariyani

NIM : E4A 007008

## RIWAYAT HIDUP

- Nama : Ariyani
- Tempat & Tanggal Lahir : Boyolali, 23 Nopember 1968
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Alamat : Jl. Anggur II No 24 Perumnas Wonorejo,  
Karanganyar, Surakarta
- Pendidikan :
1. Lulus MI AL Islam Dibal tahun 1981
  2. Lulus SMPN I Colomadu, Karanganyar tahun 1984
  3. Lulus SPK Negeri Surakarta tahun 1987
  4. Lulus D III Keperawatan AKPER Depkes Surakarta tahun 2000
  5. Lulus S1 Keperawatan STIKES Ngudi Waluyo Ungaran tahun 2005
- Pekerjaan : Perawat RSUD Dr. Moewardi Surakarta sejak tahun 1988 sampai sekarang

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Analisis pengetahuan dan motivasi perawat yang mempengaruhi sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Parawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun 2008”. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan pendidikan Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Dalam penyusunan hingga terwujudnya tesis ini tidak terlepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Ibu dr.Martha Irene Kartasurya, Msc,PhD selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.
2. Bapak dr.Sudiro,MPH.Dr.PH selaku Ketua Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, juga selaku pembimbing utama yang berkenan meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dari sejak awal hingga selesainya tesis ini.
3. Ibu Dra. Atik Mawarni, M.Kes selaku pembimbing pendamping yang dengan penuh kesabaran membimbing dan banyak memberikan masukan serta arahan dalam proses penyusunan tesis ini hingga terwujud.

4. Ibu dr. Murti Wandrati Wirawan, M.Kes selaku penguji utama dalam ujian proposal tesis dan tesis, yang telah banyak memberikan masukan arahan hingga lebih sempurna tesis ini
5. Bapak Bambang Edi Warsito, SKP, M.Kes selaku penguji pendamping dalam uji sidang proposal tesis dan tesis, yang juga telah banyak memberikan masukan serta arahan-arahan yang sangat besar artinya hingga lebih sempurna tesis ini.
6. Bapak dr. Mardiatmo, SpR selaku direktur RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang telah memberikan ijin dan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian serta dukungan untuk melanjutkan pendidikan di Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang.
7. Seluruh dosen Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro yang telah membekali penulis dengan berbagai ilmu hingga tesis ini terwujud.
8. Suamiku dan anak-anakku ( Caesar dan Rosyi ) yang dengan sabar penuh pengertian memberikan dukungan dan semangat selama kuliah hingga terselesainya tesis ini.
9. Orangtuaku, mertuaku, kakak dan adik-adikku yang selalu memberikan motivasi, doa dan dukungan kepada penulis.
10. Teman-teman terbaikku yang selalu memberikan waktu, penuh kasih, perhatian dan dorongan yang tak ternilai kepada penulis.
11. Semua rekan-rekan mahasiswa S2 ARS 2007 yang telah memberikan support dan motivasi kepada penulis.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan dan melimpahkan rahmat serta hidayahNya kepada semua pihak yang membantu hingga terselesainya tesis ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mohon kritik dan saran yang bersifat membangun untuk perbaikan dimasa yang akan datang.

Semarang, Mei 2009

P e n u l i s

ABSTRAK

Ariyani

**ANALISIS PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT YANG  
MEMPENGARUHI SIKAP Mendukung PENERAPAN PROGRAM  
PATIENT SAFETY DI INSTALASI PERAWATAN INTENSIF RSUD DR  
MOEWARDI SURAKARTA TAHUN 2008**

Halaman : 94, Tabel : 16, Gambar : 4, Lampiran : 7

*Patient safety* adalah bebas dari cedera aksidental atau menghindarkan cedera pada pasien akibat perawatan medis dan kesalahan pengobatan. Sikap perawat mendukung penerapan program *patient safety* sangat diperlukan untuk menjamin keselamatan pasien yang dirawat. Kurangnya sikap mendukung penerapan program merupakan masalah penting yang harus ditangani pihak manajemen RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengetahuan dan motivasi perawat yang mempengaruhi sikap mendukung penerapan program *patient safety*.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional, dengan pendekatan rancangan penelitian *cross sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh perawat pelaksana di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Analisis statistik yang digunakan analisis bivariat dengan uji *chi square* dan analisis multivariat dengan uji regresi logistik metode enter.

Hasil analisis diskriptif, sikap mendukung tinggi (76,3%), pengetahuan perawat baik (76,3%), motivasi perawat baik (71,1%). Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan motivasi terhadap sikap mendukung penerapan program *patient safety* ( $p < 0,05$ ). Hasil analisis multivariat menunjukkan adanya pengaruh bersama-sama antara pengetahuan ( $p = 0,006$ , Exp B = 2,322), motivasi ( $p = 0,020$ , Exp B = 2,093) terhadap sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Saran dalam penelitian ini adalah menekankan pentingnya komunikasi antar shift tentang kondisi pasien, lebih menertibkan pendokumentasian asuhan keperawatan untuk menjamin informasi yang akurat, menyadarkan pentingnya cuci tangan untuk mencegah infeksi nosokomial. Dan untuk meningkatkan motivasi perlu ada pembeda penghargaan dari manajemen kepada perawat yang menerapkan program *patient safety* misalnya : penerimaan jasa pelayanan, peluang promosi jabatan dan kesempatan belajar kejenjang yang lebih tinggi.

Kata kunci : Pengetahuan, Motivasi, Sikap Perawat, *Patient safety*  
Kepustakaan : 41 (1983 – 2007)



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar belakang

Tenaga kesehatan secara umum merupakan satu kesatuan tenaga yang terdiri dari tenaga medis, tenaga perawatan, tenaga paramedis non perawatan dan tenaga non medis. Dari semua katagori tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit, tenaga perawatan merupakan tenaga terbanyak dan mereka mempunyai waktu kontak dengan pasien lebih lama dibandingkan tenaga kesehatan yang lain, sehingga mereka mempunyai peranan penting dalam menentukan baik buruknya mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit <sup>1</sup>.

Namun demikian, harus diakui bahwa peran perawat dalam memberikan pelayanan yang bermutu masih membutuhkan perhatian dari pihak manajemen. Salah satu indikator tentang pelayanan kesehatan ini dilihat dari angka kematian pasien baik yang meninggal kurang dari 48 jam maupun lebih dari 48 jam. Dibawah ini angka kematian pasien di RSUD Dr.Moewardi Surakarta.

Tabel 1.1 Data pasien meninggal RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Bulan	Meninggal < 48 jam		Meninggal > 48 jam		Jumlah pasien keluar
	Jumlah	( ‰ )	Jumlah	( ‰ )	
Jan – Mar 2007	273	40	310	46	6728
Apr – Jun 2007	295	43	312	45	6825
Jul – Sept 2007	211	35	284	47	5975
Okt – Des 2007	233	39	261	45	5853
Jan – Mar 2008	251	36	318	46	6791
Apr – Jun 2008	281	41	309	45	6813

Sumber : SHRI. RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Angka kematian pasien di RSUD Dr. Moewardi Surakarta berkisar 45%. Padahal oleh depkes angka kematian > 48 jam yang masih bisa ditolerir kurang dari 25%. Artinya setiap 1000 pasien yang keluar pasien yang meninggal kurang dari 25 orang. Memang penyebab kematian pasien bukan mutlak oleh rendahnya mutu pelayanan yang diberikan oleh profesi keperawatan, akan tetapi peran perawat dalam menangani pasien terutama saat emergensi tidak bisa diabaikan.

Instalasi Perawatan Intensif adalah ruang perawatan terpisah yang berada dalam rumah sakit. Dikelola khusus untuk perawatan pasien dengan kegawatan yang mengancam nyawa akibat penyakit, pembedahan atau trauma dengan harapan dapat disembuhkan (*reversible*) dan menjalani kehidupan sosial melalui terapi intensif yang menunjang (suport fungsi vital tubuh) pasien tersebut selama masa kegawatan. Terapi suportif dengan obat dan alat meliputi fungsi pernafasan, sirkulasi, sistem syaraf pusat, sistem pencernaan, ginjal, dll. Yang bertujuan agar ancaman kematian dapat dikurangi dan harapan sembuh kembali normal dapat ditingkatkan<sup>2</sup>.

Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta dikepalai oleh seorang dokter spesialis anastesi dan dilayani oleh dokter dari berbagai disiplin ilmu dengan jumlah perawat pelaksana 76 orang dengan klasifikasi pendidikan S1 sebanyak 8 orang, D III sebanyak 57 orang dan SPK 11 orang, dibagi dalam 3 shift, ditambah 4 kepala ruang dan 1 koordinator perawatan. Untuk mengelola 4 ruang rawat intensif dengan kapasitas 32 tempat tidur, dengan rincian ICU 10 TT, ICCU 8 TT, IMC 8 TT, dan PICU/NICU 6 TT, sistem asuhan keperawatan menggunakan metode penugasan kasus, disini setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien saat dinas. Pasien akan dirawat

oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang sama pada hari berikutnya. Metode ini menggunakan ratio pasien : perawat, satu banding satu. Dan kalau melihat jumlah pasien yang dirawat di Instalasi Perawatan Intensif maka jumlah total perawat belum mencukupi untuk ratio pasien : perawat 1(satu) banding 1(satu). Fasilitas lainnya adalah tersedianya sarana penunjang diagnosa X Ray portabel dan apotek satelit, sehingga pasien dapat langsung dilayani disatu tempat Instalasi Perawatan Intensif. Jumlah pasien rawat intensif pada tahun 2007 sebanyak 1755 orang, sehingga rata-rata pasien rawat intensif tiap bulan 146 orang, dengan kapasitas tempat tidur 32 TT. Pada tabel 1.2 akan disajikan data pasien di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun 2007.

Tabel 1.2 Data pasien di IPI RSUD Dr. Moewardi Surakarta Tahun 2007

Bulan	Jumlah pasien dirawat	Jumlah pasien keluar	Jumlah pasien meninggal < 48 jam		Jumlah pasien meninggal > 48 jam	
			f	%o	f	%o
Januari	178	163	5	30	5	30
Februari	137	136	4	31,7	4	31,7
Maret	156	147	4	27	5	34
April	121	114	3	26,3	5	43,8
Mei	121	117	4	34,1	4	34,1
Juni	151	139	4	28,7	4	28,7
Juli	162	148	4	27	6	40,5
Agustus	147	132	4	30	5	37,8
September	139	125	5	40	4	32
Oktober	127	116	4	34,5	4	34,5
Nopember	155	138	6	43,5	5	36,2
Desember	163	149	6	40,2	5	33,5
Rata-rata	146	138	4,4	32,75	4,7	34,73

Sumber : file akreditasi IPI RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Berdasarkan tabel 1.2 diatas tampak bahwa rata-rata angka kematian pasien lebih dari 25%o. Angka ini lebih tinggi dari angka yang ditolerir oleh depkes. Tingginya angka kematian pasien dikarenakan pasien yang dirawat di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr.Moewardi

Surakarta sebagian besar merupakan pasien rujukan dari rumah sakit di wilayah Surakarta yang kegawatannya sudah mengancam nyawa. Namun demikian tingginya angka kematian pasien di Instalasi Perawatan Intensif perlu mendapat perhatian dalam kaitannya pelayanan asuhan keperawatan yang merujuk pada konsep *patient safety*.

Asuhan keperawatan di Instalasi Perawatan Intensif mempunyai tujuan antara lain mencegah terjadinya kondisi memburuk dan komplikasi melalui observasi dan monitoring yang ketat disertai kemampuan untuk menginterpretasikan setiap data yang didapat dan melakukan tindakan lanjut<sup>3</sup>.

Indikasi pasien yang dirawat di Instalasi Perawatan Intensif adalah : pasien yang memerlukan pengawasan ketat dan pengobatan dengan *titrasi*, pasien yang memerlukan pemantauan *cardiovasculer* dalam jangka waktu yang tidak terbatas, pasien dengan ancaman gagal nafas yang perlu tindakan intubasi endotracheal segera dan pemasangan ventilasi mekanik. Instalasi Perawatan Intensif dalam melayani pasien melibatkan banyak SDM ( medis, keperawatan, non keperawatan, teknisi, analis, dan tenaga administrasi ) juga menggunakan banyak peralatan dan obat-obatan. Hal ini dapat memicu tingginya kemungkinan terjadi error dalam pelaksanaannya.

Dari hasil survey awal yang dilakukan oleh peneliti di Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial (Pandalin) RSUD Dr. Moewardi Surakarta ditemukan tingginya angka Infeksi Nosokomial pada tahun 2007 data tersebut dapat dilihat dalam tabel 1.3

Tabel 1.3 Data Infeksi Nosokomial Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr.Moerwardi Surakarta tahun 2007

Bulan	Kejadian Infeksi Nosokomial				Jumlah Infeksi Nosokomial	Jumlah pasien dirawat
	Plebitis	Dikubitus	ISK	ILO		
Januari	3	1	-	-	4	178
Februari	6	-	-	1	7	137
Maret	1	-	2	-	3	156
April	2	1	1	-	4	121
Mei	4	1	1	-	6	121
Juni	-	-	-	-	-	151
Juli	7	1	2	1	11	162
Agustus	5	-	-	-	5	147
September	3	-	1	-	4	139
Oktober	2	-	1	-	3	127
Nopember	2	-	-	-	2	155
Desember	4	1	2	1	8	163

Sumber : Pandalin RSDM, 2007

Tabel 1.3 menunjukkan jumlah kejadian infeksi nosokomial di Instalasi Perawatan Intensif cukup tinggi, terutama kejadian plebitis. Hal ini menggambarkan bahwa sikap perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien secara aman yang merujuk pada konsep *patient safety* belum optimal.

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 keselamatan pasien (*patient safety*) di Instalasi Perawatan Intensif.

Program *patient safety* adalah untuk menjamin keselamatan pasien di rumah sakit melalui pencegahan terjadinya kesalahan dalam memberikan pelayanan kesehatan antara lain : infeksi nosokomial, pasien jatuh, pasien *dicubitus*, *plebitis* pada pemasangan infus, tindakan bunuh diri yang bisa dicegah, kegagalan profilaksis<sup>4</sup>.

Kejadian salah dalam pemberian obat yang terjadi pada bulan Juni 2008, yang menimpa tiga pasien Obsgyn di ruang mawar I (pasien post operasi tubectomy), mengakibatkan pasien tersebut harus dirawat di ruang perawatan intensif karena pasien mengeluh berdebar-debar dan sangat lemas. Terjadi peningkatan denyut jantung yang sangat cepat ( > 200X permenit ) dan gangguan haemodinamik yang sangat mengancam jiwa. Masalah ini terjadi disebabkan dokter dalam penulisan resep tidak jelas, apoteker yang tidak konfirmasi ulang kepada dokter bila resep tidak jelas terbaca dan perawat tidak meneliti ulang program terapi yang ditulis dokter.

Kasus bunuh diri pada tahun 2008 terjadi dua kali, yaitu pasien gagal ginjal yang putus asa nekat lompat dari lantai III ruang melati dan pasien yang menderita CA Cervix menusuk perutnya sendiri dengan pisau buah didepan anak lelakinya. Kedua pasien tersebut jiwanya tidak bisa diselamatkan lagi. Dalam kasus ini sangat dibutuhkan kepekaan seorang perawat untuk melihat gejala keinginan bunuh diri pada pasien yang menderita penyakit menahun.

Kebijakan strategi program *patient safety* RSUD Dr. Moewardi Surakarta

- 1) Sosialisasi *patient safety* pada seluruh unit pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap.
- 2) Pencatatan dan pelaporan internal insiden kasus.
- 3) Solusi masalah dan analisis akar masalah.
- 4) Standar keselamatan pasien dan *self assesment* instrumen akreditasi.
- 5) Pendidikan, pelatihan dan penelitian.
- 6) *Update patient safety* sesuai depkes dan KPRS pusat.

Secara keseluruhan program *patient safety* RSUD Dr Moewardi Surakarta sudah baik, tapi pelaksanaan terutama laporan kejadian tak diharapkan belum maksimal. Yang masih perlu diperhatikan masalah inti yaitu penerapan program dilapangan yang merujuk pada konsep *patient safety*, karena walaupun sosialisasi, pelatihan sudah dilaksanakan tapi masih ada kasus bunuh diri yang terjadi dirumah sakit, angka kematian pasien dan kejadian infeksi nosokomial masih tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa konsep *patient safety* yang sudah disosialisaikan belum dijalankan secara maksimal.

Keluhan pelanggan yang disampaikan di pos pembaca pada koran Solo Pos, yang terbit tanggal 24 April 2008 menyampaikan kekecewaannya kepada perawat RSUD Dr. Moewardi yang mempermasalahkan penggantian cairan infus yang tidak sesuai. Masalah ini terjadi karena komunikasi yang kurang efektif antar shift.

Survey pendahuluan yang dilakukan peneliti terhadap perawat di Instalasi Perawatan Intensif tentang *patient safety* dapat diketahui bahwa:

1. Pada 10 (sepuluh) perawat yang sudah mengikuti sosialisasi *patient safety* tersebut menyampaikan bahwa setuju sekali kalau program *patient safety* bisa diterapkan di RSUD Dr Moewardi Surakarta dengan baik, sebab hal tersebut akan mempunyai dampak positif baik bagi pasien (pelanggan), tenaga kesehatan yang ada dan rumah sakit .
2. Pada 10 (sepuluh) perawat yang belum mengikuti sosialisasi *patient safety* menyatakan tidak begitu tertarik, takut hal tersebut hanya menambah pekerjaan dan beban perawat. Satu orang di antaranya bahkan belum paham konsep *patient safety* . Mereka kurang tertarik dengan program *patient safety*, tetapi kalau akan

diterapkan, mengikuti saja kebijakan yang ada. Mereka berpendapat walau tanpa *patient safety* tetap akan memberikan pelayanan kepada pasien.

3. Perawat-perawat belum tertarik terhadap penerapan program *patient safety* disebabkan belum ada kejelasan dan kesepahaman tujuan, manfaat dan mekanisme sistem pelaporan Kejadian yang Tidak Diharapkan ( KTD) atau Kejadian Nyaris Cedera (KNC). Sementara data dari Bidang Pendidikan dan Pelatihan tenaga medis yang sudah mengikuti pelatihan 5 orang dan tenaga keperawatan belum ada.
4. Kemudian data tentang sosialisasi *patient safety*, sekretaris tim keselamatan menyebutkan dari 400 lembar undangan, dilaksanakan dalam 3 periode, isi dari sosialisasi tersebut adalah meliputi pengertian, manfaat penerapan program dan cara pelaporan kejadian yang tidak diharapkan. Peserta yang diundang adalah : para pejabat struktural, Ka SMF, Ka Instalasi, Koordinator Keperawatan, Kepala Ruang, Ka Group Shif, dan non shif, perwakilan perawat pelaksana dan perwakilan semua unit yang terkait. Dari peserta yang diundang untuk porsi perawat pelaksana masih kurang (hanya perwakilan).

## **B. Rumusan masalah**

Dalam mengobati pasien, keselamatan atau perlindungan pasien dari efek pemeriksaan dan pengobatan harus diutamakan. Peningkatan mutu pelayanan tidak ada artinya jika keselamatan pasien terancam.

Kegagalan untuk mencegah kejadian yang merugikan pasien, atau timbulnya efek samping proses diagnosis dan pengobatan, telah



mengakibatkan kematian dan penderitaan yang tidak perlu. Kejadian-kejadian yang sebagian besar dapat dihindari meliputi: pasien jatuh, *dicubitus*, *plebitis*, *strangulasi* akibat ikatan-ikatan, tindakan bunuh diri dan kegagalan pengobatan pencegahan (*profilaksis*).

Program *patient safety* RSUD Dr. Moewardi Surakarta belum sempurna, baik dalam pemberian asuhan kepada pasien oleh semua tenaga kesehatan yang ada maupun dalam pelaporan kejadian tak diharapkan belum maksimal. Yang masih perlu diperhatikan masalah inti yaitu penerapan program dilapangan yang merujuk pada konsep *patient safety* belum dilaksanakan. karena walaupun sosialisai, pelatihan (diklat) sudah dilaksanakan tapi angka kejadian infeksi nosokomial masih tinggi, kekeliruan dalam memberikan obat yang melibatkan dokter dalam penulisan resep tidak jelas, apoteker yang tidak konfirmasi ulang kepada dokter bila resep tidak jelas terbaca dan perawat tidak meneliti ulang program terapi yang ditulis dokter. Dan juga adanya kasus bunuh diri yang terjadi dirumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa konsep *patient safety* yang sudah disosialisaikan belum dijalankan secara maksimal.

RSUD Dr.Moewardi Surakarta memiliki areal seluas 40.952m<sup>2</sup>. dengan kapasitas 720 TT, dilayani oleh 2883 orang, dan tenaga keperawatan merupakan tenaga kesehatan terbanyak (625 orang) mereka mempunyai waktu kontak dengan pasien yang lebih lama dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang lain, sehingga mereka mempunyai peranan yang penting dalam mendukung penerapan program *patient safety* di rumah sakit.

Dari data tahun 2007 dapat dilihat angka kejadian infeksi nosokomial yang masih tinggi. Kejadian infeksi nosokomial tertinggi adalah *plebitis*. Hal ini menggambarkan bahwa sikap perawat dalam

melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien secara aman yang merujuk pada konsep *patient safety* belum optimal, juga masih sering ditemukan keterlambatan penggantian cairan infus. Masalah tersebut diduga penyebabnya adalah sikap perawat dalam mendukung penerapan program *patient safety* masih rendah. Dugaan tersebut dihubungkan dengan adanya keluhan pelanggan tentang kinerja perawat RSUD Dr. Moewardi Surakarta dalam melayani pasien belum maksimal, melalui surat pembaca di media massa beberapa waktu yang lalu<sup>6</sup>.

### **C. Pertanyaan penelitian**

Sebagai pertanyaan penelitian adalah : Apakah pengetahuan dan motivasi perawat berpengaruh terhadap sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

### **D. Tujuan penelitian**

#### **1. Tujuan umum**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengetahuan dan motivasi perawat yang mempengaruhi sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta

#### **2. Tujuan khusus**

- a. Mengetahui gambaran secara diskriptif tentang pengetahuan, motivasi dan sikap perawat yang mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

- b. Menganalisis hubungan pengetahuan perawat dengan sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
- c. Menganalisis hubungan motivasi perawat dengan sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
- d. Menganalisis pengaruh secara bersama-sama antara pengetahuan, motivasi dan sikap perawat yang mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

#### **E. Manfaat penelitian**

Manfaat penelitian dapat disampaikan sebagai berikut :

1. Manfaat bagi magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Undip Semarang. Diharapkan penulisan ini dapat memperkaya bahasan dalam bidang manajemen sumber daya manusia bidang kesehatan yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan dan motivasi perawat terhadap sikap mendukung penerapan program *patient safety*.
2. Manfaat bagi RSUD Dr. Moewardi Surakarta  
Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi upaya pengembangan sumber daya manusia, dalam meningkatkan pengetahuan dan motivasi perawat untuk mendukung penerapan program *patient safety*.
3. Manfaat bagi peneliti  
Peneliti dapat menerapkan ilmu atau teori pada waktu kuliah yang digunakan untuk penelitian ini. Disamping itu penelitian ini

menambah wawasan bagi peneliti tentang faktor pengetahuann dan motivasi terhadap sikap mendukung penerapan program *patient safety*.

#### **F. Ruang lingkup penelitian**

Ruang lingkup penelitian dibatasi sebagai berikut:

1. Lingkup waktu

Penelitian dilakukan dalam waktu 1 bulan pada bulan Januari 2009.

2. Lingkup tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

3. Lingkup materi

Materi dalam penelitian ini adalah yang berhubungan dengan konsep *patient safety* dan materi-materi kuliah di Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya dalam Administrasi Rumah Sakit.

## G. Keaslian penelitian

Tabel 1.3 Resume penelitian sejenis yang pernah dilakukan

NO	Peneliti	Judul penelitian	Judul penelitian ini
1.	Dani Iswara, Ahmad Zani, Anis Fuad, Hari Kusnanto. Minat epidemiologi lapangan, konsentrasi Sistem Informasi Manajemen Kesehatan.PPS IKM UGM, Yogyakarta,2006	Prospek pemanfaatan Personal Digital Asisstant (PDA) untuk keselamatan pasien ( <i>Patient Safety</i> ).	Analisis pengetahuan dan motivasi perawat yang mempengaruhi sikap mendukung penerapan program <i>patient safety</i> di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun 2008.
2.	Iwan Dwi Prahasto. Clinical epidemiologi dan biostatics unit MMR. Fakultas Kedokteran UGM.	Manajemen Resiko Klinik sebagai dasar <i>Patient Safety</i> .	Idem
3.	Christantie Efendy. Program Study Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UGM	Intervensi Keperawatan Berbasis pada bukti-bukti ilmiah dalam rangka <i>Patient Safety</i> .	Idem

## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### A. Konsep *patient safety*

##### 1. Pengertian

Adalah bebas dari cedera aksidental atau menghindarkan cedera pada pasien akibat perawatan medis dan kesalahan pengobatan<sup>7</sup>

*Patient Safety* (keselamatan pasien) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman<sup>8</sup>. Hal ini termasuk : assesment resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insident dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang di sebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan<sup>8</sup>.

##### 2. Kebijakan Depkes

Tujuan:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya Kejadian Tak Diharapkan (KTD)
- d. Terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD

Dalam memberikan pelayanan rumah sakit wajib melaksanakan sistem keselamatan pasien melalui upaya- upaya:

- a. Akselerasi program *infeksi control prevention (ICP)*
- b. Penerapan standar keselamatan pasien dan pelaksanaan 7 langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit. Dan di evaluasi melalui akreditasi rumah sakit
- c. Peningkatan keselamatan penggunaan darah (*blood safety*). Dievaluasi melalui akreditasi rumah sakit.
- d. Peningkatan keselamatan pasien di kamar operasi cegah terjadinya *wrong person, wrong site, wrong procedure*(Draft SPM RS:100% tidak terjadi kesalahan orang, tempat, dan prosedur di kamar operasi)
- e. Peningkatan keselamatan pasien dari kesalahan obat.
- f. Pelaksanaan pelaporan insiden di rumah sakit dan ke komite keselamatan rumah sakit.

### **3. Kebijakan direktur RSUD Dr. Moewardi Surakarta**

SK direktur RSUD Dr. Moewardi Surakarta nomor: 188.4/002A/2006 tentang pembentukan tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) mempunyai tujuan :

#### **a. Tujuan**

Tujuan umum :

Memberikan informasi dan acuan seluruh petugas pelayanan keselamatan RSUD Dr.Moewardi Surakarta dalam melaksanakan program keselamatan pasien rumah sakit.

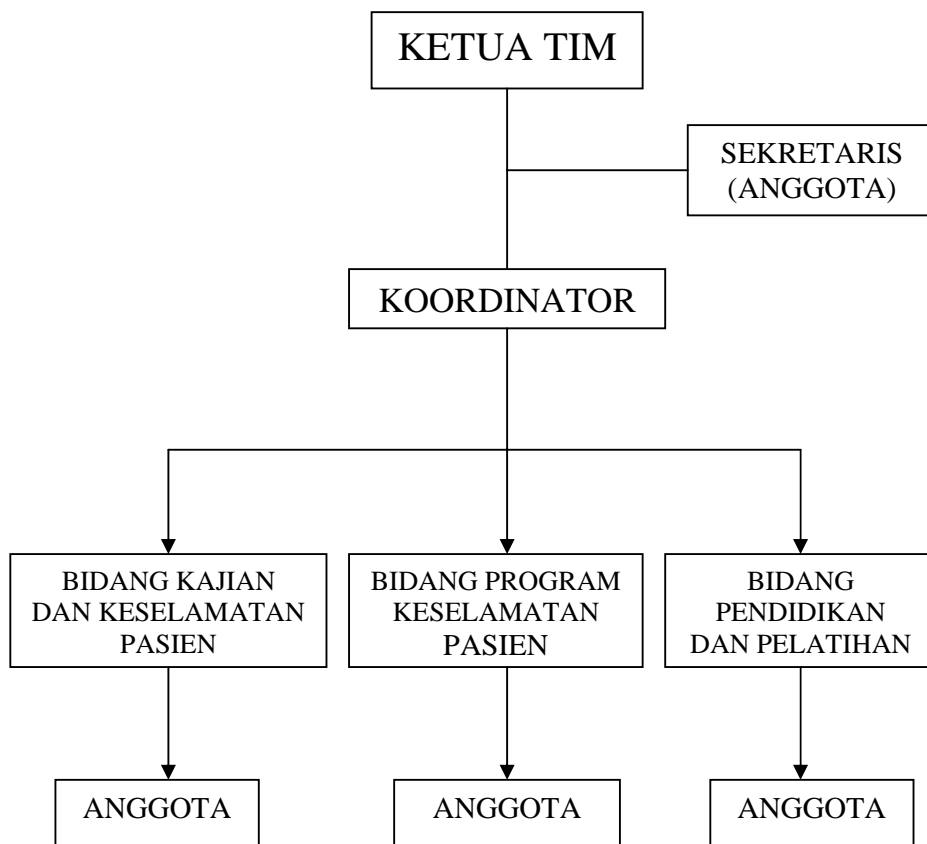
Tujuan khusus :

- 1) Terlaksananya program keselamatan pasien secara sistematis dan terarah mengenai pencegahan infeksi nosokomial, pasien

jatuh, pasien *dicubitus*, *plebitis* pada pemasangan infus, tindakan bunuh diri yang bisa dicegah dan kegagalan *profilaksis*.

- 2) Terlaksananya pencatatan insiden dirumah sakit dan pelaporannya.
- 3) Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit Dr. Moewardi Surakarta.
- 4) Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) dan kejadian nyaris cedera (KNC).

b. Struktur organisasi dan tugas pokok dan fungsi





Uraian tugas tim sebagai berikut :

1). Tugas pokok

- a) Melaksanakan sistem keselamatan pasien melalui :  
penerapan standar keselamatan pasien dan melaksanakan  
7 langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit.
- b) Mengevaluasi pelaksanaan keselamatan pasien rumah  
sakit melalui program akreditasi rumah sakit.

2). Tugas koordinasi

- a) Secara vertikal tim keselamatan pasien rumah sakit  
Dr.Moewardi Surakarta bertanggung jawab kepada direktur.
- b) Secara horisontal tim keselamatan pasien rumah sakit Dr.  
Moewardi Surakarta bekerjasama atau berkoordinasi  
dengan komite medik, komite keperawatan dan panitia  
terkait lainnya.
- c) Bekerjasama dan berkoordinasi dengan bagian / instalasi  
yang ada dirumah sakit dalam membuat standar pelayanan  
keselamatan pasien.

3). Tugas tiap Instalasi atau bagian

- a) Ditiap-tiap instalasi/bagian ditunjuk petugas penggerak  
(*champion*) sekaligus sebagai koordinator untuk melapor  
tentang KTD.
- b) Semua petugas rumah sakit wajib mengetahui, memahami  
tentang kejadian tidak diharapkan demi keselamatan pasien  
rumah sakit.
- c) Semua petugas rumah sakit, harus melaporkan tentang  
KTD yang dijumpai di instalasi / bagian yang bersangkutan  
dengan memakai formulir standar kepada tim keselamatan

pasien rumah sakit ( Tim KP- RSDM ) sesegera mungkin atau kurang dari 24 jam.

d) Semua petugas rumah sakit, wajib melakukan tindakan segera sesuai standar kompetensi setelah ditemukan KTD.

4). Tugas bidang kajian keselamatan pasien.

a) Membuat analisa dengan memakai format RCA (Root Cause Analysis) atau analisa lainnya, kemudian membuat solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko.

b) Mengembangkan solusi berdasarkan hasil analisa kemudian membuat panduan standar yang akan dilanjutkan dengan pelatihan-pelatihan.

c) Melaporkan hasil analisa tersebut kepada direktur untuk program selanjutnya.

d) Melakukan *asesment* akreditasi rumah sakit sesuai dengan panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit.

e) Melakukan evaluasi dan monitoring pelaksanaan kegiatan keselamatan pasien rumah sakit, dalam segala bentuk.

5). Tugas bidang program keselamatan pasien.

a) Mengkoordinir pencatatan, mengidentifikasi kejadian tidak diharapkan (KTD) dan mengontrol resiko yang dapat mencederai pasien.

b) Mencegah terjadinya pasien cedera dan membuat asuhan pasien menjadi aman.

c) Menerima laporan tentang kejadian tidak diharapkan dari pasien, keluarga pasien dan petugas rumah sakit.

d) Melaporkan insiden KTD dan solusi masalah ke komite keselamatan pasien rumah sakit (KKP-RS) PERSI

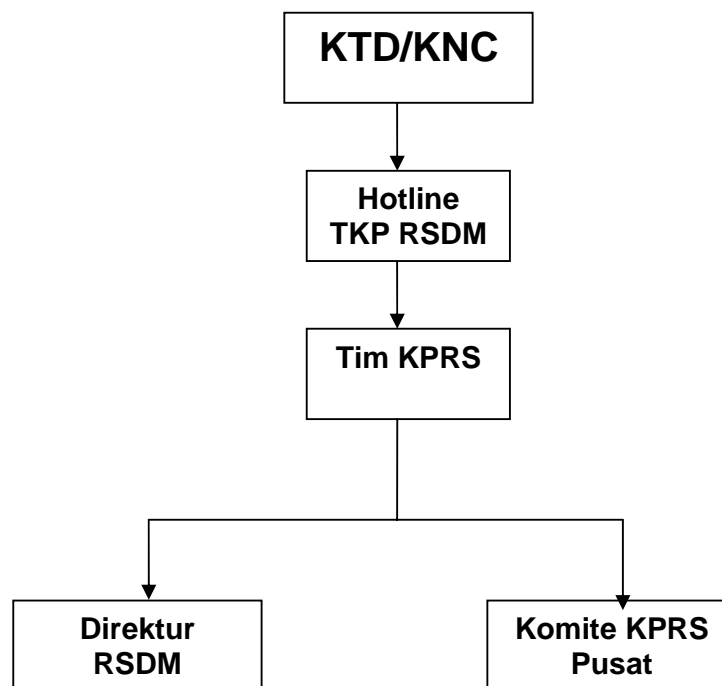
- e) Menyiapkan dan berkoordinasi dengan sub bagian rumah tangga untuk pengadaan logistik yang berkaitan dengan kegiatan keselamatan pasien dengan berkoordinasi bidang terkait.
- 6). Tugas bidang pendidikan dan latihan.
- a) Mengembangkan solusi berdasarkan hasil analisa kemudian membuat panduan standar yang akan dilanjutkan dengan pelatihan-pelatihan.
  - b) Melaksanakan pendidikan pengembangan standar pelayanan medis berdasarkan hasil analisa akar masalah dan sebagai koordinator pelatihan standar-standar yang baru dikembangkan.
- c. Program kegiatan
- 1) Sosialisasi *patient safety* pada seluruh unit pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap.
  - 2) Pencatatan dan pelaporan internal insiden kasus.
  - 3) Solusi masalah dan analisis akar masalah.
  - 4) Standar keselamatan pasien dan *self assesment* instrumen akreditasi.
  - 5) Pendidikan, pelatihan dan penelitian.
  - 6) *Update patient safety* sesuai depkes dan KPRS pusat.
- d. Langkah-langkah kegiatan
- 1) Rumah sakit membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS).
  - 2) Rumah sakit mengembangkan pelaporan insiden kejadian tak diharapkan (KTD) dan kejadian nyaris cedera (KNC) serta menjamin kerahasiaannya.

- 3) Rumah sakit melakukan pelaporan insiden dan solusi masalah ke KKPRS pusat secara rahasia.
- 4) Rumah sakit memenuhi standar keselamatan pasien rumah sakit dan melakukan *self assesment* instrumen akreditasi pelayanan keselamatan pasien rumah sakit.
- 5) Rumah sakit mengadakan pendidikan tentang keselamatan pasien secara terbuka.

e. Sasaran

Seluruh karyawan RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

f. Skema alur pelaporan KTD/KNC di RSUD Dr. Moewardi Surakarta



g. Hambatan / kendala penerapan KPRS Dr. Moewardi :

- 1) Belum semua pegawai rumah sakit mengetahui tentang keselamatan pasien.

- 2) Belum ada alokasi anggaran kegiatan baik tempat maupun sekretariat.
- 3) Kepengurusan tim keselamatan pasien rumah sakit masih merangkap pekerjaan lain sehingga dalam kegiatannya merupakan tugas tambahan.
- 4) Kalau ada kejadian yang tidak diharapkan (KTD) diluar jam dinas masih kesulitan mengkoordinasi.

Pelaksanaan program *patient safety* RSUD Dr. Moewardi Surakarta belum sempurna, baik dalam pemberian asuhan kepada pasien maupun dalam pelaporan kejadian tak diharapkan belum maksimal. Yang masih perlu diperhatikan masalah inti yaitu penerapan program dilapangan yang merujuk pada konsep *patient safety*, karena walaupun sosialisai, pelatihan sudah dilaksanakan tapi angka kejadian infeksi nosokomial masih tinggi, kekeliruan dalam memberikan obat yang melibatkan dokter dalam penulisan resep tidak jelas, apoteker yang tidak konfirmasi ulang kepada dokter tentang resep yang tidak jelas dan perawat tidak meneliti ulang program terapi yang ditulis dokter. Dan juga adanya kasus bunuh diri yang terjadi dirumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa konsep *patient safety* yang sudah disosialisasikan belum dijalankan secara maksimal.

#### **4. Manfaat penerapan**

- a. Kecenderungan "*Green Product*" produk yang aman di bidang industri lain. Antara lain : menjadi persyaratan dalam berbagai proses transaksi, sehingga menjadi makin laku/ laris, makin dicari masyarakat.

- b. Rumah Sakit yang menerapkan *Patient Safety* akan lebih dicari oleh Perusahaan-perusahaan dan Asuransi-asuransi akan mengutamakan memakai Rumah Sakit-Rumah Sakit tersebut sebagai provider kesehatan karyawan/klien mereka, dan kemudian di ikuti oleh masyarakat untuk mencari Rumah Sakit yang aman.
- c. Kegiatan Rumah Sakit di kawasan *Blaming* akan menurun karena fokus di kawasan *patient safety*.

## 5. Langkah-langkah penerapan

- a. Membangun budaya kerja yang mementingkan keselamatan dan keamanan pasien : kewaspadaan secara terus-menerus; penyelidikan yang seimbang dan terutama mempertanyakan mengapa, bukan siapa; keterbukaan dengan pasien untuk menciptakan suasana kerjasama 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 (*clinical champions*), evaluasi dan umpan balik, *coaching* dan *mentoring* terhadap staf secara berkesinambungan untuk memberdayakan petugas rumah sakit; dukungan terhadap upaya *patient safety* juga mencakup alokasi sumberdaya orang, informasi, bahan dan peralatan.
- c. Manajemen risiko secara terpadu : makna manajemen risiko tidak hanya terbatas pada litigasi oleh pasien maupun karyawan, tetapi lebih mendasar lagi, khususnya keselamatan pasien, karyawan

dan pengunjung rumah sakit; pemantauan, investigasi, analisis, manajemen dan pelatihan mengendalikan risiko merupakan suatu kesatuan. pertimbangan risiko harus menjadi bagian strategi manajemen pelayanan kesehatan.

- d. Menganjurkan 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, harus dikembangkan budaya pelaporan yang tanpa dibayangi ketakutan akan 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, antara 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.

## **6. Langkah kegiatan di rumah sakit**

- a. Pembentukan tim keselamatan pasien dirumah sakit

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

#### **7. Prosedur perawatan bertujuan *Patient Safety***

- a. Memperbaiki akurasi identifikasi pasien.
- b. Memperbaiki efektivitas komunikasi antar perawat
- c. Memperbaiki keamanan penggunaan "*high- alert medication*"
- d. Mengeliminasi permasalahan salah sisi, salah pasien, salah prosedur operasi.
- e.. Memperbaiki keamanan penggunaan "*infusion pump*"
- f. Memperbaiki efektivitas sistem tanda bahaya klinis.

#### **8. Standar *patient safety***

##### Standar I. Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tak Diharapkan(KTD).

Kriteria:

- a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.



- c. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan dan prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

Standar II. Mendidik pasien dan keluarga.

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung pasien dalam asuhan pasien.

Kriteria:

Keselamatan pasien dalam pemberian pelayanan dapat di tingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan patner dalam proses pelayanan. Karena itu di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut di harapkan pasien dan keluarga dapat :

- a. Memberi informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
- b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
- c. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
- d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
- f. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

Standar III. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria:

- a. Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
- b. Terdapat koordinasi pelayanan yang di sesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transaksi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- c. Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
- d. Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

Standar IV.

Rumah sakit harus mendesain 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 keselamatan pasien.

Kriteria:

- a. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perencanaan yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat dan faktor-faktor lain yang berpotensi resiko bagi

pasien sesuai dengan "7 langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit"

- b. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja antara lain yang terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen resiko, *utilisasi*, mutu pelayanan, keuangan.
- c. Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua KTD/KNC, dan secara proaktif melakukan evaluasi suatu proses kasus resiko tinggi.
- d. Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

Standar V.

Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

- a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan "7 langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit"
- b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi KTD/KNC
- c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja Rumah Sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria:

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari KNC/Kejadian Nyaris Cedera (*Near miss*) sampai dengan KTD/Kejadian Tak Diharapkan (*Adverse event*)
- c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- 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.
- f. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah (*RCA*) kejadian pada saat program keselamatan pasien mulai di laksanakan.
- g. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden atau kegiatan proaktif untuk memperkecil resiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian.
- h. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam Rumah Sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- i. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang di butuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan

Keselamatan Pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.

- j. Tersedia sasaran terukur dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria obyektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

#### Standar VI.

Mendidik staf tentang keselamatan pasien.

- a. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
- b. Rumah sakit menyelenggarakan program pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Kriteria:

- a. Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik tentang keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- b. Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- c. Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

Standar VII.

Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

- a. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal
- b. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriteria:

- a. Perlu di sediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal- hal terkait dengan keselamatan pasien.
- b. Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

## **B. Instalasi Perawatan Intensif**

### **1. Pengertian**

Instalasi Perawatan Intensif adalah ruang perawatan terpisah yang berada dalam rumah sakit. Dikelola khusus untuk perawatan pasien dengan kegawatan yang mengancam nyawa akibat penyakit, pembedahan atau trauma dengan harapan dapat disembuhkan (reversibel) dan menjalani kehidupan sosial melalui terapi intensif yang menunjang (suport fungsi vital tubuh) pasien tersebut selama masa kegawatan. Terapi suportif dengan obat dan alat meliputi fungsi pernapasan, sirkulasi, sistem syaraf pusat, sistem pencernaan, ginjal, dll. Yang bertujuan agar ancaman kematian dapat dikurangi dan harapan sembuh kembali normal dapat ditingkatkan<sup>2</sup>.

Pengelolaan Instalasi Perawatan Intensif guna memberikan pelayanan kesehatan dalam menunjang program rumah sakit

difasilitasi beberapa hal antara lain : alat dan obat – obat emergensi, tempat tidur khusus. yaitu tempat tidur pasien yang dapat diatur ketinggian atau posisi kepala, kaki, dan kemiringan secara mekanis atau elektrik. Diatas tempat tidur dilengkapi beberapa peralatan yang dipasang didinding yaitu : *suction, examination lamp, sphygmanometer*, kotak kontak, *out let gas* dan *bed side monitor*.

## **2. Tujuan perawatan di Instalasi Perawatan Intensif**

Sebagai tempat untuk mengelola pasien sakit berat dan kritis yang mengancam jiwa dengan melibatkan tenaga terlatih serta didukung dengan kelengkapan peralatan khusus. Instalasi Perawatan Intensif mempunyai tujuan yaitu :

- a. Menyelamatkan kehidupan
- b. Mencegah terjadinya kondisi memburuk dan komplikasi melalui observasi dan monitoring yang ketat disertai kemampuan untuk menginterpretasikan setiap data yang didapat dan meleksanakan tindak lanjut.
- c. Meningkatkan kualitas hidup pasien dan mempertahankan kehidupan.
- d. Mengoptimalkan kemampuan fungsi organ pasien.
- e. Mengurangi angka kematian pasien kritis dan mempercepat penyembuhan pasien.

Perawat di Instalasi Perawatan Intensif dituntut dapat memberikan pelayanan kegawatan pasien dengan status kesehatan yang cepat sekali berubah, hal ini menuntut perawat mampu memutuskan untuk melakukan tindakan cepat dan tepat dalam mengatasi kegawatan dengan pemakaian alat-alat dan obat *emergency*. Mutu pelayanan rumah sakit tidak lepas dari kualitas

pelayanan keperawatan. Perawat sebagai tenaga profesi dituntut untuk secara terus menerus mengembangkan kemampuan dirinya baik secara ilmu maupun ketrampilan<sup>21</sup>.

### 3. Indikasi pasien masuk dan keluar perawatan intensif

Indikasi pasien yang dirawat diruang intensif dibagi dalam beberapa prioritas yaitu :

#### a. Pasien prioritas 1 (satu)

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, *haemodinamik* tidak stabil yang memerlukan terapi intensif seperti dukungan/bantuan ventilasi, infus, obat-obatan vasoaktif kontinyu, dll.

Contoh pasien kelompok ini antara lain : pasien pasca bedah *cardiotoraksik*, atau pasien *shock septik*.

#### b. Pasien prioritas 2 (dua)

Kelompok ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih. Jenis ini beresiko sehingga memerlukan terapi intensif segera, karena pemantauan intensif menggunakan metode seperti *pulmonary chateter* sangat menolong.

Contoh kelompok pasien adalah : pasien yang menderita penyakit dasar jantung paru, atau ginjal akut dan berat atau yang telah mengalami pembedahan mayor, pasien kelompok 2 umumnya tidak terbatas macam terapi yang diterimanya, mengingat kondisi mediknya senantiasa berubah.

#### c. Pasien prioritas 3 (tiga)

Pasien jenis ini sakit kritis, dan tidak stabil dimana status kesehatannya baik penyakit yang mendasari maupun penyakit akutnya sangat mengurangi kemungkinan kesembuhan dan atau mendapat manfaat dari terapi yang diberikan.



Contoh pasien ini antara lain : pasien dengan keganasan metastasik disertai penyulit infeksi, *pericardial tamponade* atau sumbatan jalan nafas, atau pasien menderita penyakit jantung atau paru terminal disertai komplikasi akut berat. Pasien-pasien prioritas 3 (tiga) mungkin mendapat terapi intensif untuk mengatasi penyakit akut, tapi usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi cardiopulmonal.

Indikasi pasien keluar dari ruang intensif juga dibagi dalam beberapa kriteria :

a. Pasien prioritas 1 (satu)

Pasien prioritas 1 (satu) dikeluarkan dari ICU bila kebutuhan untuk terapi intensif sudah tidak ada lagi atau bila terapi telah gagal dan prognosis jangka pendek jelek dengan kemungkinan kesembuhan atau manfaat dari terapi intensif kontinyu kecil. Contoh hal terakhir adalah pasien dengan tiga atau lebih gagal sistem organ yang tidak berespon terhadap pengelolaan agresif.

b. Pasien prioritas 2 (dua)

Pasien prioritas 2 (dua) dikeluarkan bila kemungkinan untuk mendadak memerlukan terapi intensif telah berkurang.

c. Pasien prioritas 3 (tiga)

Pasien prioritas 3 (tiga) dikeluarkan bila kebutuhan untuk terapi intensif sudah tidak ada lagi, tetapi mereka mungkin dikeluarkan lebih dini bila kemungkinan kesembuhannya atau manfaat dari terapi intensif kontinyu kecil. Contohnya adalah pasien dengan penyakit lanjut (penyakit paru kronis, penyakit jantung atau liver terminal, karsinoma yang telah menyebar luas, dan lain-lain yang telah tidak berespon terhadap terapi intensif untuk penyakit

akutnya, yang prognosis jangka pendek secara statistik rendah, dan yang tidak ada terapi yang potensial untuk memperbaiki prognosisnya.

#### **4. Persyaratan ruang perawatan intensif**

Sebagai tempat untuk memberikan pelayanan secara intensif harus didukung dengan peralatan yang memiliki persyaratan sebagai berikut : kinerja akurat dan terkendali, keselamatan kerja terjamin, aksesoris lengkap dan baik, dan laik pakai. Untuk dapat memenuhi persyaratan tersebut peralatan harus dikelola dengan baik secara berkesinambungan dan ditunjuk petugas yang bertanggung jawab penuh untuk mengelola peralatan.

Selain peralatan, ruang perawatan di instalasi perawatan intensif juga harus memenuhi persyaratan yang ditentukan yaitu :

- a. Ruang terbuka 12-16M<sup>2</sup>/ per unit.
- b. Jarak antara dua tempat tidur 2 meter.
- c. Tempat tidur medis mudah dirubah posisinya.
- d. Peralatan medis mudah dicapai.
- e. Cukup tersedia obat-obatan.
- f. Ruang perawat ditempatkan sedemikian rupa sehingga memudahkan perawat mengawasi dan menolong pasien.
- g. Ruang ber-AC
- h. Berdekatan dengan ruang operasi, ruang pulih sadar.
- i. Cukup ruangan untuk peralatan dan sterilisasi.
- j. Ada cadangan sumber tenaga listrik darurat.
- k. Ada sistem alarm.
- l. Ada ruangan konsultasi keluarga pasien.

## 5. SDM di Instalasi Perawatan Intensif

Ketenagaan yang ada di Instalasi Perawatan Intensif terdiri dari : Tim dokter spesialis dari berbagai disiplin ilmu, tenaga keperawatan dan tenaga lain (pekerja kesehatan, tata usaha, tenaga medis non perawatan, teknisi, analis).

### a. Perawat di Instalasi Perawatan Intensif.

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<sup>18</sup>.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, masyarakat, baik sakit maupun sehat , yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia<sup>19</sup>.

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<sup>20</sup>.

b. Kualifikasi tenaga keperawatan di Instalasi Perawatan Intensif

Semua tenaga perawatan yang ditugaskan bekerja dipelayanan intensif harus memenuhi persyaratan. Antara lain mampu :

- 1) Mengenal dan mencatat tanda dan gejala penyakit/kegawatan yang mengancam nyawa.
- 2) Melakukan perawatan gawat darurat pendahuluan termasuk RJP dasar.
- 3) Memasang infus intra vena.
- 4) Melakukan pelayanan perawatan intensif sesuai kebutuhan pasien.
- 5) Mencegah kontaminasi dan infeksi silang.
- 6) Pelatihan pencegahan kecelakaan akibat pemakaian alat-alat listrik/kecelakaan kerja yang lain.
- 7) Menggunakan peralatan secara benar, efektif dan aman.
- 8) Bersikap tanggap dan perhatian terhadap keluhan dan kabutuhan pasien serta keluarga termasuk segi psikologi dan sosial.

Selain itu perawat di Instalasi Perawatan Intensif juga harus melaksanakan uraian tugas lain sebagaimana perawat pada umumnya. Yaitu :

- 1) Memelihara kebersihan ruangan dan lingkungan.
- 2) Menerima pasien baru sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku.
- 3) Memelihara peralatan keperawatan dan alat-alat medis.
- 4) Melakukan observasi pasien (mengukur tanda-tanda vital) dan alat yang digunakan.

- 5) Melakukan pengkajian keperawatan dan menentukan diagnosa keperawatan sesuai batas kewenangan dan kemampuan.
- 6) Melakukan tindakan keperawatan pada pasien sesuai kebutuhan dan batas kemampuannya
- 7) Melaksanakan tindakan pengobatan sesuai program.
- 8) Memberi penyuluhan kesehatan pada pasien dan keluarga.
- 9) Membantu pasien untuk latihan gerak (mobilisasi).
- 10) Melaksanakan tugas pagi, sore, malam dan hari libur secara bergilir sesuai daftar dinas.
- 11) Melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan.
- 12) Memindahkan pasien ke ruangan bila pasien sudah stabil.
- 13) Mendokumentasikan identitas klien, tindakan keperawatan, tindakan pemeliharaan medis.
- 14) Melaksanakan serah terima tugas saat pergantian dinas secara tertulis maupun lisan.
- 15) Mengikuti pertemuan berkala yang diadakan oleh kepala ruang.

### **C.Faktor- faktor internal perawat**

#### **1. Pengetahuan**

Difinisi pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimiliki yaitu: mata, hidung, telinga dan sebagainya<sup>13</sup>. Kemampuan pengetahuan (knowledge) merupakan hasil dari tahu melalui penginderaan terhadap suatu obyek tertentu dan sangat penting terhadap terbentuknya tindakan seseorang.

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 berhubungan 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)<sup>15</sup>.

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. Pengetahuan Tasit.

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 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 pelatihan<sup>8</sup>. 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. Motivasi

Motivasi berasal dari perkataan motif (*motive*) yang artinya adalah rangsangan dorongan dan ataupun pembangkit tenaga yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut memperlihatkan perilaku tertentu. Sedangkan yang dimaksud dengan motivasi ialah upaya untuk menimbulkan rangsangan, dorongan ataupun kelompok masyarakat tersebut mau berbuat dan bekerjasama secara optimal melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan<sup>16</sup>.

Motivasi mempunyai arti mendasar sebagai inisiatif penggerak perilaku seseorang secara optimal, hal ini di sebabkan karena motivasi merupakan kondisi internal, kejiwaan dan mental manusia seperti aneka keinginan, harapan kebutuhan, dorongan dan kesukaan yang mendorong individu untuk berperilaku kerja guna mencapai tujuan yang dikehendakinya atau mendapatkan kepuasan atas perbuatannya.

Motivasi juga merupakan konsep yang di pakai untuk menguraikan keadaan ekstrinsik yang ditampilkan dalam perilaku. Respon instrinsik disebut juga sebagai motif (pendorong) yang mengarahkan perilaku ke rumusan kebutuhan atau pencapaian tujuan. Stimulus ekstrinsik dapat berupa hadiah atau insentif, mendorong individu melakukan atau mencapai sesuatu. Jadi motivasi adalah



interaksi instrinsik dan ekstrinsik yang dapat dilihat berupa perilaku atau penampilan<sup>17</sup>.

Dalam perilaku organisasi motivasi merupakan kemauan yang kuat untuk berusaha ke tingkat yang lebih tinggi atau lebih baik untuk mencapai tujuan organisasi, tanpa mengabaikan kemampuan untuk memperoleh kepuasan dalam pemenuhan kebutuhan pribadi.

Mc Clelland antara lain mengemukakan bahwa yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu atau bekerja adalah berfokus pada tiga kebutuhan dasar yaitu: a)kebutuhan akan prestasi (achievement) dorongan untuk mengungguli atau berprestasi, b)kebutuhan akan afiliasi atau ikatan hasrat untuk berhubungan antar pribadi yang ramah dan karib, c) kebutuhan akan kekuasaan (power) kebutuhan yang mendorong seseorang untuk menguasai atau mendominasi orang lain<sup>12</sup>.

Selanjutnya motivasi akan dikaitkan dengan tindakan, sebab motif yang besar tidak efektif tanpa ada tindakan yang merupakan *follow-up* dari motif tersebut. Oleh karena itu, perlu dipahami terlebih dahulu apa sebenarnya tindakan itu. Tindakan apapun merupakan satu jenis perbuatan manusia. Akan tetapi, perbuatan tersebut mengandung maksud tertentu yang memang dikehendaki oleh orang yang melakukan kegiatan. Ada dua macam perbuatan yaitu<sup>17</sup>:

1. Pemikiran (*thinking*), yaitu perbuatan rohani yang menghendaki bekerjanya daya pikir(otak) manusia.
2. Tindakan (*action*), yakni perbuatan jasmani yang amat membutuhkan gerak otot tubuh manusia. Perbuatan ini mengandung maksud tertentu yang memang dikehendaki oleh yang bersangkutan.

Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat di simpulkan bahwa motivasi merupakan suatu yang dapat menimbulkan semangat atau dorongan bekerja individu atau kelompok untuk mencapai tujuan dalam memuaskan kebutuhan- kebutuhan.

a. Teori Motivasi

1). Teori Abraham Maslow

Motivasi manusia timbul karena adanya kebutuhan- kebutuhan, yaitu:a) fisiologis, antara lain rasa lapar, haus, dan kebutuhan jasmani lainnya, b) keamanan, antara lain keselamatan dan perlindungan terhadap kerugian fisik dan emosional, c) sosial, meliputi di terima baik, rasa memiliki, kasih sayang, d) penghargaan, meliputi faktor penghormatan dari luar seperti status, pengakuan dan perhatian,e) aktualisasi diri, dorongan untuk menjadi seseorang sesuai ambisinya yang meliputi pencapaian potensi dan pemenuhan kebutuhan diri<sup>9,17</sup>.

2). Teori Herzberg

Menurut Herzberg, tinggi rendahnya motivasi dan tingkat kepuasan kerja seseorang ditentukan oleh faktor atau kondisi tertentu. Faktor-faktor tersebut adalah: a)Motivator, yaitu faktor-faktor yang mendorong seseorang kepada sikap positif dan lebih bermotivasi, sehingga menambah kepuasan kerja, misalnya: prestasi, kemajuan, keberhasilan dalam mencapai tujuan, peningkatan atas prestasi seseorang (penghargaan), peningkatan yang dapat diraih oleh sifat pekerjaannya, sifat pekerjaan yang menarik dan menantang, tanggung jawab atas sesuatu pekerjaan, kesempatan untuk mengembangkan diri, b) faktor hegiene adalah faktor pencegahan kemerosotan

semangat kerja dan dapat menghindarkan kekacauan yang menekan produktivitas, meliputi: kebijaksanaan dan administrasi, pengawasan dan mutu pengawasan (supervisi), hubungan pribadi sesama pegawai, atasan dan bawahan, kondisi lingkungan kerja dan keamanan kerja, gaji dan insentif, status<sup>17,30</sup>.

### 3). Teori Mc. Clelland

Menurut David Mc Clelland teori motivasi dibagi menjadi tiga macam yaitu: a) motif berprestasi, yaitu dorongan untuk mencapai sukses dalam berkompetensi dengan standar sendiri selalu berusaha meningkatkan kemampuan dalam mewujudkan cita-citanya, b) afiliasi, yaitu dorongan untuk diterima orang lain dan bersatu, pegawai yang bermotif afiliasinya diterima, diakui dan dihargai orang lain, c) motif berkuasa, yaitu dorongan yang timbul dalam diri seseorang untuk menguasai atau mempengaruhi orang lain<sup>.13</sup>.

### 4). Teori Morgan

Dalam bukunya *Introduction to Psycology*, menjelaskan beberapa teori motivasi sebagai berikut: a) teori insentif, seseorang berperilaku tertentu untuk mendapatkan sesuatu, sesuatu ini disebut sebagai insentif dan adanya diluar diri orang tersebut. Insentif biasanya hal-hal yang menarik dan menyenangkan, dan bisa juga sesuatu yang tidak menyenangkan, maka orang berperilaku tertentu untuk menghindar mendapatkan insentif yang tidak menyenangkan ini. dapat juga terjadi sekaligus, orang berperilaku tertentu untuk mendapatkan insentif menyenangkan dan menghindari insentif

yang tidak menyenangkan.b) pandangan hedonistik, seseorang didorong untuk berperilaku tertentu yang akan memberinya perasaan senang dan menghindari perasaan tidak menyenangkan<sup>18</sup>.

b. Perangsang Motivasi<sup>16</sup>.

Agar seseorang mau dan bersedia melakukan seperti yang diharapkan, kadang kala perlu di sediakan perangsang (*insentive*).

Perangsang dibedakan atas dua macam yaitu:

1). Perangsang positif

Perangsang positif (*positive insentive*) adalah imbalan yang menyenangkan yang disediakan untuk karyawan yang berprestasi. Rangsangan positif ini banyak macamnya, antara lain hadiah, pengakuan promosi, dan ataupun melibatkan karyawan tersebut pada kegiatan yang bernilai gengsi yang lebih tinggi.

2). Perangsang negatif.

Perangsang negatif (*negative incentive*) ialah imbalan yang tidak menyenangkan berupa berupa hukuman bagi karyawan yang tidak berprestasi dan ataupun yang berbuat tidak seperti yang di harapkan.

Macam perangsang yang negatif banyak pula jenisnya, antara lain denda, teguran, pemindahan tempat kerja (mutasi) dan ataupun pemberhentian.

### 3. Sikap

#### a. Pengertian

Sikap adalah pernyataan evaluatif. Baik yang menguntungkan atau tidak menguntungkan mengenai obyek, orang atau peristiwa. Sikap mencerminkan bagaimana seseorang merasakan sesuatu<sup>10</sup>. sumber sikap bisa diperoleh dari orang tua, guru atau rekan kerja. Model sikap dapat meniru sikap orang yang kita kagumi, hormati atau mungkin sikap orang yang kita takuti.

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<sup>31</sup>. Dalam buku yang sama disebutkan juga sikap sebagai sesuatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa 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.

#### b. Struktur sikap

Menurut Robbins struktur sikap terdiri dari tiga komponen penting dan saling menunjang yaitu komponen Kognitif (*cognitive*), komponen Afektif (*affective*) dan komponen Konatif (*conative*)<sup>11</sup>.

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 affektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional atau evaluasi. Pada umumnya reaksi emosional sebagai komponen affektif 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.

Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkatan berdasarkan intensitasnya, sebagai berikut :<sup>31</sup>

- 1). Menerima, artinya seseorang menerima stimulus yang diberikan.
- 2). Menanggapi, artinya seseorang akan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau obyek yang dihadapi.

- 3). Menghargai, artinya seseorang memberikan nilai yang positif terhadap obyek atau stimulus, dalam arti mau membahas dengan orang lain bahkan mempengaruhi orang lain untuk ikut merespon.
- 4). Bertanggung jawab, artinya seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya dia harus berani menghadapi risikonya.

c. Pembentukan sikap

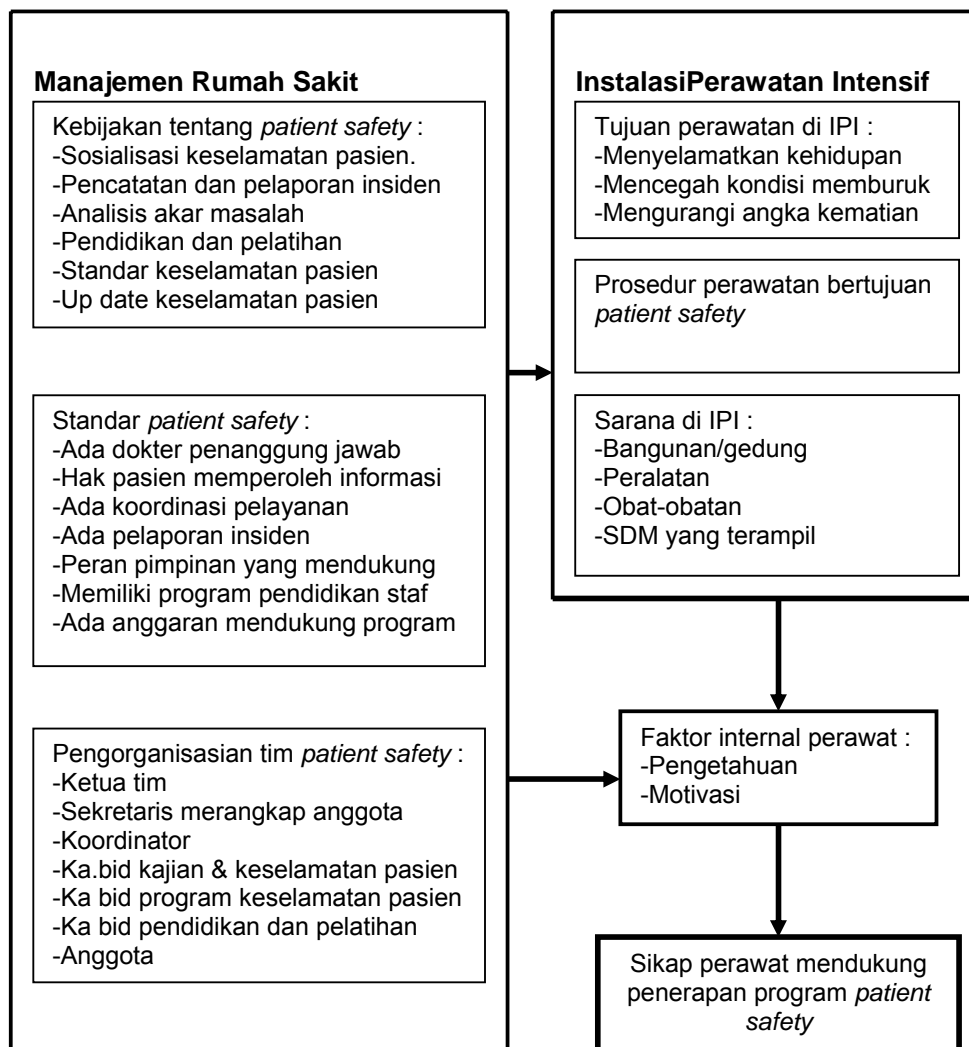
Sikap sosial terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Dalam interaksi sosial terjadi hubungan saling mempengaruhi diantara individu yang satu dengan yang lain, terjadi hubungan timbal balik yang mempengaruhi pola perilaku masing-masing individu. Individu bereaksi membentuk pola sikap tertentu terhadap obyek psikologis yang dihadapi. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap diantaranya adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi pendidikan atau agama dan faktor emosi dalam diri individu<sup>31</sup>.

Apa yang telah dan sedang dialami seseorang akan membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulus, yang kemudian akan membentuk sikap positif atau negatif. Disamping itu, orang-orang disekitar kita juga mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat kita, akan mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap sesuatu. Penyampaian pesan melalui media juga telah memberi dasar afektif pada seseorang dalam menilai sesuatu sehingga terbentuklah sikap tertentu. Institusi pendidikan memberikan dasar pengertian dan konsep

moral sehingga mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap seseorang.

#### D.Kerangka teori

Analisis pengetahuan dan motivasi perawat yang mempengaruhi sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun 2008



Gambar 2.1 Kerangka teori

Sumber : Standart gedung ICU RS klas A dan B<sup>3</sup>, Sikap manusia, teori dan aplikasinya<sup>31</sup>, Panduan Nasional Keselamatan Pasien dirumah sakit<sup>32</sup>



Makna dari skema diatas bahwa perubahan sikap individu dipengaruhi oleh adanya faktor internal perawat (pengetahuan dan motivasi) dan faktor eksternal antara lain : adanya kebijakan, standart, prosedur juga lingkungan dimana individu berada (Instalasi Perawatan Intensif).

Apa yang dialami seseorang akan membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulus, yang kemudian akan membentuk sikap positif atau negatif. Disamping itu, orang-orang disekitar juga mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat kita, akan mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap sesuatu.

## BAB III

### METODOLOGI PENELITIAN

#### A. Variabel penelitian

1. Variabel bebas

Variabel bebas (Independen) adalah pengetahuan dan motivasi perawat tentang penerapan program *patient safety*.

2. Variabel terikat

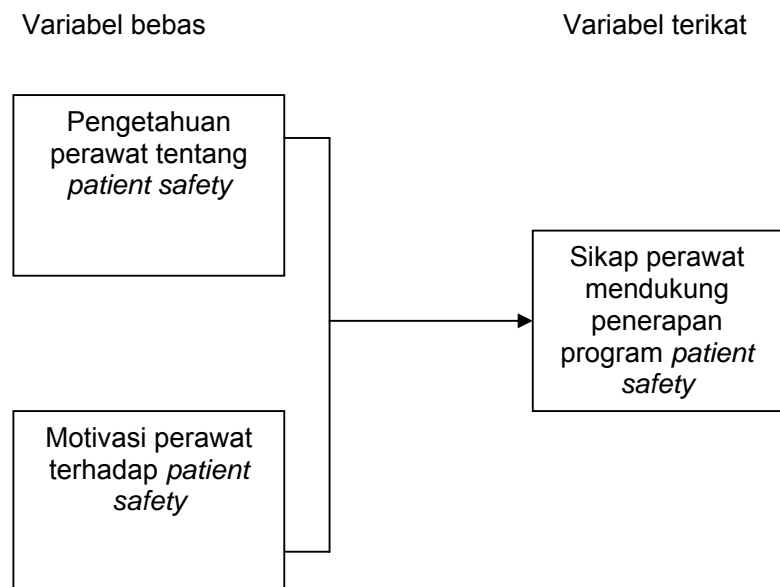
Variabel terikat (Dependen) dalam penelitian ini adalah sikap mendukung penerapan program *patient safety*.

#### B. Hipotesis penelitian

Hipotesis yang dirumuskan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta
2. Ada hubungan antara motivasi perawat dengan sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta
3. Ada pengaruh bersama-sama antara pengetahuan dan motivasi perawat terhadap sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta

### C. Kerangka konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian "Analisis Pengetahuan Dan Motivasi Perawat Yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan Program *Patient Safety*"

### D. Rancangan penelitian

#### 1. Jenis penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional dengan menggunakan pendekatan secara deskriptik analitik

#### 2. Pendekatan waktu pengumpulan data

Pendekatan waktu pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan belah lintang (*cross sectional*) yaitu suatu penelitian untuk mempelajari korelasi antara variabel bebas dan terikat dengan cara pengumpulan data sekaligus pada suatu saat.

#### 3. Metode pengumpulan data

##### a. Data primer

Adalah data yang diperoleh langsung dari sumbernya dan dicatat oleh peneliti. Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui

hasil kuesioner pada 76 perawat pelaksana dengan tujuan untuk mendapatkan data kuantitatif tentang pengetahuan, motivasi dan sikap perawat pelaksana terhadap penerapan program *patient safety*.

b. Data skunder

Data sekunder adalah data yang secara tidak langsung diperoleh dari sumbernya, tetapi melalui pihak kedua. Dalam hal ini peneliti mempergunakan data yang diambil dari bagian rekam medis, bagian kepegawaian, tim KPRS, pandalin dan data lain yang berhubungan dengan penerapan program *patient safety*.

4. Populasi penelitian

Populasi penelitian adalah semua perawat pelaksana yang bertugas di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang berjumlah 76 orang. Yang terdiri dari :

- a. Perawat yang bertugas di ICU berjumlah 26 orang.
- b. Perawat yang bertugas di ICCU berjumlah 19 orang.
- c. Perawat yang bertugas di PICU/NICU berjumlah 15 orang.
- d. Perawat yang bertugas di IMC berjumlah 16 orang.

5. Prosedur sampel dan sampel penelitian

Pengambilan sampel pada penelitian ini adalah total perawat pelaksana yang bertugas di Instalasi Perawatan Intensif. Dengan kriteria :

a. Kriteria inklusi :

- 1) Perawat pelaksana di Instalasi Perawatan Intensif
- 2) Perawat tidak dalam masa cuti
- 3) Bersedia menjadi responden

b. Kriteria eksklusi :

- 1) Kepala ruang/Koordinator perawat
- 2) Perawat magang
- 3) Mahasiswa perawat

6. Definisi operasional variabel penelitian dan skala pengukuran

a. Pengetahuan

Pengetahuan didefinisikan sebagai tingkat pemahaman responden terhadap konsep *patient safety*, meliputi pengertian, cara pelaporan KTD, tindakan keperawatan yang bertujuan *patient safety*.

Jawaban responden terhadap 14 pernyataan kuesioner dengan pemberian skor pada setiap jawaban : Skor 1, bila jawaban "salah" dan skor 2, bila jawaban "benar" . Untuk pernyataan yang negatif skor sebaliknya yaitu : Skor 2, bila jawaban "salah" dan skor 1, bila jawaban "benar". Adapun pernyataan negatif pada nomor 5,6,10,13,14.

Dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi dan melakukan uji normalitas terlebih dahulu terhadap skor jawaban dari variabel yang diolah. Karena jumlah responden sebanyak 76 orang ( $n > 50$ ) maka menggunakan uji Kolmogorov – smirnov, dan data berdistribusi normal jika  $p \geq 0,05$ .

Hasil uji statistik Kolmogorov – smirnov data pengetahuan perawat pelaksana tentang konsep *patient safety* dengan nilai 1,047  $p = 0,156$  ( $p > 0,05$ ) yang berarti data variabel tersebut berdistribusi normal, maka skor jawaban dapat digolongkan menjadi 2 kategori dengan menggunakan batasan nilai mean, yaitu :

- o Pengetahuan baik skor  $\geq 26,37$
- o Pengetahuan kurang baik skor  $< 26,37$

## b. Motivasi

Motivasi didefinisikan sebagai dorongan yang timbul pada diri responden untuk mendukung atau tidak mendukung penerapan program *patient safety*. Dorongan yang dimaksud adalah dorongan yang timbul karena adanya keinginan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman, yang jauh dari tuntutan karena kesalahan dalam memberikan pelayanan.

Dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi dan melakukan uji normalitas terlebih dahulu terhadap skor jawaban dari variabel yang diolah. Karena jumlah responden sebanyak 76 orang ( $n > 50$ ) maka menggunakan uji Kolmogorov – smirnov, dan data berdistribusi normal jika  $p \geq 0,05$ .

Hasil uji statistik Kolmogorov – smirnov data motivasi perawat pelaksana tentang konsep *patient safety* dengan nilai 1,122  $p = 0,245$  ( $p > 0,05$ ) yang berarti data variabel tersebut berdistribusi normal, maka skor jawaban dapat digolongkan menjadi 2 kategori dengan menggunakan batasan nilai mean, yaitu :

- o Motivasi tinggi skor  $\geq 39,34$
- o Motivasi rendah skor  $< 39,34$

## c. Sikap

Sikap didefinisikan sebagai tanggapan / persetujuan untuk melakukan suatu tindakan atau aktifitas baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung yang mempunyai maksud mendukung penerapan program *patient safety*. Tindakan tersebut dapat berbentuk mencegah pasien jatuh, mencegah kejadian infeksi nosokomial, mencegah salah obat, salah pasien, salah dosis, salah waktu dan salah prosedur.

Dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi dan melakukan uji normalitas terlebih dahulu terhadap skor jawaban dari variabel yang diolah. Karena jumlah responden sebanyak 76 orang ( $n > 50$ ) maka menggunakan uji Kolmogorov – smirnov, dan data berdistribusi normal jika  $p \geq 0,05$ .

Hasil uji statistik Kolmogorov – smirnov data sikap perawat pelaksana tentang konsep *patient safety* dengan nilai 1,642  $p = 0,327$  ( $p > 0,05$ ) yang berarti data variabel tersebut berdistribusi normal, maka skor jawaban dapat digolongkan menjadi 2 kategori dengan menggunakan batasan nilai mean, yaitu :

- o Sikap mendukung tinggi skor  $\geq 29,53$
- o Sikap mendukung rendah skor  $< 29,53$

## 7. Instrumen penelitian dan cara penelitian

### a. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian yang menggunakan metode kuantitatif, kualitas pengumpulan data sangat ditentukan oleh kualitas instrumen atau alat pengumpul data yang digunakan oleh peneliti.

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan instrumen berupa :

- 1) Angket data pribadi untuk mengetahui data tenaga keperawatan yang meliputi : umur, jenis kelamin, status perkawinan, masa kerja, tingkat pendidikan, sudah pernah/belum pernah ikut sosialisasi *patient safety*.
- 2) Angket untuk faktor-faktor internal perawat (variabel bebas) dimana terdapat 14 butir pernyataan tentang pengetahuan, 12 butir pernyataan tentang motivasi.

3) Angket tentang sikap mendukung penerapan program *patient safety* (variabel terikat) 10 butir pernyataan.

Instrumen disebut berkualitas dan dapat dipertanggungjawabkan pemakaiannya apabila sudah terbukti validitas dan reliabilitasnya.

Validitas dan reliabilitas pada penelitian kuantitatif dapat diukur dengan melakukan uji coba instrumen penelitian yang akan digunakan. Uji coba ( *try out* ) instrumen penelitian ini dilakukan pada 30 perawat ICU/ICCU RS dr. Oen Surakarta. Yang mempunyai karakteristik sama dengan perawat yang terpilih sebagai sampel. Tujuan dari uji coba ini adalah untuk mengetahui kemungkinan adanya pertanyaan yang sulit dimengerti atau kekurangan dari materi kuisisioner itu sendiri agar dapat digunakan sebagai alat penelitian.

#### 1). Uji validitas

Uji validitas dimaksudkan untuk mengetahui sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya. Suatu instrumen pengukur dapat dikatakan mempunyai validitas yang tinggi apabila alat tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan maksud dilakukan pengukuran tersebut. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* yang prosedurnya diambil dari rumus yang ditemukan oleh Karl Person.



Rumus :

$$r_{xy} = \frac{\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{(n \sum x^2 - (\sum x)^2)(n \sum y^2 - (\sum y)^2)}}$$

Keterangan:

$r_{xy}$  : Koefesien korelasi *product moment*

$n$  : Jumlah responden

$x$  : Jumlah nilai tiap item

$y$  : Jumlah nilai total item

$xy$  : Perkalian antara skor item dan skor total

$x^2$  : Jumlah skor kuadrat skor item

$y^2$  : Jumlah skor kuadrat skor total item

Suatu indikator pertanyaan dikatakan valid jika mempunyai nilai signifikan  $< 0,05$ .

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan analisis butir (item) yaitu dengan mengkorelasikan skor item dengan skor total per konstruk (*constrac*).

Hasil analisis validitas skala pengetahuan menunjukkan dari 14 item yang diujikan semuanya valid. Skala ini mempunyai koefisien validitas bergerak dari 0,392 sampai 0,497. Uji validitas skala motivasi dari 12 itm yang diujikan semua valid. Skala ini mempunyai koefisien validitas bergerak dari 0,426 sampai 0,599. Uji validitas skala sikap mendukung penerapan program *patient safety* dari 10 item yang diujikan semua item valid. Angket skala sikap mendukung penerapan

program *patient safety* ini mempunyai koefisien validitas bergerak dari 0,377 sampai 0,561.

## 2). Uji reliabilitas

Reliabilitas (keterhandalan) mengandung pengertian sejauh mana responden memberikan jawaban yang konsisten terhadap kuisioner yang diberikan. Jawaban responden terhadap pertanyaan dikatakan reliabel jika masing-masing pertanyaan dijawab secara konsisten, karena masing-masing pertanyaan hendak mengukur hal yang sama.

Pengukuran variabel menggunakan *one shot* atau pengukuran sekali saja. Pengukuran hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pernyataan lain atau mengukur korelasi atau jawaban pertanyaan.

Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan uji statistik *Alpha Cronbach*. Dengan rumus sebagai berikut :

Rumus:

$$r_{\alpha} = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum sj^2}{sx^2} \right]$$

Keterangan:

$r_{\alpha}$  : Koefisien reliabilitas

$k$  : Banyaknya faktor

$sj^2$  : Skor korelasi masing faktor

$sx^2$  : Skor total

Suatu variabel dikatakan reliabel jika mempunyai nilai *Alpha Cronbach* > 0,60.

Uji reliabilitas dengan menggunakan nilai alpha memberikan hasil sebagai berikut : Pengetahuan perawat tentang konsep *patient safety* (0,804). Motivasi perawat terhadap penerapan program *patient safety* (0,848). Sikap perawat dalam mendukung penerapan program *patient safety* (0,799).

Berdasarkan hasil uji reliabilitas, dapat diketahui bahwa nilai *alpha cronbach* yang diperoleh dari ketiga variabel penelitian  $\geq 0,60$  sehingga kuesionar tersebut sudah reliabel dan dapat digunakan sebagai instrumen penelitian.

#### b. Cara Penelitian

##### 1). Tahap persiapan

- a) Penyelesaian administrasi dan perizinan penelitian
- b) Penjajagan awal penelitian dan melakukan studi pendahuluan
- c) Melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian

##### 2). Tahap pelaksanaan

Pengumpulan data atau pengisian skala ukur oleh responden dilaksanakan oleh peneliti sendiri di Instalasi perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada bulan Desember 2008.

##### 3). Tahap akhir

Sebelum pengumpulan data kuantitatif, terlebih dulu dilakukan *editing* data dan *coding* data, dilanjutkan *entry* data, pengolahan data dengan menggunakan SPSS. Adapun analisis data dilakukan dengan analisis univariat untuk mengetahui gambaran variabel bebas dan variabel terikat, analisis bivariat untuk mengetahui hubungan variabel bebas

dan variabel terikat, sedangkan analisis multivariat untuk mengetahui pengaruh antara variabel bebas dan variabel terikat.

## 8. Teknik pengolahan dan analisis data

### a. Pengolahan data

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan data yang bertujuan untuk menghasilkan informasi yang benar sesuai dengan tujuan penelitian. Adapun langkah-langkahnya sebagai berikut .<sup>23</sup>

#### 1). *Editing*

Dalam melakukan *editing* data langkah yang dilakukan adalah menata dan menyusun semua lembar jawaban skala yang terkumpul berdasarkan nomor skala yang telah ditentukan. Kemudian memeriksa kembali jawaban responden satu persatu dengan maksud untuk memastikan bahwa jawaban atau pertimbangan yang diberikan sesuai dengan perintah dan petunjuk pelaksanaan. Jawaban skala yang memenuhi persyaratan dipersiapkan untuk dilakukan pemrosesan data pada langkah berikutnya, sementara data yang tidak memenuhi persyaratan dimusnahkan untuk kerahasiaan.

#### 2). *Koding*

Pengkodingan data dilakukan dengan maksud untuk memudahkan proses pengolahan data. Pengkodingan ini adalah mengklasifikasikan jawaban responden menurut macamnya dengan cara menandai masing-masing jawaban dengan tanda kode tertentu.

### 3). *Processing*

Pemrosesan data atau pengolahan data pada penelitian ini dimulai dengan *tabulating* skor atau melakukan *entry* data kasar dalam bentuk tabulasi pada lembar kertas data. Tujuannya adalah memastikan kesiapan data dengan tepat sebelum di *entry* data kedalam program SPSS.

### 4). *Cleaning* data

Dalam *cleaning* dilakukan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* pada program SPSS dengan maksud untuk mengevaluasi apakah masih ada kesalahan atau tidak. Hal ini biasanya terlihat pada : 1). *Missing* data atau data yang terlewat, 2). Variasi data (kesalahan pengetikan), 3). Konsistensi data yaitu kesesuaian data dengan *tabulating* skor.

Tahap selanjutnya adalah dilakukan analisis data, analisis ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dan pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat.

#### b. Analisis data

Analisis data yaitu merupakan kegiatan yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat seperti dalam konsep.

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi analisis kuantitatif, yang dimaksud untuk mengolah dan mengorganisasikan data serta menemukan hasil yang dapat dibaca dan dapat diinterpretasikan.

Teknik analisis yang digunakan adalah:

1). Analisis Univariat<sup>24</sup>

Menganalisis variabel-variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsinya untuk mendeskripsikan variabel bebas dan variabel terikat.

2). Analisis Bivariat

Analisis bivariat ini menggunakan analisis tabulasi silang (*crosstab*) yaitu menyajikan data dalam bentuk tabulasi yang meliputi baris dan kolom yang datanya berskala nominal atau kategori. Dengan uji *chi-square* menguji adakah asosiasi antar masing-masing variabel independen tentang pengetahuan dan motivasi perawat, terhadap variabel dependen tentang sikap perawat dalam mendukung penerapan program *patient safety*, sehingga diketahui variabel independen mana yang secara bermakna berhubungan dan layak untuk diuji secara bersama-sama (*multivariat*). Apabila hasil *chi-square* nilai  $p < 0,05$  maka dapat disimpulkan ada hubungan atau asosiasi antara variabel bebas dan terikat. Selanjutnya variabel bebas yang mempunyai hubungan bermakna dengan variabel terikat dimasukkan dalam analisis *multivariat*.

3). Analisis multivariat

Digunakan analisis *Regresi Logistic*, yaitu untuk menganalisis pengaruh setiap variabel independen terhadap variabel dependen dan mencari manakah variabel independen yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen.

Dengan menggunakan data kuesioner, variabel-variabel yang mempunyai kriteria kemaknaan statistik dimasukkan kedalam analisis multivariat *regresi logistik* dengan metode enter untuk

mendapatkan faktor yang berpengaruh secara signifikan dan dapat dihitung nilai estimasi parameter-parameternya.

Adapun langkah-langkah yang harus diperhatikan dalam analisis *regresi logistik* adalah sebagai berikut :

- a) Menentukan variabel bebas yang mempunyai nilai  $p \leq 0,05$  dalam hubungan dengan variabel terikat yaitu dengan uji *chi square*.
- b) Variabel bebas yang masuk dalam kriteria nomor 1 diatas kemudian dimasukkan ke dalam model *regresi logistik bivariat* untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat. Untuk variabel bebas yang mempunyai nilai  $p \leq 0,25$  masuk dalam langkah nomor 3.
- c) Variabel bebas yang masuk dalam kriteria 2 diatas kemudian dimasukkan ke dalam model regresi logistik multivariat untuk mengetahui pengaruh bersama-sama antara variabel bebas dan variabel terikat dengan metode enter.
- d) Di dalam penentuan model yang cocok dilakukan dengan melihat nilai dari *wald* statistik untuk masing-masing variabel bebas dengan batas nilai  $p \leq 0,05$ . namun untuk variabel bebas yang tidak cocok ( $p > 0,05$ ) dengan  $\text{Exp} ( B ) \geq 2$ .

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Gambaran Daerah Penelitian

SK direktur RSUD Dr. Moewardi Surakarta nomor: 188.4/002A/2006 tentang pembentukan tim keselamatan pasien (*patient safety*) mempunyai tujuan:

- 5) Terlaksananya program keselamatan pasien secara sistematis dan terarah mengenai pencegahan infeksi nosokomial, pasien jatuh, pasien *dicubitus*, *plebitis* pada pemasangan infus, tindakan bunuh diri dan kegagalan profilaksis.
- 6) Terlaksananya pencatatan dan pelaporan insiden dirumah sakit.
- 7) Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit
- 8) Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) dirumah sakit.

Upaya yang sudah dilakukan untuk mewujudkan tujuan diatas adalah :

1. Sosialisasi *patient safety* pada seluruh unit pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap : semua koordinator keperawatan, kepala ruang, ka grup, pengawas sore malam dan hari libur serta perwakilan seluruh unit terkait
2. Pencatatan dan pelaporan internal insiden kasus.

Pencatatan dan pelaporan sudah berjalan tapi belum maksimal, hal ini dikarenakan masih ada persepsi negatif yaitu akan terkena dampak dan sanksi apabila melaporkan kejadian yang tak diharapkan, sehingga tim KPRS yang harus proaktif terjun kelapangan untuk melacak kasus / kejadian.



3. Solusi masalah dan analisis akar masalah.

Telah dilakukan pada laporan KTD yang masuk. Solusi masalah dan akar masalah dilaporkan kepada direktur. Kemudian dipakai sebagai pembelajaran agar tidak terjadi kasus yang sama dikemudian hari.

4. Standar keselamatan pasien dan *self assesment* instrumen akreditasi

Telah dilaksanakan dan dipenuhi dengan mengadakan dokumentasi *patient safety* sesuai *self assesment* yang ada baik dilingkup administrasi maupun bidang pelayanan medis.

5. Pendidikan, pelatihan dan penelitian.

Pada upaya ini sudah dilaksanakan tetapi belum maksimal karena yang diikutsertakan dalam pelatihan baru 5 orang dari tenaga medis, sedangkan untuk tenaga keperawatan belum dilakukan dan penelitian baru sekarang sedang dilaksanakan oleh peneliti.

6. *Update patient safety* sesuai depkes dan KPRS pusat.

Team KPRS Dr. Moewardi Surakarta senantiasa menerima masukan dan bimbingan team KARS Pusat. Adapun team KARS Pusat yang pernah memberikan bimbingan adalah Dr. Nico A Lumenta,MM. yang dihadiri oleh semua tim KPRS Dr. Moewardi, seluruh kepala ruang rawat inap dan rawat intensif dan sebagian perawat pelaksana.

## B. Deskripsi Karakteristik Responden

Dalam penelitian ini yang menjadi responden adalah perawat pelaksana di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta berjumlah 76 orang.

Distribusi frekuensi karakteristik perawat pelaksana di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur, jenis kelamin, status perkawinan, masa kerja, tingkat pendidikan dan pernah tidaknya mengikuti sosialisasi *patient safety*.

Karakteristik responden	Frekuensi	Persentase
Umur		
25 – 40 tahun	39	51,3
41 – 55 tahun	37	48,7
Jenis kelamin		
Laki-laki	26	34,2
Perempuan	50	65,8
Status perkawinan		
Kawin	63	82,9
Tidak kawin	13	17,1
Masa kerja		
< 15 tahun	37	48,7
> 15 tahun	39	51,3
Tingkat pendidikan		
SPK	11	14,5
D III Keperawatan	57	75
S1 Keperawatan	8	10,5
Mengikuti sosialisasi		
Belum	34	44,7
Sudah	42	55,3
	76	100

Rerata umur responden 40 tahun, dengan umur termuda 25 tahun dan umur tertua 53 tahun. Berdasarkan tabel 4.1 dapat dilihat bahwa umur responden berdasarkan kelompok umur sebesar 51,3% berkisar antara 25 – 40 tahun dan 48,7% berkisar umur 41 – 55 tahun. Secara fisiologis pertumbuhan dan perkembangan seseorang dapat digambarkan dengan

pertambahan umur. Dengan peningkatan umur diharapkan terjadi pertumbuhan kemampuan motorik sesuai dengan tumbuh kembangnya, yang identik dengan idealisme tinggi, semangat tinggi dan tenaga yang prima<sup>33</sup>.

Menurut jenis kelamin responden laki-laki sebanyak 34,2% (26 responden) dan perempuan sebanyak 65,8% (50 responden). Menurut manajemen keperawatan tidak ada batas ideal perbandingan antara perawat laki-laki dan perempuan. Namun dalam manajemen keperawatan mengenai pengaturan jadwal dinas, dianjurkan dalam satu shift ada perawat laki-laki dan perempuan, sehingga apabila melakukan tindakan yang bersifat *privacy* bisa dilakukan oleh perawat yang sama jenis kelaminnya misalnya *personal hygiene*, *eliminasi*, perekaman EKG, pemasangan asesoris *bed side monitor*, dll<sup>38</sup>.

Dari tabel dapat diketahui responden yang berstatus kawin sebanyak 63 orang (82,9%) sedangkan yang statusnya belum kawin sebanyak 13 orang (17,1%).

Masa kerja responden berkisar antara 2 sampai 28 tahun dengan rata – rata masa kerja 15 tahun. masa kerja responden < 15 tahun berjumlah 37 orang ( 48,7%), masa kerja responden > 15 tahun berjumlah 39 orang (51,3%). Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah lama menjalankan profesinya sebagai perawat. Semakin lama perawat bekerja semakin banyak kasus yang ditanganinya sehingga semakin meningkat pengalamannya, sebaliknya semakin singkat orang bekerja maka semakin sedikit kasus yang ditanganinya. Pengalaman bekerja banyak memberikan keahlian dan ketrampilan kerja<sup>33</sup>.

Perawat pelaksana di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta terbanyak berpendidikan D III Keperawatan 75% (57

orang), sedangkan terkecil berpendidikan S1 Keperawatan 10,5% (8 orang). Kriteria perawat profesional adalah lulusan pendidikan tinggi keperawatan minimal D III Keperawatan, mentaati kode etik, mampu berkomunikasi dengan pasien dan keluarga, serta mampu memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia secara berdaya guna dan berhasil guna, mampu berperan sebagai agen pembaharu dan mengembangkan ilmu serta teknologi keperawatan<sup>18</sup>.

Semakin tinggi tingkat pendidikan akan lebih rasional dan kreatif serta terbuka dalam menerima adanya bermacam usaha pembaharuan dan dapat menyesuaikan diri terhadap pembaharuan. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar<sup>9</sup>.

Dari tabel dapat diketahui bahwa 55,3% responden sudah pernah mengikuti sosialisasi *patient safety*. dan 44,7% belum pernah mengikuti sosialisasi *patient safety*. Sosialisasi merupakan bagian dari pendidikan yang menjadi kebijakan strategi program *patient safety* di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Sosialisasi dilaksanakan untuk memberikan pengetahuan baru dan mengajak semua tenaga untuk ikut melaksanakan program tersebut.

### **C. Deskripsi responden menurut variabel penelitian**

#### **1. Pengetahuan responden tentang konsep *patient safety***

Gambaran pengetahuan perawat pelaksana tentang konsep *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.2. Distribusi Jawaban Responden Pada Variabel Pengetahuan Tentang Konsep *Patient Safety*.

No	Pernyataan	F / UF	Jawaban		Total
			Benar	Salah	
1.	Program <i>patient safety</i> adalah untuk menjamin keselamatan pasien di rumah sakit.	F	68 (89,4%)	8 (10,6%)	76 (100%)
2.	Cara pelaporan kejadian tak diharapkan bersifat rahasia	F	58 (76,3%)	18 (23,7%)	76 (100%)
3.	Formulir laporan kejadian tak diharapkan sudah tersedia di seluruh ruang rawat inap	F	64 (84,2%)	12 (15,8%)	76 (100%)
4.	Rumah sakit wajib menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi staf dalam rangka pelayanan asuhan kepada pasien yang aman.	F	74 (97,3%)	2 (2,7%)	76 (100%)
5.	Keluhan pasien atau perubahan suhu tubuh pasien post operasi tidak perlu didokumentasikan	UF	5 (6,6%)	71 (93,4%)	76 (100%)
6.	Informasi kondisi pasien serta program yang telah dan akan dilakukan dari shift ke shift tidak diperlukan	UF	12 (15,8%)	64 (84,2%)	76 (100%)
7.	Kejadian Tak Diharapkan didiskusikan dan dianalisis penyebab masalahnya supaya tidak terulang lagi	F	62 (81,6%)	14 (18,4%)	76 (100%)
8.	Sebelum menyuntik harus meneliti jenis obat, dosis obat, cara pemberian, waktu pemberian, dan nama pasien.	F	67 (88,2)	9 (11,8%)	76 (100%)
9.	Desinfeksi dengan alkohol 100% di lokasi pemasangan infus harus dilakukan	F	71 (93,4%)	5 (6,6%)	76 (100%)
10.	Pendokumentasian asuhan keperawatan tidak perlu dilakukan yang penting pasien selamat	UF	12 (15,8%)	64 (84,2%)	76 (100%)
11.	Perawat harus menjelaskan tujuan, manfaat dan kemungkinan resiko kepada pasien sebelum melakukan tindakan.	F	68 (89,5%)	8 (10,5%)	76 (100%)
12.	Penggunaan pagar pengaman tempat tidur diperlukan untuk pasien yang tidak kooperatif	F	74 (97,3%)	2 (2,6%)	76 (100%)
13.	Sebelum memasang infus tidak perlu cuci tangan karena akan memakai sarung tangan	UF	23 (30,26%)	53 (69,74%)	76 (100%)
14.	Sebelum menyentuh pasien perawat tidak perlu cuci tangan	UF	8 (10,5%)	68 (89,5%)	76 (100%)

Keterangan. F : *Favorable*  
UF : *Unfavorable*

Berdasarkan tabel 4.2. dapat dilihat dari 14 pernyataan kuesioner (lampiran) tentang pengetahuan responden, ada 2 item pernyataan yang dijawab benar hampir seluruh responden 97,3% ( 74 orang ), yaitu pernyataan nomor 4 tentang rumah sakit wajib menyelenggarakan diklat untuk meningkatkan kompetensi staf dan nomor 12 tentang penggunaan pagar pengaman tempat tidur diperlukan untuk pasien yang tidak kooperatif.

Tetapi ada jawaban beberapa perawat yang perlu mendapatkan perhatian tentang pengetahuan yaitu informasi kondisi pasien dari shift ke shift tidak diperlukan (15,8%), pendokumentasian tidak perlu yang penting pasien selamat (15,8%), sebelum memasang infus tidak perlu cuci tangan karena memakai sarung tangan (30,26%).

Distribusi persentase beberapa jawaban yang perlu mendapat perhatian menjadi fakta penelitian ada sebagian perawat pelaksana yang belum mengetahui tujuan, manfaat dan cara menerapkan *patient safety*. Hal ini konsisten dengan gejala di latar belakang bahwa ada perawat yang belum paham konsep *patient safety*.

Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap obyek tertentu. Penentuan sikap yang didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan lebih kuat tertanam dalam kepribadiannya, dibandingkan dengan sikap yang tidak didasari atas pengetahuan atau konsep yang dipahaminya. Sebelum seseorang mengambil sikap ia harus lebih dulu tahu apa manfaat tindakan tersebut bagi dirinya dan organisasinya<sup>10</sup>.

Salah satu cara meningkatkan pengetahuan yang berguna untuk memperbaiki efektifitas pegawai dalam mencapai hasil kerja yang ditetapkan demi keselamatan dan kepuasan pasien dengan melakukan sosialisasi.

Sosialisasi *patient safety* adalah termasuk kebijakan strategi program *patient safety* RSUD Dr. Moewardi Surakarta yaitu pada item Pendidikan, pelatihan dan penelitian<sup>34</sup>. Pelatihan merupakan salah satu cara yang ditempuh untuk meningkatkan pengetahuan. Pelatihan bersifat spesifik, praktis dan segera. Spesifik berarti pelatihan berhubungan dengan bidang pekerjaan yang dilakukan, praktis dan segera berarti yang

sudah dilatihkan dapat dipraktikkan. Umumnya pelatihan dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan kerja dalam waktu yang relatif singkat (pendek). Suatu pelatihan berupaya menyiapkan para karyawan untuk melakukan pekerjaan yang dihadapi<sup>17</sup>.

Laporan komisi audit " Penggunaan sumber daya keperawatan secara optimal dalam bangsal" menekankan perlunya pelatihan dan pendidikan tambahan, dan menyimpulkan bahwa "asuhan keperawatan berkualitas yang baik tidak hanya memerlukan staf yang cukup dibangsal tapi juga pembekalan para perawat dengan ketrampilan dan pendidikan yang tepat untuk beradaptasi dengan kebutuhan perawatan modern"<sup>35</sup>.

Nilai pengetahuan perawat berkisar antara 18 sampai 28 dengan nilai mean adalah 26,37. Tingkat pengetahuan perawat pelaksana tentang konsep *patient safety* dapat digolongkan kedalam dua kategori yaitu pengetahuan baik dan pengetahuan kurang baik. Distribusi frekuensi terhadap pengetahuan perawat pelaksana dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat Pelaksana di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta Tentang Konsep *Patient Safety*

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Baik	58	76,3
Kurang baik	18	23,7
Total	76	100

Berdasarkan tabel 4.3 terlihat bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik 76,3% dan responden dengan pengetahuan kurang baik 23,7%.

## 2. Motivasi responden terhadap penerapan program *patient safety*.

Gambaran motivasi perawat pelaksana di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.4 Distribusi Jawaban Responden Dari Pengukuran Motivasi Mendukung Penerapan Program *Patient Safety*

No	Pernyataan	F / UF	Jawaban					Total
			SS	S	KS	TS	STS	
1.	Menerapkan <i>patient safety</i> saat memberikan asuhan keperawatan agar terhindar dari tuntutan.	F	6,6% 5	53,9% 41	25% 19	6,6% 5	7,9% 6	100% 76
2.	Memonitor tanda infeksi nosokomial sebagai salah satu bentuk mendukung penerapan program <i>Patient Safety</i>	F	14,5% 11	36,8% 28	26,3% 20	17,1% 13	5,3% 4	100% 76
3.	Tidak terdorong mendukung penerapan program <i>Patient Safety</i> karena tidak mengubah status saya sebagai perawat pelaksana (karier yang mentok)	UF	9,2% 7	34,2% 26	17,1% 13	25% 19	14,5% 11	100% 76
4.	Saya berusaha untuk memperbaiki sikap dalam pelayanan asuhan demi keselamatan pasien	F	14,5% 11	35,5% 27	27,6% 21	17,1% 13	5,3% 4	100% 76
5.	Saya senang dan terbuka akan hal-hal baru yang dapat meningkatkan wawasan, ketrampilan	F	3,9% 3	42,1% 32	31,6% 24	19,7% 15	2,6% 2	100% 76
6.	Jasa pelayanan yang saya terima tidak ada hubungan dengan <i>patient safety</i> .	UF	7,9% 6	48,7% 37	30,3% 23	5,3% 4	7,9% 6	100% 76
7.	Tidak akan mendukung penerapan program <i>Patient Safety</i> karena saya sudah mempunyai banyak pengalaman	UF	2,6% 2	42,1% 32	2,6% 2	32,9% 25	19,7% 15	100% 76
8.	<i>Patient safety</i> kurang penting dalam meningkatkan pendapatan RS dan kesejahteraan karyawan RS	UF	14,5% 11	35,5% 27	14,5% 11	25% 19	10,5% 8	100% 76
9.	Tidak mendukung penerapan program <i>Patient Safety</i> karena ada juga perawat yang tidak mendukung.	UF	14,5% 11	14,5% 11	27,6% 21	32,9% 25	10,5% 8	100% 76
10.	Mendukung penerapan program <i>Patient Safety</i> agar masyarakat lebih percaya	F	10,5% 8	50% 38	22,4% 17	7,9% 6	9,2% 7	100% 76
11.	Saya termotivasi menerapkan program <i>patient safety</i> karena ada komplain pelanggan.	F	9,2% 7	48,7% 37	19,7% 15	10,5% 8	11,8% 9	100% 76
12.	Mendukung penerapan program <i>Patient Safety</i> karena akan meningkatkan kesejahteraan saya.	F	42,1% 32	34,2% 20	15,8% 12	6,6% 5	1,3% 1	100% 76

Keterangan :1. STS : Sangat Tidak Sesuai F : Favorable  
 2. TS : Tidak Sesuai UF : Unfavorable  
 3. KS : Kurang Sesuai  
 4. S : Sesuai  
 5. SS : Sangat Sesuai

Tabel 4.4 diatas dapat diketahui distribusi jawaban perawat sebagian besar menyetujui (53,9%) menerapkan *patient safety* dapat terhindar dari tuntutan,(50%) Mendukung penerapan program *Patient*



*Safety* agar masyarakat lebih percaya, (48,7%) termotivasi karena ada komplain, (42,1%) senang dan terbuka akan hal baru yang dapat meningkatkan wawasan dan ketrampilan,(36,8%) memonitor tanda infeksi nosokomial sebagai salah satu bentuk mendukung penerapan program *patient safety*.

Tetapi ada beberapa jawaban perawat yang perlu mendapat perhatian tentang motivasi yaitu (42,1%) tidak mendukung karena sudah mempunyai banyak pengalaman (34,2%) tidak mendukung karena tidak mengubah status, (35,5%) *patient safety* kurang penting dalam meningkatkan kesejahteraan, (48,7%) jasa pelayanan yang diterima tidak ada hubungannya dengan penerapan program *patient safety*.

Distribusi persentase jawaban beberapa jawaban yang perlu mendapat perhatian menjadi fakta penelitian bahwa perawat pelaksana belum termotivasi untuk menerapkan program *patient safety*. Karena walau tanpa *patient safety* tetap memberikan pelayanan kepada pasien.

Mengelola dan mempertahankan motivasi kerja perawat pelaksana merupakan hal penting dalam organisasi rumah sakit. Jika ini diabaikan maka akan mempengaruhi sikap kerja perawat termasuk dalam mendukung penerapan program yang masih baru (*patient safety*).

Perawat dirumah sakit tidak hanya memberikan pelayanan kepada pasien, tetapi mereka juga tentunya mengharapkan mendapatkan "pelayanan" dari pihak manajemen rumah sakit agar apa yang menjadi haknya dapat diterima dengan baik. Perawat yang puas dengan apa yang diperolehnya dari manajemen akan memberikan lebih dari apa yang diharapkan dan ia akan terus berusaha memperbaiki kinerjanya. Sebaliknya perawat yang kepuasan kerjanya rendah, cenderung melihat

pekerjaan sebagai hal yang menjemukan dan membosankan, sehingga ia bekerja dengan terpaksa dan asal-asalan<sup>40</sup>.

Beberapa faktor yang mempengaruhi motivasi kerja antara lain: atasan, kolega, sarana fisik, kebijakan, peraturan, imbalan jasa uang dan non uang, jenis pekerjaan dan tantangan. Motivasi individu untuk bekerja dipengaruhi pula oleh kepentingan pribadi dan kebutuhan masing-masing<sup>17</sup>. Rendahnya insentif yang diterima para perawat tidak sebanding dengan beban kerja yang tinggi serta peraturan yang belum jelas bagi pasien dan keluarganya sehingga pasien menuntut sesuatu yang lebih dan bukan menjadi kewenangan seorang perawat hal ini akan menimbulkan kebingungan, dan menyebabkan rendahnya motivasi kerja perawat<sup>36</sup>.

Faktor lain yang menyebabkan rendahnya motivasi kerja perawat adalah adanya perasaan karier yang "mentok" . jenjang karier yang ada untuk profesi keperawatan adalah perawat pelaksana, kepala ruang dan wakilnya, kepala seksi serta kepala bidang perawatan. Sangatlah berbeda dengan jenjang karier perawat yang dikembangkan dinegara lain. Kurangnya insentif yang diterima para perawat juga selalu jadi bahan pembicaraan, dan bukan tidak mungkin menjadi salah satu faktor kurangnya motivasi kerja<sup>36</sup>.

Nilai persepsi motivasi perawat pelaksana di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta dalam mendukung penerapan program *Patient Safety* berkisar antara 20 sampai 51 dengan rata-rata (mean) adalah 39,34. persepsi motivasi perawat pelaksana digolongkan kedalam dua kategori yaitu motivasi tinggi dan motivasi rendah. Distribusi frekuensi terhadap persepsi motivasi keperawatan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Motivasi Perawat Pelaksana di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang Mendukung Penerapan Program *Patient Safety*

Motivasi	Frekuensi	Persentase
Tinggi	54	71,1
Rendah	22	28,9
Total	76	100

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa responden yang mempunyai motivasi tinggi 71,1% dan yang mempunyai motivasi rendah 28,9%. Dari data tersebut perawat dengan motivasi tinggi lebih banyak dibanding dengan perawat motivasi rendah. Ini dapat dijelaskan sesuai teori motivasi bahwa karyawan dengan motivasi kerja tinggi akan bekerja penuh semangat dan inisiatif tanpa menunggu perintah atasan, karyawan tersebut juga menyelesaikan pekerjaan dengan baik dan kreatif membuat cara baru dalam bekerja<sup>39</sup>.

Motivasi mempunyai arti mendasar sebagai inisiatif penggerak perilaku seseorang secara optimal, karena motivasi merupakan kondisi internal, kejiwaan dan mental manusia seperti aneka keinginan, harapan kebutuhan, dorongan dan kesukaan yang mendorong individu untuk berperilaku kerja guna mencapai tujuan yang dikehendaki atau mendapatkan kepuasan atas perbuatannya<sup>17</sup>.

### 3. Sikap responden terhadap penerapan program *patient safety*.

Gambaran sikap perawat pelaksana di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.6 Distribusi Jawaban Responden dari Pengukuran Sikap Mendukung Penerapan Program *Patient Safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta

No	Pernyataan	F / UF	Jawaban					Total
			SS	S	KS	TS	STS	
1.	Untuk pasien yang sudah terbiasa memakai obat yang sama, tidak perlu dilakukan <i>skin test</i>	UF	0	1,3% 1	14,5% 11	68,4% 52	15,8% 12	100% 76
2.	Setiap tindakan <i>invasif</i> menggunakan prinsip aseptik.	F	0	60,5% 46	14,5% 11	15,8% 12	9,2% 7	100% 76
3.	Supaya hemat menggunakan satu jarum suntik untuk beberapa kali injeksi.	UF	0	46% 35	21,1% 16	17,1% 13	15,8% 12	100% 76
4.	Saat mau melakukan injeksi menggunakan prinsip 6 benar.	F	1,3% 1	35,5% 27	28,9% 22	21,1% 16	13,2% 10	100% 76
5.	Menggunakan infus pump untuk memantau ketepatan terapi cairan.	F	0	14,5% 11	57,8% 44	17,1% 13	10,5% 8	100% 76
6.	Untuk mencegah pasien jatuh selalu memasang pagar pengaman tempat tidur, sebelum pasien ditinggalkan.	F	2,6% 2	51,3% 39	15,8% 12	18,4% 14	11,8% 9	100% 76
7.	Memperkirakan keluarga pasien untuk mengawasi kelancaran tetesan infus.	UF	1,3% 1	13,2% 10	18,4% 14	57,9% 44	9,2% 7	100% 76
8.	Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.	F	1,3% 1	38,2% 29	31,5% 24	17,1% 13	11,8% 9	100% 76
9.	Mengganti infus set lengkap setiap 3 hari sekali untuk mencegah plebitis.	F	2,6% 2	21,1% 16	21,1% 16	53,9% 41	1,3% 1	100% 76
10	Memanggil ulang nama pasien sebelum tindakan untuk memastikan kebenaran identitas	F	1,3% 1	68,4% 52	17,1% 13	11,8% 9	1,3% 1	100% 76

Keterangan :

- |        |                       |    |                      |
|--------|-----------------------|----|----------------------|
| 1. STS | : Sangat Tidak Setuju | F  | : <i>Favorable</i>   |
| 2. TS  | : Tidak Setuju        | UF | : <i>Unfavorable</i> |
| 3. KS  | : Kurang Setuju       |    |                      |
| 4. S   | : Setuju              |    |                      |
| 5. SS  | : Sangat Setuju       |    |                      |

Berdasarkan tabel 4.6 dapat diketahui sebagian besar distribusi jawaban perawat menyetujui (68,4%) tetap melakukan *skin test* walaupun memakai obat yang sama, (68,4%) memanggil nama pasien untuk memastikan kebenaran identitas, (60,5%) menggunakan prinsip *aseptik* untuk semua tindakan *invasif*, (51,3%) menggunakan pagar pengaman tempat tidur sebelum pasien ditinggalkan, (38,2%) cuci tangan setiap kali sebelum dan sesudah tindakan.

Tetapi ada beberapa jawaban perawat yang perlu mendapatkan perhatian terkait dengan sikap mendukung penerapan program *patient safety* yaitu : (57,8%) kurang setuju menggunakan *infus pump* untuk memantau ketepatan cairan, (53,9%) tidak setuju mengganti infus set lengkap setiap 3 hari sekali, (46%) tidak setuju satu jarum suntik untuk satu kali *injeksi*.

Sikap seseorang dalam memberikan respon terhadap masalah dipengaruhi oleh kepribadian seseorang, yang terkait dengan kesiapsiagaan mental yang dipelajari dan diorganisasi melalui pengalaman seseorang terhadap orang lain, obyek, dan situasi yang berhubungan dengannya<sup>35</sup>.

Nilai persepsi sikap perawat pelaksana di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta dalam mendukung penerapan program *Patient Safety* berkisar antara 17 sampai 37 dengan rata-rata (mean) adalah 29,53. persepsi sikap perawat pelaksana digolongkan kedalam dua kategori yaitu sikap mendukung tinggi dan sikap mendukung rendah.

Distribusi frekuensi terhadap persepsi sikap perawat pelaksana dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Sikap Mendukung Penerapan Program *Patient Safety*

Sikap	Frekuensi	Persentase
Tinggi	58	76,3
Rendah	18	23,3
Total	76	100

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa responden sebagian besar mempunyai sikap mendukung penerapan program *patient safety* yang tinggi (76,3%) dan sikap mendukung rendah 23,3%.

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 <sup>31</sup>.

Apa yang dialami seseorang akan membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulus, yang kemudian akan membentuk sikap positif atau negatif. Disamping itu, orang-orang disekitar juga mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat kita, akan mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap sesuatu.

**D. Hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat**

1. Hubungan pengetahuan dengan sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Tabel 4.8 Tabel Silang Pengetahuan Dengan Sikap Mendukung Penerapan Program *Patient Safety*.

Pengetahuan	Sikap mendukung <i>patient safety</i>		Total
	Rendah	Tinggi	
Kurang baik	18	0	18
	100%	0%	23,7%
Baik	0	58	58
	0%	100%	76,3%
Total	18	58	76
	100%	100%	100%

$X^2 = 76,00$   $p\ value = 0,000$

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan kurang baik, proporsi sikap mendukung rendah

18 orang (100%). Pada pengetahuan baik, proporsi sikap mendukung tinggi 58 orang ( 100% ).

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *chi square* menunjukkan  $X^2 = 76,00$  dengan *p value* = 0,000 (<0,05) maka dapat disimpulkan adanya hubungan yang bermakna/signifikan antara pengetahuan dengan sikap mendukung penerapan program *patient safety*.

Pengetahuan merupakan hasil tahu melalui penginderaan terhadap suatu obyek tertentu dan sangat penting terhadap terbentuknya tindakan seseorang<sup>13</sup>. Apa yang telah dan sedang dialami seseorang akan membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulus, yang kemudian akan membentuk sikap positif atau negatif<sup>31</sup>. Belajar dibutuhkan seseorang untuk mencapai tingkat kematangan diri. proses belajar dapat dilakukan oleh karyawan pada saat menjalankan tugasnya<sup>9</sup>.

Hal ini didukung data karakteristik responden item tingkat pendidikan yaitu 75% berpendidikan DIII Keperawatan. Melalui pendidikan tinggi keperawatan ( minimal DIII ) 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<sup>18</sup>.

Pelayanan asuhan keperawatan berkualitas yang baik tidak hanya memerlukan staf yang cukup di bangsal tapi juga pembekalan para

perawat dengan ketrampilan dan pendidikan yang tepat untuk beradaptasi dengan kebutuhan perawatan modern<sup>35</sup>.

2. Hubungan motivasi dengan sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Untuk mengetahui hubungan motivasi perawat pelaksana dengan sikap perawat pelaksana dalam mendukung penerapan program *patient safety* dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.9. Tabel silang Motivasi Dengan Sikap Mendukung Penerapan Program *Patient Safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Motivasi	Sikap mendukung <i>patient safety</i>		Total
	Rendah	Tinggi	
Rendah	14	8	22
	77,8%	13,8%	28,9%
Tinggi	4	50	54
	22,2%	86,2%	71,1%
Total	18	58	76
	100%	100%	100%

$$X^2 = 27,343 \text{ } p \text{ value} = 0,000$$

Berdasarkan tabel 4.9 menunjukkan bahwa responden yang memiliki motivasi rendah, mempunyai sikap mendukung penerapan program *patient safety* rendah 14 orang (77,77%) lebih besar dibandingkan dengan sikap mendukung tinggi 8 orang (13,79%). Pada motivasi tinggi, proporsi sikap mendukung tinggi 50 orang (86,21%) lebih besar dibandingkan dengan sikap mendukung rendah 4 orang (22,33%).

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *chi square*  $X^2 = 27,343$  dengan  $p \text{ value} = 0,000$  (  $p < 0,05$  ) jadi  $H_0$  ditolak  $H_a$  diterima, maka dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan yang bermakna / signifikan antara motivasi dengan sikap mendukung penerapan program



*patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Hasil tersebut dapat diartikan dengan motivasi tinggi maka sikap perawat dalam mendukung penerapan program *patient safety* akan semakin tinggi pula, pada motivasi rendah akan menghasilkan sikap perawat dalam mendukung penerapan program *patient safety* rendah, karena motivasi mempunyai arti mendasar sebagai inisiatif penggerak perilaku seseorang secara optimal, hal ini disebabkan karena motivasi merupakan kondisi internal, kejiwaan dan mental manusia seperti aneka keinginan, harapan kebutuhan, dorongan dan kesukaan yang mendorong individu untuk berperilaku kerja guna mencapai tujuan yang dikehendaknya, dan bertanggung jawab serta berani menghadapi resiko sesuai keyakinannya<sup>17,31</sup>.

Motivasi adalah proses mempengaruhi atau mendorong dari luar terhadap seseorang atau kelompok kerja agar mereka mau melaksanakan tugas yang diberikan. Motivasi keperawatan merupakan suatu proses psikologis yang mencerminkan interaksi antara sikap, kebutuhan, persepsi, dan keputusan yang diambil oleh seorang perawat. Selanjutnya motivasi akan dikaitkan dengan tindakan, sebab motif yang besar tidak efektif tanpa ada tindakan yang merupakan *follow-up* dari motif tersebut<sup>17</sup>. Sering tidak disadari oleh perawat-perawat yang mempunyai prestasi kerja tinggi karena mempunyai motivasi yang tinggi pula, sebaliknya mereka yang mempunyai motivasi rendah akan memiliki prestasi kerja yang rendah. Hal ini bisa juga terjadi pada sikap dalam mendukung penerapan program *patient safety*.

Beberapa faktor yang mempengaruhi motivasi kerja antara lain: atasan, kolega, sarana fisik, kebijakan, peraturan, imbalan jasa uang

dan non uang, jenis pekerjaan dan tantangan. Motivasi individu untuk bekerja dipengaruhi pula oleh kepentingan pribadi dan kebutuhan masing-masing<sup>17</sup>.

Tabel 4.10 Ringkasan Hubungan Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen Yang Bermakna

Variabel bebas	$\chi^2$	<i>P value</i>	Keterangan
Pengetahuan	76,00	0,000	Ada Hubungan ( $p < 0,05$ )
Motivasi	27,343	0,000	Ada Hubungan ( $p < 0,05$ )

Pada tabel 4.10 di atas menunjukkan bahwa pengetahuan dan motivasi berhubungan dengan sikap perawat pelaksana dalam mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Kemudian variabel tersebut dianalisis multivariat sendiri-sendiri dan bersama-sama untuk mengetahui besarnya pengaruh variabel bebas terhadap sikap perawat.

#### E. Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik. Agar diperoleh model regresi yang mampu menjelaskan variabel-variabel independen yang berpengaruh terhadap variabel dependen, dilakukan suatu prosedur sebagai berikut :

1. Menentukan variabel independen yang berhubungan mempunyai nilai  $p < 0,05$  dalam uji hubungan dengan variabel dependen yaitu dengan metode *chi-square*.
2. Variabel independen yang masuk kriteria nomor 1 diatas, dimasukkan kedalam logistik regresi bivariat dengan  $p \leq 0,25$ .
3. Didalam penentuan model yang cocok dilakukan berdasarkan dari uji *wald* dan nilai *Exp B*.

Namun untuk variabel independen yang tidak bermakna ( $p > 0,05$ ) tetapi mempunyai arti teoritis penting, maka tidak dikeluarkan dalam melakukan analisis yaitu dengan memperhatikan  $Exp B (Exp B > 2)$ .

Pada pengujian hubungan variabel independen dengan dependen yang mempunyai hasil  $p < 0,05$  dan selanjutnya dapat dimasukkan kedalam model logistik regresi bivariat adalah seperti pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.11 Ringkasan Hasil Analisis Bivariat Menggunakan uji *Regresi Logistik* Metode Enter.

Variabel	B	SE	Wald	df	p	Exp B
Pengetahuan	1,022	0,230	19,769	1	0,000	2,779
Motivasi	0,346	0,087	15,699	1	0,000	2,041

Berdasarkan tabel tersebut diatas dapat diketahui bahwa hasil analisis bivariat dengan  $p < 0,25$  variabel pengetahuan dan motivasi dapat dimasukkan kedalam uji statistik metode multivariat

Tabel 4.12 Hasil Analisis Multivariat Menggunakan *Regresi Logistik* Metode Enter

Variabel	B	SE	Wald	df	p	Exp B
Pengetahuan	0,704	0,257	7,504	1	0,006	2,322
Motivasi	0,257	0,110	5,409	1	0,020	2,093
Konstanta	-26.621	7,865	11,455	1	0,001	0,000

Dari tabel diatas terlihat bahwa :

1. Variabel pengetahuan dengan  $p = 0,006$  ( $p < 0,05$ ) dan  $Exp B = 2,322$  menunjukkan bahwa pengetahuan perawat di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta kurang baik, resiko untuk mempunyai sikap tidak mendukung penerapan program *patient safety* 2,322 kali daripada yang mendukung.
2. Variabel motivasi dengan  $p = 0,020$  ( $p < 0,05$ ) dan  $Exp B = 2,093$  menunjukkan bahwa motivasi perawat pelaksana terhadap penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif

RSUD Dr. Moewardi Surakarta rendah, resiko untuk mempunyai sikap tidak mendukung penerapan program *patient safety* 2,093 kali daripada yang mendukung.

Dari uji multivariat dapat disimpulkan bahwa semua sub variabel bebas yaitu pengetahuan dan motivasi mempengaruhi secara bersama-sama terhadap sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut melalui uji analisis multivariat dengan uji regresi logistik, maka supaya sikap mendukung penerapan program *patient safety* bertahan pada sikap mendukung yang lebih tinggi perlu dilakukan upaya peningkatan pengetahuan dan motivasi secara bersama-sama.

Meningkatkan pengetahuan perawat untuk memperbaiki kinerjanya dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu dengan sosialisasi, pelatihan berkelanjutan, dan belajar ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi. Melalui tindakan dan belajar, seseorang akan bertambah kepercayaan dirinya dan berani mengambil sikap terhadap sesuatu yang akhirnya akan mempengaruhi perilaku<sup>9</sup>.

Motivasi adalah proses mempengaruhi atau mendorong dari luar terhadap seseorang atau kelompok kerja agar mereka mau melaksanakan tugas yang diberikan. Motivasi kerja adalah sesuatu yang menimbulkan semangat atau dorongan kerja. Selanjutnya motivasi akan dikaitkan dengan tindakan, sebab motif yang besar tidak efektif tanpa ada tindakan yang merupakan *follow-up* dari motif tersebut<sup>17</sup>. Sering tidak disadari oleh individu-individu yang mempunyai prestasi kerja tinggi karena mempunyai motivasi yang tinggi pula, sebaliknya mereka yang mempunyai motivasi rendah akan

memiliki prestasi kerja yang rendah. Hal ini bisa juga terjadi pada sikap dalam mendukung penerapan program *patient safety* rendah karena motivasi yang rendah pula.

Banyak pakar menyadari bahwa teori motivasi sering tidak berhasil dalam praktek, yang menjadi pertanyaan adalah : apa sebabnya, apa teorinya salah, tidak mencukupi atau tidak relevan? Ataukah masalahnya terletak pada tahap penerapan? Timpe berpendapat bahwa kurang berhasilnya program sering disebabkan oleh salah pengertian mengenai teori atau penerapan yang buruk dari konsep motivasi yang baik.

Hasil dari wawancara menunjukkan bahwa perawat-perawat yang secara teori mempunyai pengetahuan tinggi, motivasi tinggi tetapi dalam penerapan tidak sesuai menyebutkan bahwa dia tidak menerapkan pengetahuannya karena tidak adanya harapan, peluang untuk peningkatan statusnya sebagai perawat, yang lainnya menyampaikan bahwa yang menerapkan maupun yang tidak menerapkan tidak ada pembeda baik insentif yang berupa uang maupun non uang.

Tersedianya imbalan adalah syarat mutlak bagi motivasi, tapi aspek terpenting adalah tersedianya imbalan yang pasti diterima setiap pegawai bukan imbalan yang dijanjikan akan diterima.

Teori faktor ganda Herzberg mengidentifikasi pekerjaan dasar terbagi menjadi 2 dimensi yaitu<sup>41</sup> :

1. Kondisi sekitar tugas. didalamnya tercakup kebijakan administrasi, kebersihan tempat kerja, hubungan antar pegawai. Herzberg menamakan kondisi itu sebagai faktor higienis, karena meskipun

hal tersebut merupakan prasyarat penting bagi kepuasan bekerja, kondisi itu sendiri tak membangkitkan performa tinggi.

2. Tugas itu sendiri. Apakah tugas tersebut memberikan perasaan puas ( ada pengakuan atas pencapaian itu ), apakah tugas itu memberikan tantangan sehingga pegawai merasa ada pertumbuhan kemampuan.

Kondisi tugas dinamakan faktor motivasi, karena keberadaannya atau ketidakberadaannya sangat menentukan apakah individu tersebut termotivasi untuk berperforma tinggi. Jadi menurut Herzberg kebutuhan akan faktor motivasi terdiri dari tingkatan lebih tinggi yaitu penghargaan dan aktualisasi diri.

Kenyataan yang sering terjadi imbalance yang diberikan terpusat pada kebutuhan tingkat rendah (higien faktor) dan bukan penyediaan kesempatan bagi pegawai untuk memuaskan kebutuhan tingkat tinggi.

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<sup>31</sup>. Sikap seorang perawat yang baik adalah sikap dimana perawat tersebut mau mengerjakan pekerjaan tanpa terbebani oleh sesuatu yang menjadi konflik internal dalam menyelesaikan tugas yang diberikan kepadanya. Sikap ini akan mempengaruhi perilaku seorang perawat dalam menghadapi pasiennya. Sedangkan sikap seseorang dalam memberikan respon terhadap masalah dipengaruhi oleh kepribadian seseorang. Kepribadian ini dibentuk sejak lahir dan berkembang sampai dewasa<sup>35</sup>.

#### **E. Kelemahan dan Kekuatan penelitian.**

Kelemahan paling pokok penelitian ini terletak pada instrumen pengumpulan data atau disebut dengan skala. Skala yang digunakan dalam mengukur variabel penelitian belum standard / baku dan belum teruji keandalanya berkali-kali sehingga memiliki kecenderungan bias mengungkap apa yang sebenarnya ingin diungkap. Skala penelitian disusun oleh peneliti sendiri berdasarkan tinjauan pustaka/ teori yang ada dengan cara mengoperasionalkan variabel / konstruk variabel melalui item-item pertanyaan. Sedangkan upaya untuk meminimalkan bias dalam konstruksi instrumen tersebut dilakukan dengan prosedur uji validitas dan reliabilitas.

Kelemahan lain dalam penelitian ini adalah hanya mengukur sampai pada sikap belum pada praktek, sehingga belum terungkap mengapa perawat yang mempunyai pengetahuan baik dan motivasi tinggi tapi penerapannya tidak sesuai.

Namun demikian penelitian ini memiliki kekuatan sehingga layak untuk dilaksanakan. Kekuatan tersebut terletak pada permasalahan yang diangkat yakni merupakan masalah aktual bagi RSUD Dr. Moewardi Surakarta dan harus diselesaikan oleh manajemen.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut.

1. Karakteristik responden yang memberikan kontribusi pada penelitian ini sebagian besar umur 25 - 40 tahun (51,3%), jenis kelamin perempuan (65,8%), status menikah (82,9%), masa kerja > 15 tahun (51,3%), pendidikan DIII Keperawatan (75%) dan sudah pernah mengikuti sosialisasi *patient safety* (55,3%).
2. Pengetahuan perawat pelaksana tentang konsep *patient safety* baik (76,3%), motivasi mendukung penerapan program *patient safety* tinggi (71,1%), Khusus untuk pengetahuan ada beberapa konsep yang kurang dipahami yaitu : informasi kondisi pasien dari shift ke shift tidak diperlukan (15,8%), pendokumentasian tidak perlu yang penting pasien selamat (15,8%), sebelum memasang infus tidak perlu cuci tangan (30,26%).  
Sedangkan untuk motivasi beberapa hal yang masih perlu diperhatikan adalah : (42,1%) tidak mendukung karena sudah mempunyai banyak pengalaman (34,2%) tidak mendukung karena tidak mengubah status, (35,5%) *patient safety* kurang penting dalam meningkatkan kesejahteraan, (48,7%) jasa pelayanan yang diterima tidak ada hubungannya dengan penerapan program *patient safety*
3. Perawat pelaksana yang mempunyai sikap mendukung penerapan program *patient safety* tinggi (76,3%) lebih banyak dari pada perawat pelaksana yang mempunyai sikap mendukung rendah. Tapi ada beberapa



hal yang menunjukkan perawat pelaksana mempunyai sikap mendukung rendah yaitu: (57,8%) kurang setuju menggunakan infus pump untuk memantau ketepatan cairan, (53,9%) tidak setuju mengganti infus set lengkap setiap 3 hari sekali, (46%) tidak setuju satu jarum suntik untuk satu kali injeksi.

4. Ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta ( $\chi^2 : 76,00$   $p = 0,000$ ).
5. Ada hubungan antara motivasi dengan sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta ( $\chi^2 : 27,343$   $p = 0,000$ ).
6. Ada pengaruh bersama-sama pengetahuan perawat dan motivasi perawat terhadap sikap mendukung penerapan program *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Untuk perawat yang mempunyai pengetahuan tidak baik mempunyai resiko sikap mendukung rendah adalah 2 kali dari yang mempunyai sikap mendukung tinggi ( $p = 0,006$ ,  $Exp(\beta) = 2,322$ ) dan untuk perawat yang mempunyai persepsi motivasi tidak baik mempunyai resiko sikap mendukung rendah adalah 2 kali dari yang mempunyai motivasi tinggi ( $p = 0,020$ ,  $Exp(\beta) = 2,093$ ).

## **B. SARAN**

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka dapat diajukan beberapa saran sebagai berikut :

### 1. kepada tim KPRS

#### a. Pada pengetahuan perawat pelaksana

Diperlukan pelaksanaan pendidikan dan pelatihan lebih mendalam mengenai konsep *patient safety*. Misalnya menekankan pentingnya

komunikasi antar shift tentang kondisi pasien, lebih menggalakkan /menertibkan penolisan dokumentasi asuhan keperawatan untuk menjamin informasi yang akurat dan menyadarkan pentingnya cuci tangan setiap kali sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

b. Untuk peningkatan motivasi perawat pelaksana

Agar perawat mempunyai motivasi tinggi untuk menerapkan program *patient safety* maka manajemen perlu meninjau ulang sistem penghargaan yang diberikan kepada perawat yaitu ada pembeda bagi perawat yang menerapkan program *patient safety* dengan yang tidak. Misalnya : penerimaan jasa pelayanan, peluang promosi jabatan bisa dalam bentuk jabatan struktural atau sistem jenjang karier fungsional (PK I, PK II, PK III dan PK IV), kesempatan belajar kejenjang yang lebih tinggi dan juga ada sanksi untuk perawat yang tidak menerapkan program *patient safety* karena dia tidak menjamin keselamatan pasien.

c. Untuk pelaksanaan sosialisasi

Karena *patient safety* bisa dianggap sebagai program baru, dan sosialisasi yang pernah dilaksanakan dinilai kurang mengena ( karena peserta sosialisasi dari perawat pelaksana hanya perwakilan ), maka bisa ditempuh berbagai cara misalnya disampaikan melalui buletin rumah sakit, surat edaran dari direktur atau setiap apel pagi. Dan hal ini bisa dilakukan berulang-ulang sampai diyakini semua karyawan mengetahui konsep *patient safety* tersebut.

2. Kepada direktur

Dilakukan pemangkasan birokrasi dalam pemenuhan inventori bahan-bahan yang mendukung terlaksananya program *patient safety*. Misalnya : pagar pengaman tempat tidur, tersedianya infus pump sesuai kapasitas tempat tidur, jumlah tenaga inti di rumah sakit

(perawat dan dokter) lebih banyak daripada tenaga administrasi, dan juga mempermudah SDM untuk melakukan cuci tangan (cukup handuk/tisu dan wastafel)

## DAFTAR PUSTAKA

1. Simmons BI, et al. *A Comparison of the Positive & Negative Work Attitudes of Hospital Nurses*. Health Care Manage Rev, Aspers Publiser, Inc, 2001.
2. KARS, *Standar Pelayanan Rumah Sakit, Instrumen Penilaian Akreditasi RS. Pelayanan Intensif*, Bandung, 2006.
3. DepKes RI, *Pedoman Gedung ICU Rumah Sakit klas A dan B*, 2001.
4. Kusnanto, Hari. *Peran Sistem Informasi Kesehatan*, Program Studi Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, UGM, 2007.
5. Green, LW, *Health Promotion Planning, Educational and Environmental Approach*, The John Hopkins University, Mayfield Publishing, USA, 1991.
6. Harian Umum Solo Pos, *Kinerja Perawat RSUD Dr. Moewardi*, 24 April 2008.
7. Supari, Siti Fadilah. *Sambutan Penganjangan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit*, Jakarta, 2005.
8. KKP RS, *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*, Departemen Kesehatan RI, 2006.
9. Notoatmojo, S, *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Yogyakarta 1993.
10. Robbins Stephen P. *Perilaku Organisasi*, PT. Prenhallindo, Jakarta, 2001.
11. Steven L, Mc.Shane, Marry ann Von Glinov. *Organizational Behavior*, Mc Graw- Hill Higher Education, Second edition.
12. Sigit, Soehardi. *Perilaku Organisasional*, Bagian Penerbitan Fakultas Ekonomi, Universitas Sarjanawiyata Tamansiswa, Yogyakarta, 2003.
13. Robert L. Mathis. John H. Jackson. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, PT Salemba Emban Patria, Jakarta, 2002.
14. Notoatmojo, S, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, PT Rineka Cipta, Jakarta, 2005.
15. Jann Hidajat Tjakraatmadja dan Donald Crestofel Lantu. *Knowledge Management dalam Konteks Organisasi Pembelajaran*, Penerbit SBM-ITB, Bandung, 2006.
16. Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi ke III, Binarupa Aksara, 1996.

17. Sadili,Samsudin. *Manajemen Sumber Daya manusia*,Pustaka Setia,2006.
18. Nursalam. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional*, edisi pertama- jakarta salemba medika, 2002.
19. DepKes RI,*Standart Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit*,1997.
20. Persatuan Perawatan Nasional Indonesia (PPNI), *Panduan Keperawatan dan Praktek Keperawatan*,Jakarta,1999.
21. Efendy,Christantie. *Intervensi keperawatan berbasis pada bukti-bukti ilmiah dalam rangka patient safety*,Yogyakarta,2007.
22. Usman H,*Metode Penelitian Sosial*. Edisi IV, Bumi Aksara,Jakarta,2003.
23. Azwar, Saifudin. *Reliabilitas dan Validitas*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta,1997.
24. Arikunto, S. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, PT. Rineka Cipta, Jakarta,1997.
25. Murti,Bisma. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Sebelas Maret, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1997.
26. Singarimbun, Masri, Effendi, Sofian. *Metode penelitian survai*. LP3ES,Yogyakarta, 1987.
27. Sugiyono, *statistik untuk penelitian*,cetakan ke enam, CV Alfabeta.Bandung,2004.
28. Lumenta, Nico A, *Peranan Promosi Dalam Meningkatkan Patient Safety*,Sosialisasi Promosi Kesehatan di Rumah Sakit Bagi Direktur Utama Rumah Sakit, Depok,2007.
29. Sampurno,Budi. *Indikator Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*,Materi Kuliah, 2007.
30. Mangkupawiro,S, *Manajemen Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit*. Edisi I. Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta, 2003.
31. Azwar, S. *Sikap Manusia, Teori dan pengukurannya*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 1995.
32. DepKes RI, *Panduan Nasional Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*,2006.
33. Sastrohadiwiryono,Siswanto. *Manajemen Tenaga Kerja Indonesia ; Pendekatan Administrasi dan Operasional*, Buki Aksara,Jakarta,2002.

34. Tim KPRS RSUD Dr. Moewardi Surakarta, *Kebijakan Direktur Tentang Program Penerapan Patient Safety*,2007.
35. Gibson, Jk, et al, *Perilaku – Struktur – Proses*, jilid I Edisi delapan, Adiani N (alih bahasa ), Bina Rupa Aksara, Jakarta,1996.
36. PPNI, *Standar Praktek Keperawatan*, Jakarta,2001.
37. Kusumapraja, R. *Perencanaan Kebutuhan Tenaga Perawat Di Rumah Sakit. Makalah Manajemen Keperawatan*. RSU Persahabatan, Jakrta. 2002.
38. Swanburg, RC. *Managemen And Leadership For Nurses Managers*. Second edition. Massa cushetts. 1996.
39. Soetarlinah S., *Modifikasi Perilaku : Penerapan Sehari-hari dan Penerapan Profesional*. Lyberty, Yogyakarta.1983.
40. Soeroso, S., *Manajemen Sumber Daya Manusia Di Rumah Sakit Suatu Pendekatan Sistem*. EGC. Jakarta, 2003.
41. Timpe, Dale., *Seri Manajemen Sumber Daya Manusia : Memotivasi Pegawai*. Gramedia. Jakarta. 1999.

Kepada Yth.  
Perawat di Instalasi Perawatan Intensif  
RSUD Dr.Moewardi Surakarta.

Dengan hormat,

Ditengah kesibukan saudara dalam menjalankan tugas perkenankan saya memohon kesediaannya untuk meluangkan sedikit waktu guna mengisi kuesioner yang saya sertakan berikut.

Kuesioner ini disusun sebagai data penelitian yang berjudul "Analisis Pengetahuan dan Motivasi perawat yang mempengaruhi Sikap mendukung penerapan program *Patient Safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr.Moewardi Surakarta", yang saya lakukan guna memenuhi syarat mencapai derajat sarjana S-2 pada Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Silahkan mengisinya sesuai keadaan diri saudara. Kuesioner ini hanya digunakan sebagai penelitian, sehingga tidak akan mempengaruhi / menghambat karir saudara. Jawaban yang baik adalah yang sesuai dengan keadaan diri saudara. Kerahasiaan identitas diri saudara sebagai subyek akan dijamin oleh peneliti, oleh karena itu saudara tidak perlu khawatir memberikan jawaban secara terbuka dan apa adanya.

Saya mengucapkan terimakasih atas kerjasama dan bantuan yang telah saudara berikan. Besar harapan saya untuk menerima kembali kuesioner yang telah diisi dengan lengkap.

Hormat saya

Ariyani  
E4A007008

## KUESIONER PENELITIAN

### Analisis Pengetahuan dan Motivasi Perawat yang Mempengaruhi sikap Mendukung Penerapan Program *Patient Safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta Tahun 2008

#### 1. Karakteristik Responden

Isilah sesuai dengan data pribadi saudara

- a. Umur :
- b. Jenis kelamin :
- c. Status perkawinan :
- d. Masa kerja :
- e. Tingkat pendidikan :
- f. Sosialisasi *patient safety* :

#### 2. Pengetahuan

Petunjuk pengisian :

Berilah penilaian atas masing-masing pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda silang ( x ) pada kolom pilihan yang sesuai menurut saudara. Dengan penjelasan :

- S : Salah
- B : Benar

NO	PERNYATAAN	S	B
1.	Program <i>Patient Safety</i> adalah untuk menjamin keselamatan pasien yang dirawat dirumah sakit		
2.	Cara pelaporan Kejadian Tak diharapkan bersifat rahasia.		
3.	Formulir laporan Kejadian Tak diharapkan sudah disediakan di seluruh ruang perawatan.		



4.	Rumah sakit wajib menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi staf dalam rangka pelayanan asuhan kepada pasien yang aman.		
5.	Setiap keluhan atau perubahan suhu tubuh pada pasien post operasi adalah hal biasa jadi tidak perlu didokumentasikan.		
6.	Menginformasikan kondisi pasien serta program yang telah dan akan dilakukan dari satu shift ke shift berikutnya tidak perlu dilakukan.		
7.	Kejadian Tak Diharapkan didiskusikan dan dianalisis penyebab masalahnya supaya tidak terulang lagi		
8.	Seorang perawat harus selalu meneliti kembali jenis obat, dosis obat, cara pemberian, waktu pemberian dan nama pasien sebelum menyuntik pasien.		
9.	Sebelum melakukan pemasangan infus daerah yang akan di infus harus di desinfeksi dengan alkohol.		
10.	Pendokumentasian asuhan keperawatan secara lengkap tidak diperlukan, yang penting pasien selamat.		
11.	Perawat harus menjelaskan tujuan, manfaat dan kemungkinan resiko kepada pasien sebelum melakukan tindakan.		
12.	Pasien yang tidak kooperatif, penggunaan pagar pengaman tempat tidur sangat diperlukan		
13.	Saat perawat mau memasang infus tidak perlu cuci tangan terlebih dahulu, karena akan menggunakan sarung tangan.		
14.	Sebelum menyentuh pasien perawat tidak perlu cuci tangan.		

### 3. Motivasi

Petunjuk pengisian :

Berilah penilaian atas masing-masing pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda silang ( x ) pada kolom pilihan yang sesuai menurut saudara. Dengan penjelasan :

SS = Sangat Sesuai

S = Sesuai

KS = Kurang Sesuai

TS = Tidak Sesuai

STS = Sangat Tidak Sesuai

NO	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
1.	Dengan menerapkan <i>patient safety</i> saat memberikan asuhan keperawatan agar terhindar dari tuntutan.					

2.	Saya akan memonitor tanda infeksi nosokomial sebagai salah satu bentuk mendukung penerapan program <i>Patient Safety</i>					
3.	Saya tidak terdorong mendukung penerapan program <i>Patient Safety</i> karena <i>Patient Safety</i> tidak mengubah status saya sebagai perawat pelaksana (karier yang mentok).					
4.	Saya berusaha untuk memperbaiki sikap dalam pelayanan asuhan demi keselamatan pasien					
5.	Saya senang dan terbuka akan hal-hal baru yang dapat meningkatkan wawasan, ketrampilan sehubungan dengan pekerjaan saya termasuk adanya penerapan program <i>patient safety</i> .					
6.	Jasa pelayanan yang saya terima tidak ada hubungannya dengan <i>patient safety</i> .					
7.	Saya tidak akan mendukung penerapan program <i>Patient Safety</i> karena saya sudah mempunyai banyak pengalaman dalam pemberian pelayanan asuhan keperawatan, sehingga tindakan saya dipastikan aman.					
8.	Menurut saya <i>patient safety</i> kurang penting dalam meningkatkan pendapatan RS dan kesejahteraan karyawan RS					
9.	Saya tidak mendukung penerapan program <i>Patient Safety</i> karena ada juga perawat yang tidak mendukung.					
10.	Saya akan mendukung penerapan program <i>Patient Safety</i> agar masyarakat lebih percaya dengan Rumah Sakit tempat saya bekerja.					
11.	Saya termotivasi menerapkan program <i>patient safety</i> karena ada komplain dari pelanggan.					
12.	Saya akan mendukung penerapan program <i>Patient Safety</i> karena saya akan meningkatkan kesejahteraan saya.					

#### 4. Sikap Mendukung Penerapan Program *Patient Safety*

Petunjuk pengisian :

Berilah penilaian atas masing-masing pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda silang ( x ) pada kolom pilihan yang sesuai menurut saudara. Dengan penjelasan :

SS = Sangat Setuju  
 S = Setuju  
 KS = Kurang Setuju  
 TS = Tidak Setuju  
 STS = Sangat Tidak Setuju

NO	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
1.	Untuk pasien yang sudah terbiasa memakai obat yang sama, tidak saya lakukan <i>skin test</i>					
2.	Setiap tindakan <i>invasif</i> saya menggunakan prinsip aseptik.					
3.	Supaya hemat saya menggunakan satu jarum suntik untuk beberapa kali injeksi.					
4.	Saat mau melakukan injeksi saya menggunakan prinsip 6 benar (benar pasien, benar dosis, benar obat, benar waktu, benar tempat dan benar dokumentasi).					
5.	Saya menggunakan infus pump untuk memantau ketepatan terapi cairan.					
6.	Untuk mencegah pasien jatuh saya selalu memasang pengaman tempat tidur, sebelum pasien saya tinggalkan.					
7.	Saya mempercayakan keluarga pasien untuk mengawasi kelancaran tetesan infus.					
8.	Saya selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.					
9.	Saya mengganti infus set lengkap setiap 3 hari sekali untuk mencegah plebitis.					
10.	Saya memanggil ulang nama pasien sebelum tindakan untuk memastikan kebenaran identitas					

## Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner pada 30 Responden

### 1. Hasil Uji Validitas dan Reliability Pengetahuan

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

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

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.804	14

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
aitem_1	23.13	8.257	.438	.793
aitem_2	23.27	7.857	.411	.793
aitem_3	23.23	7.840	.460	.789
aitem_4	23.20	7.890	.490	.788
aitem_5	23.20	8.028	.415	.793
aitem_6	23.20	8.028	.415	.793
aitem_7	23.50	7.500	.437	.792
aitem_8	23.20	8.028	.415	.793
aitem_9	23.37	7.689	.408	.794
aitem_10	23.33	7.678	.433	.791
aitem_11	23.30	7.597	.497	.785
aitem_12	23.23	7.978	.392	.794
aitem_13	23.33	7.747	.404	.794
aitem_14	23.37	7.689	.408	.794

## 2. Hasil Uji Validitas dan Reliability Motivasi

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

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

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.848	12

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
aitem1	38.10	50.507	.599	.831
aitem2	37.63	52.654	.500	.838
aitem3	37.97	50.861	.510	.839
aitem4	37.67	51.540	.572	.833
aitem5	38.03	52.861	.564	.834
aitem6	37.73	53.030	.532	.836
aitem7	37.43	56.185	.483	.840
aitem8	37.50	57.776	.426	.844
aitem9	38.07	53.995	.537	.836
aitem10	37.57	52.392	.538	.835
aitem11	37.67	53.057	.459	.842
aitem12	37.47	53.913	.548	.835

### 3. Hasil Uji Validitas dan Reliability Sikap

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

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

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.799	10

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
aitem1	28.40	38.938	.465	.784
aitem2	28.47	37.361	.519	.778
aitem3	28.73	37.030	.540	.775
aitem4	28.67	38.713	.377	.792
aitem5	28.97	36.516	.482	.781
aitem6	28.20	35.683	.463	.784
aitem7	28.20	35.545	.518	.776
aitem8	28.80	36.510	.395	.793
aitem9	28.93	37.306	.461	.783
aitem10	28.53	35.706	.561	.771

## HASIL PENGOLAHAN SPSS

### 1. Hasil Uji Normalitas Data

#### NPar Tests

##### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pengetahuan	76	26.37	2.785	18	28
motivasi	76	39.34	7.964	20	51
sikap	76	29.53	4.723	17	37

##### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		pengetahuan	motivasi	sikap
N		76	76	76
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	26.37	39.34	29.53
	Std. Deviation	2.785	7.964	4.723
Most Extreme Differences	Absolute	.353	.243	.303
	Positive	.279	.155	.152
	Negative	-.253	-.143	-.203
Kolmogorov-Smirnov Z		1.074	1.122	1.042
Asymp. Sig. (2-tailed)		.156	.245	.327

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

## 2. Hasil Hubungan Pengetahuan dengan Sikap

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kategoripengetahuan * kategorisikap	76	100.0%	0	.0%	76	100.0%

### kategoripengetahuan \* kategorisikap Crosstabulation

			kategorisikap		Total
			rendah	tinggi	
kategoripengetahuan	kurang baik	Count	18	0	18
		Expected Count	4.3	13.7	18.0
		% of Total	23.7%	.0%	23.7%
	baik	Count	0	58	58
		Expected Count	13.7	44.3	58.0
		% of Total	.0%	76.3%	76.3%
Total	Count	18	58	76	
	Expected Count	18.0	58.0	76.0	
	% of Total	23.7%	76.3%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	76.000 <sup>b</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	70.568	1	.000		
Likelihood Ratio	83.207	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	75.000	1	.000		
N of Valid Cases	76				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.26.



### 3. Hasil Hubungan Motivasi dengan Sikap

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kategorimotivasi * kategorisikap	76	100.0%	0	.0%	76	100.0%

#### kategorimotivasi \* kategorisikap Crosstabulation

			kategorisikap		Total
			rendah	tinggi	
kategorimotivasi	rendah	Count	14	8	22
		Expected Count	5.2	16.8	22.0
		% of Total	18.4%	10.5%	28.9%
	tinggi	Count	4	50	54
		Expected Count	12.8	41.2	54.0
		% of Total	5.3%	65.8%	71.1%
Total	Count	18	58	76	
	Expected Count	18.0	58.0	76.0	
	% of Total	23.7%	76.3%	100.0%	

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	27.343 <sup>b</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	24.321	1	.000		
Likelihood Ratio	25.848	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	26.983	1	.000		
N of Valid Cases	76				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.21.

**4. Hasil Uji Regresi Logistik**  
**a. Logistic Regression Pengetahuan**

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	76	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	76	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		76	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
rendah	0
tinggi	1

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	54.222	1	.000
	Block	54.222	1	.000
	Model	54.222	1	.000

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	28.985 <sup>a</sup>	.510	.767

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	pengetahuan	1.022	.230	19.769	1	.000	2.779	1.771	4.362
1	Constant	-25.139	5.957	17.811	1	.000	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: pengetahuan.

**b. Logistic Regression (Motivasi)**  
**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	76	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	76	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		76	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
rendah	0
tinggi	1

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	49.126	1	.000
	Block	49.126	1	.000
	Model	49.126	1	.000

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	34.080 <sup>a</sup>	.476	.715

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	motivasi	.346	.087	15.699	1	.000	2.041	1.591	3.678
1	Constant	-11.846	3.367	12.376	1	.000	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: motivasi.

### c. Logistic Regression (Pengetahuan, Motivasi)

#### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	76	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	76	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		76	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

#### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
rendah	0
tinggi	1

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	63.632	2	.000
	Block	63.632	2	.000
	Model	63.632	2	.000

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	19.574 <sup>a</sup>	.567	.852

a. Estimation terminated at iteration number 7 because parameter estimates changed by less than .001.

#### Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	motivasi	.257	.110	5.409	1	.020	2.093	1.441	2.605
	pengetahuan	.704	.257	7.504	1	.006	2.322	1.222	3.347
	Constant	-26.621	7.865	11.455	1	.001	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: motivasi, pengetahuan.

### Lampiran hasil wawancara

Responden 1.

Saya mempunyai pendidikan dasar DIII Keperawatan, dan juga mempunyai ijazah sarjana tapi bukan sarjana keperawatan, mempunyai masa kerja lebih dari 25 tahun, tahun depan saya sudah pensiun. Dan sampai sekarang saya berstatus sebagai perawat pelaksana.

Responden 2.

Saya bekerja di RSUD Dr. Moewardi Surakarta baru 3 tahun, dengan pendidikan dasar DIII. saya melihat senior saya bekerja asal - asalan dan tidak ada teguran dari manajemen, makanya saya jadi terpengaruh mengikuti senior saya.

Responden 3.

Sosialisasi tentang *patient safety* pernah saya ikuti, dan saya menyadari apabila semua tenaga kesehatan menerapkan program tersebut dengan baik maka rumah sakit akan dipercaya masyarakat. Tapi apa imbalan yang akan saya terima?

Responden 4.

Ternyata tidak ada pembeda penghargaan untuk perawat yang rajin dan perawat yang malas, yang pintar dan yang bodoh. Juga peluang promosi bagi perawat sangat sedikit sementara jumlah anggotanya paling banyak. Sehingga membuat motivasi saya berangsur-angsur hilang. Dan sekarang saya bekerja asal kerja saja.



## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
PERNYATAAN .....	iii
RIWAYAT HIDUP .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvi
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Pertanyaan Penelitian .....	10
D. Tujuan Penelitian .....	10
E. Manfaat Penelitian.....	11
F. Ruang Lingkup Penelitian.....	12
G. Keaslian Penelitian .....	13
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep <i>Patient Safety</i> .....	14
1. Pengertian.....	14
2. Kebijakan Depkes.....	14
3. Kebijakan Direktur RSUD Dr. Moewardi.....	15
4. Manfaat Penerapan.....	21
5. Langkah Penerapan.....	22

6. Langkah Kegiatan Di Rumah Sakit.....	24
7. Prosedur Perawatan Bertujuan <i>Patient Safety</i> .....	24
8. Standar <i>Patient Safety</i> .....	24
B. Instalasi Perawatan Intensif.....	31
1. Pengertian.....	31
2. Tujuan Perawatan Di Instalasi Perawatan Intensif.....	31
3. Indikasi Pasien Masuk Dan Keluar Perawatan Intensif....	32
4. Persyaratan Ruang Perawatan Intensif.....	34
5. SDM Di Instalasi Perawatan Intensif.....	35
C. Faktor-Faktor Internal Perawat.....	38
1. Pengetahuan.....	38
2. Motivasi.....	40
3. Sikap.....	45
D. Kerangka teori.....	49

### BAB III : METODOLOGI PENELITIAN

A. Variabel Penelitian .....	51
B. Hipotesis Penelitian .....	51
C. Kerangka Konsep .....	52
D. Rancangan Penelitian .....	52
1. Jenis penelitian.....	52
2. Pendekatan waktu pengumpulan data.....	52
3. Metode pengumpulan data.....	53
4. Populasi penelitian.....	53
5. Prosedur sampel dan sampel penelitian.....	54
6. Definisi operasional dan skala pengukuran.....	54
7. Instrumen penelitian dan cara penelitian.....	56
8. Teknik pengolahan dan analisis data.....	61



#### BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Daerah Penelitian.....	65
B. Deskripsi Karakteristik Responden.....	67
C. Deskripsi Responden menurut variabel penelitian.....	69
1. Pengetahuan tentang <i>patient safety</i> .....	69
2. Motivasi responden.....	73
3. Sikap terhadap program <i>patient safety</i> .....	77
D. Hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat.....	79
1. Pengetahuan dengan sikap.....	79
2. Motivasi dengan sikap.....	81
E. Analisis Multivariat.....	84
F. Kelemahan dan Kekuatan penelitian.....	88

#### BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan .....	90
B. Saran .....	91

#### DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul Tabel	Halaman
1.1	Data Pasien Meninggal Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Mulai Januari 2007 sampai dengan Juni 2008.....	1
1.2	Data Pasien Di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun 2007.....	3
1.3	Data Infeksi Nosokomial Di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun 2007.....	5
1.4	Resume Penelitian Sejenis Yang Pernah Dilakukan.....	13
4.1	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Masa Kerja, Tingkat Pendidikan dan Pernah Tidaknya Mengikuti Sosialisasi <i>Patient Safety</i> .....	67
4.2	Distribusi Jawaban Responden Pada Variabel Pengetahuan Tentang Konsep <i>Patient Safety</i> .....	70
4.3	Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Tentang <i>Patient Safety</i> .....	72
4.4	Distribusi Jawaban Responden Dari Pengukuran Motivasi Mendukung Penerapan Program <i>Patient Safety</i> .....	73
4.5	Distribusi Frekuensi Motivasi Perawat Pelaksanaan Yang Mendukung Penerapan Program <i>Patient Safety</i> .....	76
4.6	Distribusi Jawaban Responden Dari Pengukuran Sikap Mendukung Penerapan Program <i>Patient Safety</i> .....	77
4.7	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori	78

	Sikap Mendukung Penerapan Program <i>Patient Safety</i> .....	
4.8	Tabel Silang Pengetahuan Dengan Sikap Mendukung Penerapan Program <i>Patient Safety</i> .....	80
4.9	Tabel Silang Motivasi Dengan Sikap Mendukung Penerapan Program <i>Patient Safety</i> Di Instalasi Perawatan Intensif Surakarta.....	81
4.10	Ringkasan Hubungan Antara Variabel Independen Dengan Variabel DependenYang Bermakana.....	83
4.11	Ringkasan Hasil Analisis Bivariat Menggunakan Uji Regresi Logistik Metode Enter.....	84
4.12	Hasil Analisis Multivariat Menggunakan Regresi Logistik Metode Enter.....	85

## DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Struktur Organisasi Tim <i>Patient Safety</i> RSUD Dr. Moewardi Surakarta.....	16
2.2	Alur Pelaporan KTD/KNC.....	20
2.3	Kerangka Teori Pengetahuan Dan Motivasi Yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan Program <i>Patient Safety</i> Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.....	48
3.1	Kerangka Konsep Pengetahuan Dan Motivasi Perawat Yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan Program <i>Patient Safety</i> .....	51

## DAFTAR LAMPIRAN

- No.  
Lampiran
1. Permohonan Kesediaan Menjadi Responden
  2. Kuisisioner Penelitian
  3. Surat Ijin Melakukan Penelitian Dan Pengambilan Data
  4. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Pengambilan Data
  5. Hasil Uji Normalitas Data
  6. Hasil Uji Validitas Reliabelitas
  7. Hasil Prosesing Data Dengan SPSS