

**HUBUNGAN ANTARA FAKTOR INDIVIDU DAN  
PERSEPSI ORGANISASI DENGAN KINERJA PERAWAT  
PELAKSANA DALAM PENERAPAN KESELAMATAN  
PASIEN DI RUANG RAWAT INAP  
RSUD BENDAN KOTA PEKALONGAN**



**TESIS**

**Untuk Memenuhi Persyaratan  
Mencapai Gelar Magister Keperawatan**

**Konsentrasi  
Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan**

**Oleh:**

**Nonik Eka Martyastuti  
NIM 22020113410026**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
2016**

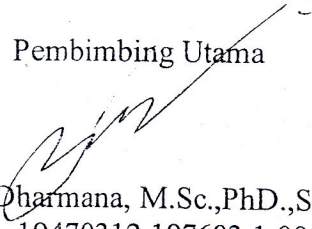
**HUBUNGAN ANTARA FAKTOR INDIVIDU DAN  
PERSEPSI ORGANISASI DENGAN KINERJA PERAWAT  
PELAKSANA DALAM PENERAPAN KESELAMATAN  
PASIEN DI RUANG RAWAT INAP  
RSUD BENDAN KOTA PEKALONGAN**

Telah disetujui sebagai Usulan Penelitian Tesis  
untuk memenuhi persyaratan Pendidikan Program S2

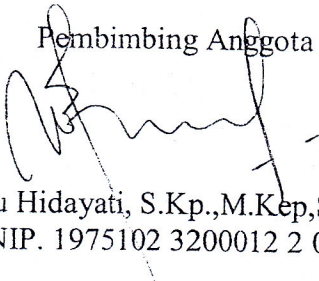
Program Studi Magister Keperawatan

Menyetujui,

Pembimbing Utama

  
Prof. dr. Edi Dharmana, M.Sc.,PhD.,Sp.Park (K)  
NIP. 19470312 197603 1 001


Pembimbing Anggota

  
Wahyu Hidayati, S.Kp.,M.Kep,Sp.KMB  
NIP. 1975102 3200012 2 001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Keperawatan



  
Dr. Meliana Dwidnyanti, S.Kp.,MSc  
NIP. 19600515 1983032002

## PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa  
tesis yang berjudul :

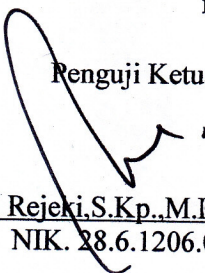
### HUBUNGAN ANTARA FAKTOR INDIVIDU DAN PERSEPSI ORGANISASI DENGAN KINERJA PERAWAT DALAM PENERAPAN KESELAMATAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP RSUD BENDAN KOTA PEKALONGAN

Dipersiapkan dan disusun oleh :

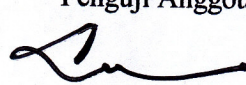
Nama : Nonik Eka Martyastuti  
NIM : 22020113410026

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada  
tanggal 10 Oktober 2016 dan dinyatakan telah  
memenuhi syarat untuk diterima

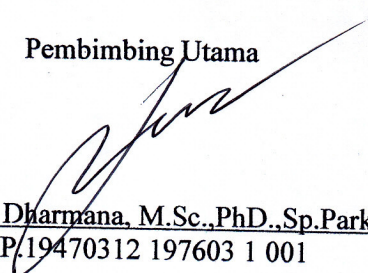
Penguji Ketua,

  
Dr. Sri Rejeki, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat  
NIK. 28.6.1206.0010

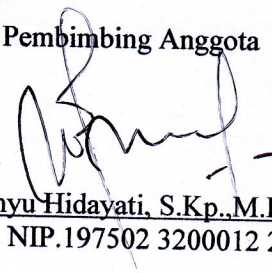
Penguji Anggota,

  
Dr. Luky Dwianto, S.Kp., M.Kep.  
NIP.19670120 198803 1 006

Pembimbing Utama

  
Prof. dr. Edi Dharmana, M.Sc., PhD., Sp.Park(K)  
NIP.19470312 197603 1 001

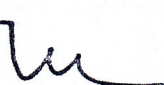
Pembimbing Anggota

  
Wahyu Hidayati, S.Kp., M.Kep., Sp.KMB  
NIP.197502 3200012 2 001

Semarang, 12 Oktober 2016

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Magister Keperawatan



  
Dr. Mediana Dwidiyanti, S.Kp., MSc  
NIP.19600515 1983032002

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Nonik Eka Martyastuti  
NIM : 22020113410026  
Fakultas / Program : Kedokteran / Magister Keperawatan  
No. Telp / Hp : 085642536366  
Email : nonik\_unikal09@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “ Hubungan Antara Faktor Individu Dan Faktor Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana dalam Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Bendan Kota Pekalongan” bebas dari plagiarieme dan bukan karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Demikian pernyataan saya ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa paksaan.

Semarang, Oktober 2016

  
Nonik Eka Martyastuti

## SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

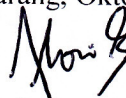
Nama : Nonik Eka Martyastuti  
NIM : 22020113410026  
Fakultas / Program : Kedokteran / Magister Keperawatan  
No. Telp / Hp : 085642536366  
Email : nonik\_unikal09@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan / mengalih formatkan menampilkan dalam bentuk soft copy untuk kepentingan akademis di perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Undip tanpa perlu meminta dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan dari semua tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan supaya dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, Oktober 2016



Nonik Eka Martyastuti

## **PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Nonik Eka Martyastuti

NIM : 22020113410026

Fakultas / Program : Kedokteran / Magister Keperawatan

No. Telp / Hp : 085642536366

Email : [nonik\\_unikal09@gmail.com](mailto:nonik_unikal09@gmail.com)

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “ Hubungan Antara Faktor Individu Dan Faktor Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana dalam Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Bendan Kota Pekalongan” bebas dari plagiarieme dan bukan karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarieme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Demikian pernyataan saya ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa paksaan.

Semarang, Oktober 2016

Nonik Eka Martyastuti

## **SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Nonik Eka Martyastuti  
NIM : 22020113410026  
Fakultas / Program : Kedokteran / Magister Keperawatan  
No. Telp / Hp : 085642536366  
Email : [nonik\\_unikal09@gmail.com](mailto:nonik_unikal09@gmail.com)

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan / mengalih formatkan menampilkan dalam bentuk soft copy untuk kepentingan akademis di perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Undip tanpa perlu meminta dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan dari semua tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan supaya dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, Oktober 2016

Nonik Eka Martyastuti

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### A. Identitas Diri

1. Nama Lengkap	Nonik Eka Martyastuti
2. NIM	22020113410026
3. Tempat & Tanggal Lahir	Semarang, 09 Maret 1985
4. Alamat Asal	Jalan Prima no 60 Wirosari I RT 01/Rw VII Sambong Batang 51212
5. Nomor Telp. (HP) / Fax	085642536366
6. Email	nonik_unikal@yahoo.co.id
7. Instansi Tempat Kerja	PSIK Universitas Pekalongan
8. Alamat Kantor	Jl. Sriwijaya No.3 Pekalongan Jawa Tengah
9. Nomor Telp. / Fax	0285 421464

### B. Riwayat Pendidikan Formal

<i>Tingkat</i>	<i>Sekolah / PT</i>	<i>Tahun Lulus</i>
1. SD	SDN Proyonanggan XI Kab. Batang	1997
2. SMP	SMP Negeri 3 Batang	2000
3. SMA	SPK Muhammadiyah Pekajangan Kab. Pekalongan	2003
4. S1	S1 Keperawatan STIKes Kendal	2007
	Ners STIKes Kendal Jawa Tengah	2008

### C. Pengalaman Penelitian

<i>Judul Penelitian</i>	<i>Tahun</i>	<i>Peran</i>
1. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gigi terhadap Pengetahuan dan Sikap Anak Usia Sekolah di SD Boto Kembang Nanggulan Kulonprogo Yogyakarta (Pena Medika, Jurnal Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pekalongan)	2010	Anggota

#### D. Pengalaman Publikasi

<i>Judul Artikel / Paper</i>	<i>Nama Jurnal/ Konferensi/Seminar</i>	<i>Tahun &amp; Nomor</i>
Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gigi terhadap Pengetahuan dan Sikap Anak Usia Sekolah di SD Boto Kembang Nanggulan Kulonprogo Yogyakarta	Pena Medika, Jurnal Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pekalongan	2010

#### E. Pengalaman Seminar / Pelatihan

<i>Nama Kegiatan</i>	<i>Waktu</i>	<i>Peran</i>
1. Seminar Nasional Manajemen Pelayanan Prima di Rumah Sakit, diselenggarakan oleh Departemen Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro.	12 Mei 2016	Peserta
2. Aplikasi Nanda, NOC, NIC dengan Menggunakan ISDA dan ICRM dalam rangka Peningkatan Kualitas Asuhan Keperawatan, diselenggarakan Dewan Pengurus Wilayah Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Provinsi Jawa Tengah	22-27 Sep 2015	Peserta
3. International Seminar : Continuous Quality Improvement in Nursing Education toward Quality in Nursing Care and Services in the Era of ASEAN Economic Community ( AINEC, Pontianak)	13-15 Nov 2014	Peserta
4. Lokakarya Item Review dan Item Bank Administrator Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro	21-23 Januar i 2014	Peserta
5. Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support ( BTCLS) diselenggarakan oleh Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pekalongan	12-16 Mei 2016	Panitia
6. Home Care : Penguatan Eksistensi Perawat di Masyarakat , diselenggarakan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia ( PPNI) Kota Pekalongan	27 Maret 2016	Panitia

## **F. Pengalaman Organisasi**

<i>Nama Organisasi</i>	<i>Kedudukan</i>	<i>Tahun</i>
-	-	-

Semarang, 07 Desember 2016

(Nonik Eka Martyastuti)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Hubungan Antara Faktor Individu dan Faktor Organisasi dengan Kinerja Perawat Dalam Penerapan Keselamatan Pasien di RSUD Benda Kota Pekalongan”. Penyusunan tesis ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Magister Keperawatan Konsentrasi Manajemen Keperawatan Program Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Dalam penyusunan tesis ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, masukan dan motivasi dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis sampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada

1. Dr.MeidianDwidiyanti,S.Kp.,MSc selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro beserta staf yang telah memberikan ijin, kesempatan serta dorongan yang tidak ternilai harganya kepada penulis.
2. Bapak Prof. dr. Edi Dharmana, M.Sc.,PhD.,Sp.Park (K) selaku pembimbing utama yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan dan motivasi pada penulis untuk menyelesaikan tesis ini.

3. Ibu Wahyu Hidayati, S.Kp., M.Kep, Sp.KMB selaku pembimbing anggota yang selalu memberikan semangat dan penuh kesabaran dalam membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan tesis ini.
4. Dr.Sri Rejeki, S.Kp., M.Kep, Sp.Mat atas kesedian menjadi penguji tesis serta masukan dan sarannya untuk perbaikan tesis ini
5. Dr.Luky Dwiantoro, S.Kp., M.Kep atas kesedian menjadi penguji tesis serta masukan dan sarannya untuk perbaikan tesis ini.
6. Seluruh dosen Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang telah memberikan ilmu yang berharga bagi penulis.
7. dr. Bambang Prasetyo M.Kes selaku Direktur RSUD Bendan Kota Pekalongan
8. Seluruh Kepala Ruang Rawat inap RSUD Bendan Kota Pekalongan.
9. Seluruh perawat di ruang rawat inap RSUD Bendan Kota Pekalongan.
10. Suami dan anak-anakku tercinta yang telah mendukung dan memotivasi dalam menempuh pendidikan Program Studi Magister Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang.
11. Teman-teman semua atas persahabatan, persaudaraan, motivasi dan kerjasamanya.
12. Semua pihak baik yang terkait secara langsung maupun yang tidak langsung, yang tidak dapat penulis sebutkan satu-satu, penulis menyampaikan penghargaan dan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Penulis menyadari bahwa semua yang tertuang dalam tesis ini masih jauh dari sempurna, baik dari segi isi maupun sistematika penulisannya. Oleh karena itu kritik yang bersifat konstruktif sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan tesis ini.

Semarang, Oktober 2016

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISM.....	iv
PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
ABSTRAK.....	xvii
ABSTRAC.....	xviii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
A Latar Belakang.....	1
B Rumusan Masalah.....	9
C Pertanyaan Penelitian.....	10
D Tujuan Penelitian .....	10
E Manfaat Penelitian .....	12
F Keaslian Penelitian.....	13
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>17</b>
A Tinjauan Teori.....	17
1 Faktor Individu Perawat.....	17
2 Kinerja .....	23
3 Kinerja Perawat Dalam Penerapan Keselamatan Pasien.....	43
4 Aplikasi Teori Keperawatan Dalam Penerapan Keselamatan Pasien .....	44
5 Pengkajian Keselamatan Pasien.....	45
6 Perencanaan Keselamatan Pasien.....	48
7 Implementasi Keselamatan Pasien.....	49
8 Evaluasi Keselamatan Pasien.....	51
9 Keterampilan Komunikasi .....	53
B Kerangka Teori.....	54
C Kerangka Konsep.....	55
D Hipotesis Penelitian.....	55
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	<b>57</b>
A Jenis dan Rancangan Penelitian.....	57
B Populasi dan Sampel Penelitian.....	57
C Tempat dan Waktu Penelitian.....	61
D Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	62

E	Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	65
F	Validitas dan Reliabilitas.....	68
G	Teknik Pengolahan dan Analisa Data.....	71
H	Etika Penelitian.....	74
<b>BAB IV</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b>	
A	Gambaran Umum RSUD Bendan.....	77
B	Analisis Univariat.....	78
C	Analisis Bivariat.....	82
D	Analisis Multivariat.....	83
<b>BAB V</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
A	Faktor Individu.....	86
B	Faktor Organisasi.....	86
C	Kinerja Perawat Dalam Penerapan Keselamatan Pasien..	95
<b>BAB VI</b>	<b>SIMPULAN DAN SARAN</b>	
A	Simpulan.....	101
B	Saran.....	102

#### **Daftar Pustaka**

#### **Lampiran**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Keaslian Penelitian.....	14
Tabel 3.1	Jumlah Perawat RSUD Bendan Kota Pekalongan.....	58
Tabel 3.2	Jumlah Perawat RSUD Bendan Kota yang diambil sebagai sampel.....	60
Tabel 3.3	Definisi Operasional.....	62
Tabel 3.4	Hasil Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian.....	71
Tabel 3.5	Analisis Bivariat.....	73
Tabel 4.1	Distribusi frekuensi faktor individu berdasarkan umur dan masa kerja.....	78
Tabel 4.2	Distribusi frekuensi faktor individu berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, pelatihan keselamatan pasien di RSUD Bendan	79
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi faktor organisasi berdasarkan kepemimpinan, supervisi, imbalan di RSUD Bendan.....	80
Tabel 4.4	Distribusi kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan.....	81
Tabel 4.5	Analisis Bivariat faktor individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD Bendan.....	82
Tabel 4.6	Seleksi variabel kandidat analisis multivariat...	83
Tabel 4.7	Hasil Analisis Regresi Logistik (pertama).....	84
Tabel 4.8	Hasil Analisis Regresi Logistik (terakhir).....	85

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Model Teori Perilaku dan Kinerja	24
Gambar 2.2	Conseptual Framework Vincent and Pronovost	40
Gambar 2.3	Faktor yang Mempengaruhi Individu di Tempat Kerja menurut Ivancevich	40
Gambar 2.4	Kerangka Teori	54
Gambar 2.5	Kerangka Konsep Penelitian	55
Gambar 3.1	Rumus Cronbach's Alpha	70

## **LAMPIRAN - LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Surat Permohonan Ijin Studi Pendahuluan
- Lampiran 2 Surat Permohonan Ijin Uji Expert Instrumen Penelitian
- Lampiran 3 Surat Permohonan Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen
- Lampiran 4 Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 5 Surat Ethical Clearance
- Lampiran 6 Surat Balasan Ijin Penelitian
- Lampiran 7 Persetujuan sebagai Responden
- Lampiran 8 Instrumen Penelitian
- Lampiran 9 Hasil Uji Statistik

Program Studi Magister Keperawatan  
Konsentrasi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan  
Departemen Keperawatan Fakultas Kedokteran  
Universitas Diponegoro  
Oktober 2016

## ABSTRAK

**Nonik Eka Martyastuti**

### **HUBUNGAN ANTARA FAKTOR INDIVIDU DAN FAKTOR ORGANISASI DENGAN KINERJA PERAWAT PELAKSANA DALAM PENERAPAN KESELAMATAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP RSUD BENDAN KOTA PEKALONGAN**

xviii + 103 Halaman + 14 Tabel + 6 Gambar + 9 Lampiran

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang sangat dibutuhkan dan diharapkan dapat meminimalisir kesalahan dalam penanganan pasien baik di UGD, rawat inap maupun di klinik. Kinerja dipengaruhi oleh banyak faktor dan digolongkan menjadi tiga bagian. Pertama kompetensi individu, meliputi pelatihan, motivasi dan sikap. Kedua dukungan organisasi, meliputi penyediaan sarana dan prasarana kerja, kenyamanan lingkungan kerja, serta jaminan kesehatan dan keselamatan kerja. Perawat merupakan subyek yang terlibat langsung, maka memungkinkan terjadinya kesalahan medis. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan faktor individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD Bendan. Jenis penelitian ini adalah korelasi deskriptif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Variabel bebas yaitu umur, tingkat pendidikan, jenis kelamin, masa kerja, status pernikahan, pelatihan, kepemimpinan. Variabel terikat yaitu kinerja perawat (pengkajian, perencanaan, implementasi, evaluasi) dalam penerapan keselamatan pasien. Sampel semua perawat di ruang rawat inap (98 perawat). Pengumpulan data dengan cara pengisian kuesioner terstruktur. Analisis data dilakukan secara univariat (deskriptif), bivariat (*Person Product Moment*) dan multivariat (Regresi Logistik). Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien ( $p$  value = 0,008) dan terdapat hubungan antara status pernikahan dengan kinerja perawat ( $p$  value = 0,001). Selain itu ada hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja perawat ( $p$  value = 0,016). Disarankan agar pihak rumah sakit berupaya memperhatikan kondisi kerja dengan pemberian *reward* yang diberikan kepada perawat, mengembangkan program pengawasan dan evaluasi terstruktur tentang penerapan keselamatan pasien yang dilakukan perawat. Bagi perawat, sebaiknya yang sudah pernah mengikuti pelatihan keselamatan pasien memberikan sosialisasi kepada perawat lainnya.

**Kata kunci : Faktor individu, Kinerja Perawat, Keselamatan Pasien**

**Referensi : 45 (2000 – 2015)**

*Master of Nursing Study Program  
Nursing Leadership and Management Specialty  
Department of Nursing Faculty of Medicine  
Diponegoro University  
October 2016*

**ABSTRACT**

*Nonik Eka Martyastuti*

**RELATIONSHIP BETWEEN INDIVIDUAL, FACTORS, ORGANIZATIONAL FACTORS AND NURSES' PERFORMANCE ON PATIENT SAFETY IMPLEMENTATION IN INPATIENT WARDS OF PUBLIC HOSPITAL BENDAN OF PEKALONGAN CITY**  
*xviii + 103 Pages + 14 Tables + 6 Figures + 9 Appendices*

*Patient safety is a system that is much needed and is expected to minimize errors in the handling of patients both in the ERs, wards, and clinics. Performance is affected by many factors which are classified into three parts. The first is individual competencies, including training, motivation, and attitude. The second is organization support, including the provision and quality of infrastructure, working environment comfort, as well as the guarantee of health and safety. Nurses are the subjects who involve directly on the possibility of medical errors. This study aimed to determine the relationship between the individual, organizational factors and nurses' performance on the patient safety implementation in the inpatient wards of Public Hospital of Bendan. This study was a type of descriptive correlation with a cross sectional approach. The independent variables were age, education level, gender, tenure, marital status, training, and leadership, while the dependent variable was nurses' performance (assessment, planning, implementation, evaluation) on patient safety implementation. As many as 98 nurses in inpatient wards were recruited as respondents. The data were collected using structured questionnaires. The analysis of data was performed using univariate analysis (descriptive), bivariate analysis (Pearson Product Moment) and multivariate analysis (logistic regression). The results showed that there was no significant relationship between tenure and nurses' performance on the patient safety implementation ( $p$  value = 0.008). However, there was a relationship between marital status and nurses' performance ( $p$  value = 0.001). There was also a relationship between the leadership and nurses' performance ( $p$  value = 0.016). It was recommended that the hospital seeks to pay attention to the working conditions by giving the reward to the nurses and developing a structured monitoring and evaluation program for patient safety implementation carried out by the nurses. For the nurses, preferably who have completed the patient safety training should educate the other nurses.*

**Keywords: Individual Factors, Nurses' Performance, Patient Safety**

**References : 45 (2000 – 2015)**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Keselamatan pasien salah satu komponen kritis dari manajemen mutu pelayanan rumah sakit. Keselamatan pasien dapat memberikan kontribusi dalam peningkatan mutu, diantaranya penerapan alat ukur, peran dan kerja sama tim dan para ahli; peran dari proses; penggunaan efektif dari data untuk peningkatan pelayanan; pembiayaan; serta dampak bagi pemimpin organisasi.<sup>1</sup> Keselamatan pasien merupakan hasil dari interaksi komponen struktur dan pelayanan yang diberikan telah sesuai dengan standar dan didukung dengan struktur terstandarisasi serta kondisi lingkungan yang optimal yang menghasilkan pelayanan yang aman bagi pasien.<sup>1,2</sup>

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang sangat dibutuhkan dan diharapkan dapat meminimalisir kesalahan dalam penanganan pasien baik pada pasien UGD, rawat inap maupun poliklinik. Hal ini terutama penanganan pasien saat ini masih buruk akibat keterbatasan sarana dan kurangnya *skill* tenaga medis. Keselamatan pasien di rumah sakit menjadi isu penting karena banyaknya kasus *medical error* yang terjadi diberbagai negara. *Institute of Medicine* (IOM) di Amerika Serikat pada tahun 2000 menerbitkan laporan *To Err Is Human : Building a Safer Health System*. Penelitiannya di rumah sakit di Utah, Colorado New York ditemukan kejadian tidak diharapkan (KTD) sebesar 2,9% dan 6,6% diantaranya

meninggal, sedangkan di New York ditemukan 3,7% KTD dan 13,6% meninggal.<sup>2</sup>

Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap diseluruh Amerika Serikat yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 sampai 98.000 dilaporkan meninggal setiap tahunnya dan kesalahan medis menempati urutan ke delapan penyebab kematian di Amerika Serikat. Berdasarkan *Joint Commission International* (JCI), bahwa Sasaran International Keselamatan Pasien (SIKP) terdiri dari 6 item penilaian yang sesuai dengan standart keselamatan pasien, meliputi identifikasi pasien dengan benar; meningkatkan komunikasi yang efektif; meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai; memastikan lokasi pembedahan yang benar; mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; mengurangi resiko cedera pasien akibat terjatuh.<sup>3</sup>

Tujuan SIKP adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam keselamatan pasien. Sasaran dalam SIKP menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar. *European Union Network for Patient Safety*, melaporkan bahwa dari 27 negara anggota hanya 12 yang memberikan laporan atas kejadian keselamatan pasien. Data di Inggris, diperkirakan sekitar 10% pasien mengakui telah mengalami kejadian keselamatan pasien dan dapat berkontribusi pada kematian pasien meskipun tidak jelas proporsinya sebagai akibat langsung dari kejadian.<sup>1,5</sup>

Data di Indonesia sendiri masih sulit diperoleh secara lengkap dan akurat di tiap daerah, hanya dapat secara global yaitu untuk pelaporan kejadian nyaris cidera (KNC) lebih banyak dilaporkan sebesar 47,6% dibandingkan kejadian tidak diinginkan (KTD) sebesar 46,2 % . Laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia berdasarkan provinsi, pada tahun 2007 ditemukan DKI Jakarta menempati urutan tertinggi yaitu 37,9% diantara delapan provinsi lainnya (Jawa Tengah 15,9%, Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Aceh 10,7 %, Sulawesi Selatan 0,7%). Kejadian near miss lebih banyak dilaporkan sebesar 47,6% dibandingkan dengan KTD sebesar 46, 2%.<sup>5,6</sup>

Fleming menilai bahwa kesalahan yang terjadi di rumah sakit merupakan suatu kegagalan sistem dari akibat kombinasi dan kebetulan berbagai kegagalan-kegagalan kecil dan multipel. Pekerja garis depan merupakan komponen yang terlihat langsung (*sharp end*) menjadi penyebab kesalahan medis, padahal terdapat faktor-faktor tidak langsung yang memungkinkan kejadian tersebut (*blue print*). AHRQ menyebutkan bahwa penyebab-penyebab kesalahan medis dapat mencakup masalah komunikasi, arus informasi yang tidak adekuat, masalah yang menyangkut faktor manusia, isu yang menyangkut faktor pasien, transfer pengetahuan di organisasi, pola ketenakerjaan dan beban kerja, kegagalan teknis dan kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat.<sup>7</sup>

Standar keselamatan pasien seperti yang tercantum dalam Permenkes RI no.1691 tahun 2011, peran pemimpin dalam meningkatkan keselamatan

pasien. Standar tersebut mencakup pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “ Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”. Apabila suatu ketika ada penyimpangan dalam pelaksanaannya hendaknya pimpinan dapat memberikan teguran serta mengingatkan untuk kembali menjalankan langkah-langkah tersebut.<sup>5</sup>

Pimpinan menjamin program proaktif untuk identifikasi resiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden. Seorang pimpinan hendaknya selalu berpendapat secara aktif dengan melakukan terobosan dan melakukan penelitian ataupun tidak secara berkala dalam programnya sehingga dapat mengidentifikasi apabila ada kecelakaan kerja.<sup>7</sup>

Pimpinan mendorong, menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit maupun individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien. Hakekatnya sifat mau mendengar dari seorang pimpinan sangatlah sulit. Apalagi mendengar kritikan ataupun masukan dari stafnya.. Sehingga diperlukan seorang pemimpin yang mau mendengar masukan dari bawahan tanpa mengurangi standard kerja yang sudah ditetapkan dari awal.<sup>5,7</sup>

Menurut Nursalam, kinerja merupakan gambaran pencapaian pelaksanaan (*achievement*) suatu program kegiatan perencanaan strategis dan operasional organisasi (*efforts*) oleh seseorang atau sekelompok orang

dalam suatu organisasi baik secara kuantitas dan kualitas sesuai dengan legal dan tidak melanggar hukum, etika dan moral. Penilaian kinerja merupakan proses kontrol kerja karyawan yang dievaluasi berdasarkan standart tertentu. Penilaian kinerja dilakukan secara efektif untuk mengarahkan perilaku karyawan dalam rangka menghasilkan jasa dan kualitas yang tinggi, sehingga dapat meningkatkan kualitas mutu pelayanan. Pencapaian kinerja di rumah sakit, dapat dilihat dari beberapa aspek pelayanan. Salah satunya adalah kinerja perawatan dalam penerapan keselamatan pasien<sup>9,10</sup>

Menurut Simanjutak dalam Pancaningrum, kinerja dipengaruhi oleh banyak faktor yang dapat digolongkan menjadi 3 bagian. Pertama kompetensi individu, meliputi pelatihan, motivasi dan sikap. Kedua dukungan organisasi, meliputi penyediaan sarana dan prasarana kerja, kenyamanan lingkungan kerja, serta jaminan kesehatan dan keselamatan kerja. Ketiga dukungan manajemen, meliputi cara manajemen mempertahankan kinerja karyawan yang dilakukan atasan langsung melalui supervisi langsung terhadap karyawan.<sup>12</sup>

Menurut Walin, kinerja seorang perawat pelaksana dikatakan sesuai harapan secara kuantitas jika berhasil mencapai atau mendekati target yaitu jumlah pasien yang dirawat dalam satu bulan. Secara kualitas, dikatakan sesuai harapan jika mendekati atau mencapai target-target yaitu, kelengkapan dokumentasi keperawatan, penerapan *International Patient Safety Goals* (IPSG), laporan kejadian tidak diharapkan, dan kepuasan

pelanggan. Perilaku kerja mencakup keberadaan, inisiatif, kehandalan, kepatuhan, kerjasama dan sikap perilaku. Masing-masing komponen harus dicapai oleh perawat pelaksana sesuai dengan target yang ditetapkan rumah sakit.<sup>4,11</sup>

Pancaningrum, menyatakan faktor individu berpengaruh terhadap kepuasan dan kinerja seseorang. Faktor individu yang dimaksud adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja. Buerhaus, dalam Setiowati, menyatakan bahwa salah satu hambatan yang paling penting dalam melaksanakan program keselamatan pasien adalah kurangnya komitmen kepemimpinan. Kepemimpinan merupakan kegiatan mempengaruhi orang lain untuk bekerja keras dengan penuh kemampuan untuk tujuan kelompok. Pemimpin dapat mempengaruhi bawahannya untuk melaksanakan keinginannya untuk mencapai tujuan organisasi. Kepemimpinan dalam keperawatan meliputi manajer puncak (Direktur dan Wakil Direktur Keperawatan), manajer menengah (Kepala Bidang Keperawatan, Supervisor), dan manajer lini pertama (Kepala Ruang).<sup>11,24</sup>

Penelitian diberbagai rumah sakit di Australia melaporkan bahwa kepemimpinan yang mendukung memberikan dampak positif terhadap motivasi keselamatan yang kemudian meningkatkan tingkat keselamatan. Kepemimpinan yang baik dalam suatu organisasi dapat mengarahkan anggota organisasi dalam mencapai tujuan organisasi, termasuk dalam hal keselamatan pasien. Kemampuan kepemimpinan terbentuk sesuai dengan kondisi organisasi dan metode kepemimpinan suatu organisasi memiliki ciri

tertentu. Martini menyatakan bahwa gaya kepemimpinan yang berbeda memiliki pengaruh berbeda terhadap kinerja keselamatan, tergantung prioritas mereka menempatkan keselamatan pasien. Kepemimpinan transformasional ditandai dengan adanya komunikasi efektif, perilaku yang konsisten dengan cita-cita, menantang orang-orang berpikir ulang tentang apa yang penting telah ditemukan sebagai salah satu gaya kepemimpinan yang efektif untuk membina iklim kepercayaan positif, mengembangkan kesehatan dan praktek keselamatan yang efektif.<sup>14,15</sup>

Menciptakan budaya keselamatan pasien merupakan hal yang sangat penting. Hal ini dikarenakan mengandung dua komponen yaitu nilai-nilai dan keyakinan, dimana nilai mengacu pada sesuatu yang diyakini oleh anggota organisasi untuk mengetahui apa yang benar dan apa yang salah, sedangkan keyakinan mengacu pada sikap tentang cara bagaimana seharusnya bekerja dalam organisasi. Adanya nilai dan keyakinan yang berkaitan dengan keselamatan pasien yang ditanamkan pada setiap anggota organisasi, maka harapannya setiap anggota akan memahami apa yang seharusnya dilakukan dalam penerapan keselamatan pasien. Perilaku tersebut pada menjadi suatu budaya yang tercermin dalam organisasi.<sup>14</sup>

Elfrida, mengidentifikasi tentang budaya keselamatan pasien dan faktor kesalahan pelayanan di RS Jambi, didapatkan hasil hanya 14,7% budaya keselamatan pasien direspon positif, variasi kesalahan pelayanan yang menyangkut disiplin, komunikasi dan kesalahan teknis disebabkan oleh faktor manusia dan kegagalan sistem. Hal ini berbeda jauh dengan

penelitian yang dilakukan Dewi, bahwa budaya keselamatan pasien RS tergolong kuat dengan prosentasi 76,56%. Adapun dilihat berdasarkan dimensi maka sebagian besar dimensi budaya keselamatan pasien tergolong besar 91,10% kerjasama dalam unit.<sup>16,18</sup>

Hasil wawancara yang dilakukan pada tanggal 19 Desember 2014, kepada dua anggota PPI RSUD Bendan Kota Pekalongan menyatakan bahwa sudah dibentuk PPI tahun 2010, akan tetapi PPI belum optimal dalam menjalankan tugas dan fungsinya dikarenakan belum terbitnya SK kepengurusan. Selain hal tersebut, untuk sumber daya alam yang menjabat PPI masih dari Kepala Ruang yang membuat mereka terbebani untuk dapat menjalankan program dikarenakan *double job*.

Hasil observasi yang penulis lakukan, untuk sarana prasarana seperti *hand scrub* cuci tangan sudah terpenuhi di seluruh ruangan. Baik penggunaannya untuk perawat sendiri dan keluarga atau pengunjung pasien sudah dipisahkan. Penerapan cuci tangan di ruang perawatan, menurut kepala ruang masih rendah sebesar 55 %. Hal ini terjadi di sebagian ruangan karena motivasi perawat untuk melakukan cuci tangan baik sebelum dan sesudah tindakan masih belum optimal. Mereka beranggapan bahwa apabila melakukan cuci tangan dengan langkah “enam benar” tidak ada gunanya karena tidak mendapat *reward* ataupun manfaat yang lebih.

Studi pendahuluan di RSUD Bendan Kota Pekalongan melalui wawancara dengan tim keselamatan pasien rumah sakit, bidang keperawatan dan komite keperawatan menyatakan rumah sakit selalu berupaya

meningkatkan keselamatan pasien. Upaya ini antara lain dengan mengikutkan perawat dalam pelatihan dan mensosialisasikan mengenai keselamatan pasien dan penetapan *Standar Operasional Prosedur* (SPO) yang jelas. Wawancara yang dilakukan kepada 10 orang perawat menyatakan bahwa komunikasi dua arah antara perawat dengan Ka.Bid keperawatan belum optimal.

Dari fenomena yang ditemukan diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih dalam terkait dengan hubungan antara faktor individu, persepsi organisasi dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Kota Bendan Kota Pekalongan. Peneliti hanya mengambil lima pada variabel individu, karena dari variabel tersebut yang sesuai dengan kondisi di RSUD Bendan Kota Pekalongan.

## **B. Perumusan Masalah**

Pelaksanaan program keselamatan pasien merupakan hal yang terpenting, karena dari aspek tersebut dapat diukur mutu pelayanan suatu rumah sakit. Kepuasan pasien dapat mempengaruhi pelayanan yang berkelanjutan di rumah sakit. Perawat menjadi subyek utama dalam keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien. Diperlukan dukungan organisasi baik di tingkat *top manager* sampai *low manager*.

Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan dalam melakukan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Rumah sakit yang menyediakan program keselamatan pasien bertujuan antara lain: terciptanya budaya keselamatan

pasien, meningkatnya akuntabilitas, menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD), terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diharapkan. Perawat merupakan salah satu sumber daya manusia di rumah sakit yang paling banyak berinteraksi dengan pasien sehingga dapat dikatakan bahwa baik buruknya pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat ditentukan oleh kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

Perlu dikaji lebih dalam tentang keterkaitan faktor individu dan persepsi organisasi terhadap kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap. Penelitian ini mencakup umur, tingkat pendidikan, jenis kelamin, masa kerja, status perkawinan, pekerjaan dan pelatihan. Sedangkan persepsi organisasi meliputi kepemimpinan, supervisi, imbalan dan sistem kontrol.

### **C. Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan masalah diatas, maka dapat peneliti rumuskan pertanyaan penelitiannya adalah “Apakah ada hubungan antara faktor individu dan persepsi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Bendan kota Pekalongan”

### **D. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan faktor individu, persepsi organisasi dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD Bendan Kota Pekalongan.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan umur dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.
- b. Untuk mengetahui hubungan jenis kelamin dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.
- c. Untuk mengetahui hubungan masa kerja dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.
- d. Untuk mengetahui hubungan status perkawinan dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.
- e. Untuk mengetahui hubungan keikutsertaan dalam pelatihan dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.
- f. Untuk mengetahui hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.
- g. Untuk mengetahui hubungan antara supervisi dengan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.

- h. Untuk mengetahui hubungan antara pemberian imbalan dengan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.
- i. Mengetahui faktor yang paling dominan berhubungan dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.

#### **E. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Rumah Sakit**

Hasil penelitian ini harapannya dapat menjadi salah satu bahan pertimbangan bagi pihak manajemen dalam penyusunan rencana pengembangan rumah sakit terutama dari sisi sumber daya manusia khususnya tenaga perawat dan pengembangan dalam penerapan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap.

##### **2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai landasan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan serta pengembangan ilmu keperawatan. Dapat dijadikan sebagai evidence based practice untuk mengembangkan ilmu keperawatan, terutama dalam praktik manajemen keperawatan.

### 3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai dasar bagi peneliti selanjutnya terutama yang berkaitan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien.

## F. Keaslian Penelitian

Penelitian ini memiliki perbedaan dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya. Adapun perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu adalah dari segi variabel independen yaitu umur, tingkat pendidikan, jenis kelamin, masa kerja, status perkawinan, pekerjaan, peltihan. Sedangkan pada variabel dependentya adalah kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien yang meliputi : pengkajian keselamatan pasien, perencanaan prosedur keselamatan pasien, implementasi prosedur keselamatan pasien, dan evaluasi tindakan keselamatanpasien.

**Tabel 1.1 Penelitian Terdahulu**

No	Peneliti	Judul Penelitian	Populasi Penelitian	Variabel Penelitian
1	Meri Oktariani 2012	Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Penerapan Patient Safety Di RSUD Kabupaten Sukoharjo	Perawat Pelaksana yang bekerja di RSUD Sukoharjo	Komitmen pimpinan → (variabel bebas) Lingkungan Kerja → (variabel bebas) Kerjasama Tim → (variabel bebas) Kesadaran Individu → (variabel terikat)
2	Dewi Sari Candra 2011	Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat Dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Irna I RSUP dr. Sardjito Yogyakarta	Seluruh perawat di IRNA I RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta, 77 perawat.	Penerapan keselamatan pasien → (variabel terikat) Penerapan keselamatan perawat (variabel terikat) Fungsi manajemen kepala ru: perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan, pengendalian → (variabel bebas) Karakteristik perawat : usia , jenis kelamin, pendidikan , masa kerja , pelatihan → (variabel bebas)

---

3	Saptorini Murdyastuti	Pengaruh Persepsi Tentang Profesionalitas Pengetahuan Patient Safety dan Motivasi Perawat terhadap Pelaksanaan Program Patient Safety di ruang Rawat Inap RSO Prof.Dr.R.Soeharso Surakarta	Perawat pelaksana di RSO Prof.Dr.Soeharso Surakarta sejumlah 45 orang	Variabel Bebas : Persepsi tentang profesionalitas, pengetahuan, motivasi Variabel Terikat : Program patients safety
---	--------------------------	--	---	--

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Faktor Individu Perawat**

Setiap individu membawa kedalam tatanan organisasi, kemampuan, kepercayaan pribadi, kebutuhan, pengalaman masa lalunya. Perbedaan individu yang ada pada orang-orang dalam suatu organisasi merupakan faktor yang penting yang ikut menentukan respon mereka terhadap sesuatu maupun perilakunya, hal ini perlu sekali dipahami. Faktor-faktor individu yang dimaksud antara lain:<sup>10,18</sup>

###### **a. Umur**

Umur berkaitan dengan kedewasaan atau maturitas seseorang. Kedewasaan adalah teknis dalam melaksanakan tugas-tugas maupun kedewasaan psikologis. Semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknis maupun psikologisnya, serta kematangan jiwa. Umur semakin meningkat akan meningkatkan pula kebijakan kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, berfikir rasional, mengendalikan emosi dan betoleransi terhadap pandangan orang lain.<sup>19,20</sup>

Karyawan yang masih muda tuntutan kepuasan kerjanya tinggi, sedangkan karyawan yang tua tuntutan kepuasan kerja dapat tercipta karena adanya persepsi positif terhadap sesuatu yang berkaitan dengan pekerjaannya. Pendapat ini sesuai dengan yang dikemukakan. Kurniadi,

menyatakan bahwa ada kecenderungan karyawan yang tua lebih merasa puas dari pada karyawan yang relatif muda.<sup>19</sup>

Kreithner dan Kinici, mencontohkan orang-orang yang sudah lama (lebih tua) menggambarkan kerjanya kurang memuaskan, tidak terlibat dengan pekerjaan (organisasi), kurang termotivasi, tidak melaksanakan pekerjaan, kurang produktif dibandingkan dengan rekan kerja mereka yang lebih muda serta lebih sering absen dari pekerjaan. Berbeda dengan pandangan tradisional diatas, penelitian yang dilakukan oleh Rhodes dengan metanalisinya terhadap 185 responden, justru menunjukkan bahwa saat umur pekerja bertambah maka akan bertambah pula kepuasan kerja, keterlibatan kerja, motivasi kerja dari dalam dan komitmen terhadap organisasi juga meningkat.<sup>18,20,21</sup>

#### b. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan pengalaman yang berfungsi mengembangkan kemampuan dan kualitas kepribadian seseorang, dimana semakin tinggi pendidikan semakin besar untuk memanfaatkan ilmu pengetahuan dan ketrampilan. Menurut Wahab dalam Kurniadi, didapatkan hasil tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan perawat dengan kepuasan kerja. Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Arikhman, didapatkan hasil tidak ada perbedaan bermakna dari uji statistik tentang kepuasan perawat, antara yang

berpendidikan SPK dan AKPER, didapatkan hasil bahwa perawat dengan pendidikan SPK 2,4 kali lebih puas daripada AKPER.<sup>20,23</sup>

Beberapa penelitian hasilnya, ada hubungan antar tingkat pendidikan dengan komitmen kerja mengatakan bahwa antara tingkat pendidikan dengan komitmen organisasi berhubungan negatif, artinya semakin tinggi tingkat pendidikan karyawan, semakin rendah komitmen terhadap organisasi. Hal ini terutama bagi karyawan dimana apabila tugas yang diberikan lebih rendah dari tingkat pendidikan yang dimiliki.

#### c. Jenis Kelamin

Penelitian yang dilakukan oleh As'ad, dalam Kurniadi menemukan adanya perbedaan kepuasan kerja antara wanita dan pria, dimana kepuasan wanita lebih rendah dibanding pria. Sebaliknya, penelitian yang dilakukan Bambang menyimpulkan tidak ada perbedaan kepuasan kerja antara wanita dan pria. Demikian juga hasil penelitian Kurniadi menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dan kinerja perawat pelaksana.<sup>20,22</sup>

Hal ini bertentangan dengan temuan Cohen & Kirchmeyer, terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan komitmen. Laki-laki lebih komit daripada wanita, hal ini disebabkan karena wanita lebih mengutamakan keluarga dari pada pekerjaannya. Penelitian lain menyatakan bahwa wanita lebih komit khususnya *continuence* dari pada laki-laki, karena mereka lebih banyak menghadapi rintangan untuk memperoleh pekerjaan atau mereka suka berpindah-pindah.<sup>8</sup>

d. Masa Kerja

Masa kerja adalah lamanya perawat bekerja dimulai sejak perawat resmi diangkat sebagai karyawan rumah sakit. Kepuasan kerja relatif tinggi pada waktu permulaan bekerja, menurun secara berangsur-angsur selama 5-8 tahun, dan selanjutnya kepuasan akan meningkat dan mencapai puncaknya setelah bekerja selama 20 tahun. Semakin lama orang bekerja, maka akan semakin terampil dan berpengalaman dalam menghadapi masalah dalam pekerjaannya. Terdapat hubungan yang positif dan kuat antara masa kerja dan komitmen organisasi. Semakin lama bekerja ketrampilan dan pengetahuan akan meningkat dan memperoleh pekerjaan yang lebih menantang, juga akan merasa akan mempunyai peluang untuk memperoleh pengakuan dan penghargaan, hal ini akan memudahkan untuk mendapatkan job dan kepercayaan atau wewenang, sehingga mereka akan puas dan mempunyai komitmen yang tinggi. Kurniadi menunjukkan tidak ada hubungan antara masa kerja dan kinerja perawat pelaksana.<sup>6,9,20</sup>

e. Status Perkawinan

Status perkawinan memerlukan tanggung jawab dan membuat pekerjaan lebih berharga serta lebih penting. Karyawan yang telah menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pergantian yang lebih rendah dan lebih puas dengan pekerjaan mereka dari pada rekan sekerjanya yang bujangan. Berbeda hasil penelitian Arikhman

menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik tingkat kepuasan perawat yang belum menikah dan sudah menikah. Perawat yang menikah mempunyai tingkat kepuasan 2,5 kali lebih puas dari pada perawat yang sudah menikah, dengan persentase 82,6 % untuk yang belum menikah dan 65,3% bagi perawat yang sudah menikah.<sup>8,9</sup>

Robbins, menunjukkan hasil penelitian bahwa karyawan yang menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pindah kerja (*turnover*) yang lebih rendah dan lebih puas dengan pekerjaannya daripada rekan kerjanya yang masih belum menikah. Sangat mungkin bahwa karyawan yang tekun dan puas lebih besar kemungkinannya terdapat pada karyawan yang menikah. Robbins dan penelitian lainnya belum mengetahui hubungan antara status janda atau duda terhadap kepuasan kerja, apalagi dengan pasangan yang tinggal bersama tanpa ikatan tali pernikahan.<sup>10,20</sup>

f. Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah anggota keluarga dapat memberikan pengaruh yang kuat terhadap perilaku individu atau pemanfaatan jasa pelayanan. Jumlah orang dalam rumah tangga yang merupakan faktor individu dan sosial ekonomi mempengaruhi pemanfaatan sebuah pelayanan kesehatan atau rumah sakit.

Pekerjaan seseorang mempengaruhi pola konsumsinya, barang dan jasa yang dibelinya. Sifat dasar pekerjaan merupakan faktor

yang mengacu pada karakteristik dari pekerjaan itu sendiri meliputi penggunaan prosedur, alur kerja, beban kerja yang tinggi maupun tidak, kehadiran maupun ketidakhadiran staf, kompleksitas perawatan, fungsi peralatan, tugas yang bersamaan, persyaratan fisik maupun kognitif untuk melaksanakan pekerjaan.<sup>15,24</sup>

g. Pelatihan

Pelatihan merupakan upaya untuk mengembangkan kemampuan staf. Pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan khusus seseorang atau kelompok orang. Pelatihan diharapkan dapat meningkatkan kemampuan staf dalam hal pengetahuan, ketrampilan dan sikap dalam bekerja.<sup>23</sup>

Pelatihan merupakan salah satu usaha untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia dalam dunia kerja. Pelatihan merupakan proses yang sistematis untuk mengubah perilaku kerja seseorang dalam usaha meningkatkan kinerja organisasi. Setiap karyawan yang bekerja memerlukan pelatihan karena perubahan lingkungan kerja ataupun strategi. Pelatihan diperlukan oleh karyawan bukan untuk menyesuaikan diri dan tugas yang lebih spesifik dalam organisasi tetapi juga untuk meningkatkan perkembangan dasar, proses dan tujuan organisasi. Perawat banyak yang belum mengikuti pelatihan tentang keselamatan pasien berdampak pada penerapan budaya keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan

oleh Nilasari yang membuktikan bahwa pelatihan dapat meningkatkan ketrampilan perawat klinik dalam penerapan keselamatan pasien.<sup>20,23</sup>

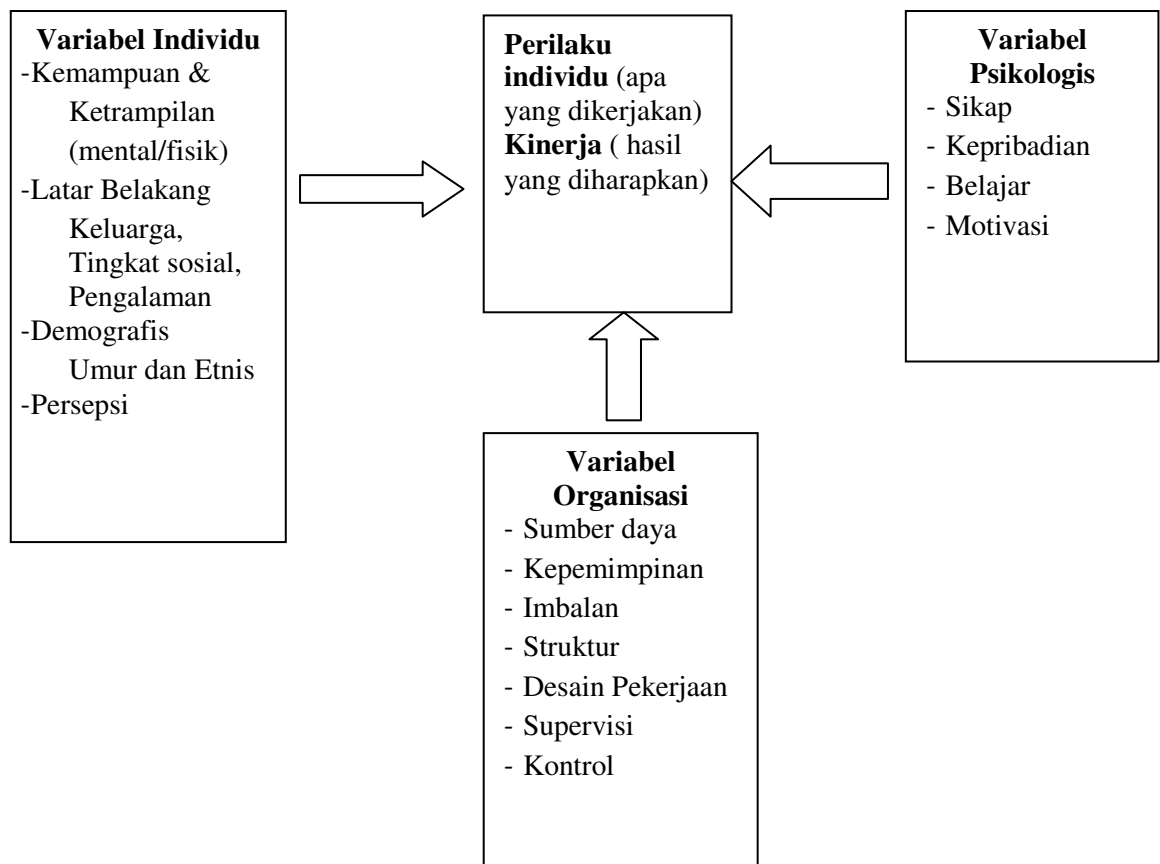
## **2. Kinerja**

### **a Model Teori Kinerja**

Faktor yang mempengaruhi kinerja personal, dilakukan kajian terhadap teori kinerja. Secara teori ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja yaitu : variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran atau suatu jabatan atau tugas.<sup>19,24</sup>

Gibson menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja adalah individu, perilaku, psikologi dan organisasi. Variabel individu terdiri dari kemampuan dan ketrampilan, latar belakang, dan demografi. Kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja individu. variabel demografis mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu, variabel psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Variabel banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya.<sup>26</sup>

Adapun uraian dari masing-masing variabel dapat dilihat pada diagram berikut ini :



**Gambar 2.1**

Sumber : Model Teori Perilaku dan Kinerja menurut Gibson, Ivancevich <sup>7,35</sup>

### 1) Variabel Individu

#### a Ketrampilan dan Kemampuan Fisik serta Mental

Pemahaman tentang keterampilan dan kemampuan diartikan sebagai suatu tingkat pencapaian individu terhadap upaya untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik dan efisien. Pemahaman dan ketrampilan dalam bekerja merupakan suatu totalitas diri pekerja baik secara fisik maupun mental dalam menghadapi pekerjaannya. Ketrampilan fisik didapatkan dari belajar dengan menggunakan *skill* dalam bekerja.

Ketrampilan ini dapat diperoleh dengan cara pendidikan formal dalam bentuk pendidikan terlembaga maupun informal, dalam bentuk bimbingan dalam bekerja. Pengembangan ketrampilan ini dapat dilakukan dalam bentuk pelatihan.<sup>9</sup>

b Latar belakang ( keluarga, tingkat sosial dan pengalaman)

Performasi seseorang sangat dipengaruhi bagaimana dan apa yang didapatkan dari lingkungan keluarga. Sebuah unit interaksi yang utama dalam mempengaruhi karakteristik individu adalah organisasi keluarga. Hal demikian karena keluarga berperan dan berfungsi sebagai pembentukan sistem nilai yang akan dianut oleh masing-masing anggota keluarga. Hal tersebut keluarga mengajarkan bagaimana untuk mencapai hidup dan apa yang seharusnya kita lakukan untuk menghadapi hidup. Hasil proses interaksi yang lama dengan anggota keluarga menjadikan pengalaman dalam diri anggota keluarga.

Pengalaman (masa kerja) biasanya dikaitkan dengan waktu mulai bekerja dimana pengalaman kerja juga ikut menentukan kinerja seseorang. Semakin lama masa kerja maka kecakapan akan lebih baik karena sudah menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Seseorang akan mencapai kepuasan tertentu bila sudah mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan. Semakin lama karyawan bekerja mereka cenderung lebih terpuaskan dengan pekerjaan mereka. Para karyawan yang relatif baru

cenderung terpuaskan karena berbagai pengharapan yang lebih tinggi.<sup>6</sup>

c Demografis (umur dan jenis kelamin ).

Hasil kemampuan dan ketrampilan seseorang seringkali dihubungkan dengan umur, sehingga semakin lama umur seseorang maka pemahaman terhadap masalah akan lebih dewasa dalam bertindak. Hal lain umur juga berpengaruh terhadap produktivitas dalam bekerja. Tingkat pematangan seseorang yang didapat dari bekerja seringkali berhubungan dengan penambahan umur, disisi lain pertambahan umur seseorang akan mempengaruhi kondisi fisik seseorang<sup>20</sup>.

Jenis kelamin dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh jenis pekerjaan yang akan dikerjakan. Pada pekerjaan yang bersifat khusus, misalnya mencangkul dan mengecat tembok maka jenis kelamin sangat berpengaruh terhadap keberhasilan kerja, akan tetapi pada pekerjaan yang pada umumnya lebih baik dikerjakan oleh laki-laki akan tetapi pemberian ketrampilan yang cukup memadai pada wanitapun mendapatkan hasil pekerjaan yang cukup memuaskan. Ada sisi lain yang positif dalam karakter wanita yaitu ketaatan dan kepatuhan dalam bekerja, hal ini akan mempengaruhi kinerja secara personal.<sup>24</sup>

d Persepsi

Persepsi didefinisikan sebagai suatu proses dimana

individu mengorganisasikan dan menginterpretasikan impresi sensorinya supaya dapat memberikan arti kepada lingkungan sekitarnya. Persepsi sangat dipengaruhi oleh pengobyekan indra maka dalam proses ini dapat terjadi penyaringan kognitif atau terjadi modifikasi data. Persepsi diri dalam bekerja mempengaruhi sejauh mana pekerjaan tersebut memberikan tingkat kepuasan dalam dirinya.<sup>24</sup>

Perilaku bekerja seseorang sangat dipengaruhi oleh sikap dalam bekerja. Sikap seseorang dalam memberikan respon terhadap masalah dipengaruhi oleh kepribadian seseorang. Kepribadian ini dibentuk sejak lahir dan berkembang sampai dewasa. Kepribadian seseorang sulit dirubah karena elemen kepribadiannya yaitu *id*, *ego* dan *super ego* yang dibangun dari hasil bagaimana dia belajar saat dikandung sampai dewasa. Dalam hubungannya dengan bekerja dan bagaimana seseorang berpenampilan diri terhadap lingkungan, maka seseorang berperilaku<sup>19</sup>

## 2) Variabel Organisasi

### a Struktur dan desain pekerjaan

Merupakan daftar pekerjaan mengenai kewajiban-kewajiban pekerja dan mencakup kualifikasi artinya merinci pendidikan dan pengalaman minimal yang diperlukan bagi seorang pekerja untuk melaksanakan kewajiban dari

kedudukannya secara memuaskan. Desain pekerjaan yang baik akan mempengaruhi pencapaian kerja seseorang. Faktor-faktor yang mempengaruhi prestasi kerja karyawan yaitu motivasi, kepuasan kerja, tingkat stress, kondisi fisik pekerjaan, sistem kompensasi, desain pekerjaan, aspek ekonomi, teknis dan perilaku karyawan.<sup>24</sup>

#### b Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah suatu proses mempengaruhi orang lain dalam mencapai tujuan.<sup>20</sup> Menurut *Army Departement of Headquarters USA* kepemimpinan adalah kemampuan mempengaruhi orang-orang dengan menetapkan tujuan, memberi pengarahan atau perintah dan motivasi sehingga secara operasional tujuan tercapai dan meningkatkan keberadaan organisasi. Seorang pemimpin dalam melaksanakan tugas pokoknya dipengaruhi sikap dan karakter bawahan, karakter organisasi dan lingkungan sekitarnya.

Fungsi pemimpin meliputi kegiatan membuat hubungan, mempengaruhi bawahan, membuat keputusan dan membuat kemudahan. Swanburg<sup>33</sup> mendefinisikan tentang kepemimpinan dapat diaplikasikan dalam keperawatan. Tiap pasien mempunyai rencana asuhan keperawatan yang mencakup daftar masalah yang mengganggu pencapaian kebutuhan fisik, emosional dan sosial. Untuk tiap masalah ditetapkan suatu tujuan dan dituliskan suatu pendekatan

atau tindakan keperawatan.

Menurut Gibson,<sup>20</sup> faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu variabel individu, variabel psikologi dan variabel organisasi. Salah satu sub variabel organisasi yaitu kepemimpinan yang tercermin dalam gaya kepemimpinan.

### 1) **Komiten Pemimpin**

Agar kebijakan dan prosedur yang telah diterapkan rumah sakit dapat dilaksanakan secara optimal merupakan sistem nilai-nilai, keyakinan dan kebiasaan bersama dalam organisasi yang berinteraksi dengan struktur formal, untuk menghasilkan norma perilaku. Secara lebih jelas, budaya organisasi berunsurkan nilai-nilai atau keyakinan (*core value*). Nilai dan keyakinan dimaksud adalah sebagai berikut :

- a) Melaporkan dan membahas kesalahan (KTD) tanpa bersikap menyalahkan.
- b) Bekerja secara *teamwork*.
- c) Melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan klinis (*kemitraan /partnership*)
- d) Memandang suatu kesalahan dalam kerangka sistem.
- e) Mengambil keputusan medis didasarkan EBM
- f) Berani melakukan *medical error discharge* (tergantung situasi dan kondisi)

Pimpinan harus mampu memotret tekanan eksternal sebagai landasan untuk berubah. Situasi tersebut harus ditangkap sebagai peluang. Pimpinan adalah kunci perubahan karena ia memiliki tanggung jawab untuk memimpin perubahan. Pemimpin mempunyai tugas untuk membangun visi dan misi, mengkomunikasikan ide-ide perubahan dan menyusun strategi serta membentuk pergerakan perubahan.

Manajemen mencakup perencanaan, pendanaan, organisasi, penyusunan staf, pengendalian dan pemecahan masalah, serta evaluasi. Para manajer baik ditingkat bawah, tengah dan atas bertanggung jawab menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dibuat dan disepakati bersama di tingkat unit pelayanan masing-masing. Manajer keperawatan bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien yang berhubungan dengan tugas keperawatan.

Kebijakan dan prosedur rumah sakit dapat dilaksanakan secara optimal, apabila rumah sakit membentuk struktur organisasi Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit dengan kelompok kerja (misalnya transfusi, pokja pencegahan kesalahan obat, pokja infeksi nosokomial). Ada tiga prinsip perancangan sistem keselamatan pasien yaitu, (1) cara mendesain sistem agar setiap kesalahan dapat dilihat (*making error visible*), (2) bagaimana merancang sistem agar tidak

terjadi kesalahan (*error prevention*). Rumah sakit mampu mengakomodasi sistem tersebut agar dapat diimplementasikan secara optimal.<sup>21</sup>

Pimpinan adalah pemegang kunci perubahan karena ia memiliki tanggung jawab untuk memimpin perubahan. Pimpinan dibantu oleh jajaran manajerial bertanggung jawab terhadap hal-hal berikut:<sup>21</sup>

- a) Menetapkan visi dan misi rumah sakit berkaitan dengan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- b) Membuat kebijakan dan pedoman patient safety.
- c) Membentuk struktur organisasi Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit dengan kelompok kerja (pokja transfusi, pokja pencegahan kesalahan obat, pokja infeksi nosokomial).
- d) Mengalokasikan dana, sarana, prsarana dan SDM dalam rangka menciptakan keselamatan pasien.
- e) Mengagendakan keselamatan pasien dalam setiap pertemuan baik di tingkat direksi maupun unit pelayanan.
- f) Menjamin terselenggaranya sistem pelaporan dan pembahasan kasus secara teratur.
- g) Menjamin bahwa tenaga medis, paramedis, dan karyawan lain mendapatkan edukasi yang adekuat mengenai konsep perbaikan mutu pelayanan.

- h) Melakukan monitoring terhadap kinerja unit pelayanan dan SDM-nya.
- i) Memasukkan keselamatan pasien dalam program orientasi karyawan baru.
- j) Melakukan koordinasi antar unit pelayanan dan melakukan monitoring serta perbaikan demi terciptanya keselamatan pasien.
- k) Menyediakan teknologi yang dapat meminimalkan KTD sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan rumah sakit.

## 2) Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien

Menurut Michell dalam Hughes perawat merupakan kunci dalam pengembangan mutu melalui keselamatan pasien. Sejak dulu tanggungjawab perawat terhadap aspek keselamatan pasien telah ada walaupun masih terbatas pada pencegahan kesalahan pemberian pengobatan dan pencegahan pasien jatuh.<sup>39</sup> Concidine berpendapat bahwa salah satu hal yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mencegah KTD beserta dampaknya adalah dengan peningkatan kemampuan perawat melakukan pencegahan dini. Deteksi risiko dan koreksi terhadap abnormalitas yang terjadi pada pasien. Peningkatan angka kematian yang merupakan bagian dari dampak keselamatan pasien membutuhkan peran perawat secara adekuat dalam kondisi *emergensi* untuk mencegah KTD.<sup>22</sup>

*Position Statement* mengenai keselamatan pasien yang diampaikan oleh ICN bahwa keselamatan pasien merupakan hal yang mendasar dalam mutu pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan. Peningkatan keselamatan pasien meliputi tindakan nyata dalam rekrutmen, pelatihan dan retensi tenaga profesional, pengembangan kinerja, manajemen resiko dan lingkungan yang aman, pengendalian infeksi, penggunaan obat-obat yang aman, peralatan dan lingkungan perawatan yang aman serta akumulasi pengetahuan ilmiah yang terintegrasi serta berfokus pada keselamatan pasien yang disertai dengan dukungan infrastruktur terhadap pengembangan yang ada. Keperawatan mengarahkan keselamatan pasien pada seluruh aspek pelayanan keperawatan. Hal ini mencakup informasi terhadap pasien dan komponen lain mengenai resiko dan cara mengurangi resiko serta mengadvokasi keselamatan pasien dan pelaporan KTD.<sup>39</sup>

c. Imbalan

Imbalan merupakan balasan jasa yang diberikan oleh instansi kepada tenaga kerja, dan imbalan jasa tidak hanya sekedar hak dan kewajiban, tetapi yang paling penting adalah imbalan yang diberikan merupakan daya pendorong, semangat untuk bekerja. Pemberian imbalan jasa akan meningkatkan kinerja perawat, maka jika instansi ingin meningkatkan kinerja

perawat, harus menambah imbalan jasa yang diterima oleh perawat.<sup>34</sup> Menurut Nursalam, bahwa rendahnya imbalan jasa bagi pekerja selama ini sangat mempengaruhi kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Imbalan merupakan pembayaran yang diterima dan tingkat kesesuaian antara pembayaran tersebut dengan pekerjaan yang dilakukan.<sup>27</sup>

Penghargaan atau *reward* (kompensasi) merupakan apa yang diterima oleh karyawan sebagai ganti kontribusi mereka kepada organisasi. Penghargaan yang diberikan perusahaan dapat mempengaruhi tendensi para karyawan untuk tetap bersama pada organisasi atau mencari pekerjaan lainnya. Semakin besar perhatian perusahaan terhadap kebutuhan karyawan maka perusahaan tersebut akan mendapat timbal balik yang sesuai.

Beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja perawat yaitu faktor individu, psikologis dan organisasi. Faktor individu terdiri dari kemampuan dan ketrampilan, latar belakang demografis, sedangkan faktor psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian dan motivasi. Sedangkan faktor organisasi berefek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu yang terdiri dari sumber daya, kepemimpinan dan imbalan. Jadi imbalan jasa merupakan faktor penting yang mempengaruhi bagaimana dan mengapa karyawan bekerja pada suatu perusahaan dan bukan pada perusahaan lain.<sup>20</sup>

Hasil penelitian Manotar dalam Pancaningrum, adanya pengaruh imbalan jasa dan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, meskipun secara undi dapat diklasifikasikan 66,7% perawat, imbalan jasa yang mereka terima sudah baik. Penelitian ini menyatakan imbalan jasa yang diterima perawat tidak diikuti dengan buruknya kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.<sup>11</sup>

Survei yang dilakukan ANA, menyatakan elemen penting dari pekerjaan perawat di Amerika meliputi pelaksanaan asuhan keperawatan yang berkualitas, *caring* pada pasien, profesional, pengelolaan staf yang adekuat dan lingkungan kerja yang aman. Kondisi ini sangat berbeda di Indonesia, perawat belum sepenuhnya menyadari arti dari elemen penting tadi. Kenyataannya perawat masih berorientasi pada imbalan dalam melakukan pekerjaan, baik imbalan ekstrinsik maupun intrinsik.<sup>20</sup>

Negussie, menyatakan bahwa ada hubungan signifikan statistik antara penghargaan dan motivasi kerja perawat dan pembayaran adalah variabel yang paling penting dan lebih berpengaruh. Imbalan atau kompensasi yang diberikan kepada perawat sesuai dengan kemampuan/pendapatan rumah sakit yang sudah diatur secara tetap sehingga sebagian kecil perawat merasa cukup puas menerima imbalan yang sudah diatur oleh

manajemen rumah sakit dan melaksanakan tugas dan fungsinya sesuai dengan kemampuan.<sup>14</sup>

#### d Supervisi

Supervisi adalah proses pengamatan dari pelaksanaan seluruh kegiatan organisasi untuk menjamin agar semua pekerjaan yang sedang dilakukan berjalan sesuai dengan rencana yang ditetapkan. Supervisi terhadap kegiatan organisasi dari level bawahan sampai atasan harus dilakukan setiap saat. Hal ini akan mempengaruhi semua karyawan bekerja pada standart atau pedoman yang telah ditentukan. Supervisi merupakan kompetensi teknis dan ketrampilan interpersonal dari atasan langsung.<sup>18,35</sup>

Tujuan supervisi adalah menciptakan hubungan dan bantuan, mengobservasi dan menganalisa penampilan, menanggapi penampilan dan memberi saran atau nasehat. Para supervisor berurusan dengan pelaksanaan tugas melalui pengarahan dan umpan balik yang efektif dan efisien.<sup>10,11</sup>

Kegiatan supervisi yang dilakukan dapat mencakup beberapa aspek yang meliputi<sup>20</sup> :

- 1) Standar penampilan kerja
- 2) Tujuan utama supervisi agar mutu layanan tetap ditingkatkan sehingga hasil akhir yaitu kinerja akan tinggi.
- 3) Perbandingan kenyataan yang ada dengan pelaksanaan

4) Pedoman kerja menjadi bekal seorang supervisor membandingkan dengan kenyataan atau hasil kerja para perawat.

5) Tindakan koreksi

Tindakan koreksi terhadap hasil kerja yang kurang baik seharusnya langsung diberikan jalan keluar sehingga motivasi kerja tetap terpelihara bukannya menyalahkan atau memberi hukuman.

Teknik supervisi adalah cara-cara yang ditempuh untuk memperoleh pembuktian dalam membandingkan keadaan yang sebenarnya dengan seharusnya dalam kegiatan supervisi, antara lain :

- 1) Menelaah dan menganalisa laporan baik secara berkala maupun temporer. Secara berkala karena sudah ada jadwal yang tetap, sedangkan temporer bila ada kejadian luar biasa.
- 2) Membicarakan laporan perkembangan dalam rapat staf terhadap hal-hal yang belum dapat diselesaikan dilapangan.
- 3) Menelaah hasil kegiatan pemantauan, apakah masih kurang efektif sehingga masih ada kesalahan atau kekurangan dari kinerja perawat yang ada disemua level.
- 4) Inspeksi mendadak, hal ini bila dirasakan urgen dan perlu.
- 5) Observasi bisa secara langsung turun ke lapangan maupun tidak secara langsung lewat orang lain.

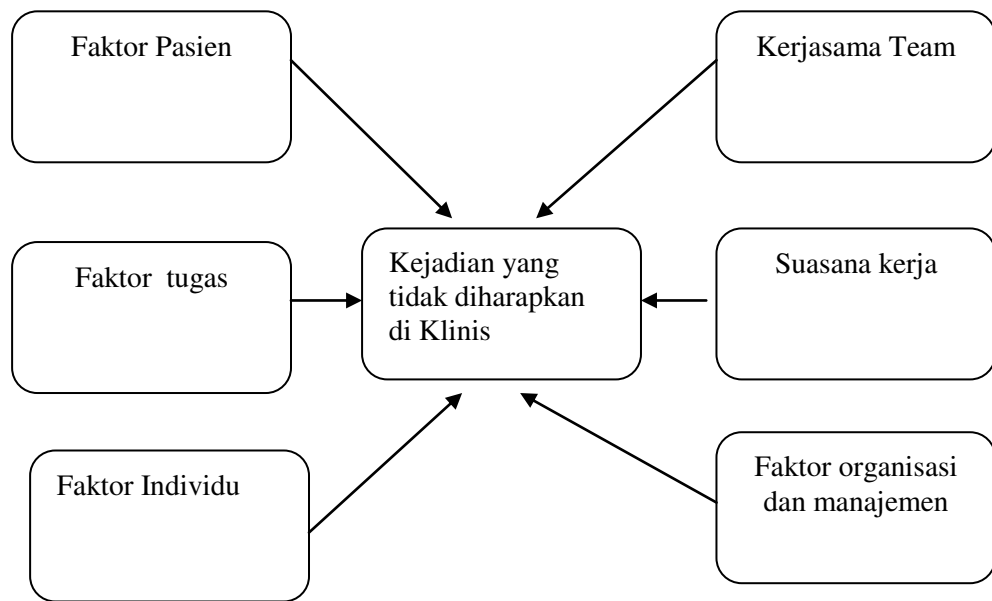
- 6) Tanya jawab bila apa yang dilakukan bawahan tidak dipahami, agar maksud baik bawahan bisa dimengerti.
- 7) Melakukan konfirmasi bila ada beberapa informasi yang kurang jelas sehingga memerlukan pemahaman dari sumber yang asli.
- 8) Pengujian dan tes dilakukan bila digunakan untuk promosi atau penempatan jabatan tertentu. Gunanya lebih meyakinkan pejabat di atas bahwa promosi seseorang sesuai dengan kompetensinya.
- 9) Analisa lalu diolah untuk membuat keputusan tertinggi dari suatu organisasi.
- 10) Melakukan verifikasi atau menilai ketelitian dari semua kegiatan supervisi yang telah dilakukan.
- 11) Kegiatan supervisi harus didokumentasikan dan ditelaah kelebihan dan kekurangannya untuk dipakai bahan supervisi berikutnya.<sup>8</sup>

e Pengontrolan (*Controlling*)

Pengendalian (*controlling*) yaitu kegiatan membandingkan hasil kerja dengan standar penampilan kerja yang diinginkan dan mengambil kegiatan perbaikan bila ada kekurangan. Pengendalian pelayanan keperawatan adalah upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan secara berkesinambungan. Fungsi pengendalian menjamin hasil aktual konsistensi dengan perencanaan.<sup>20</sup>

Manajer membandingkan hasil kerja dengan standar kinerja. Kepala ruang akan melakukan kegiatan antara lain menilai hasil kinerja karyawan. Menurut Vincent dan Pronovost, mengidentifikasi kerangka kerja dari 6 faktor yang berkontribusi terhadap kejadian yang tidak diharapkan di klinis, faktor itu diantaranya :<sup>7</sup>

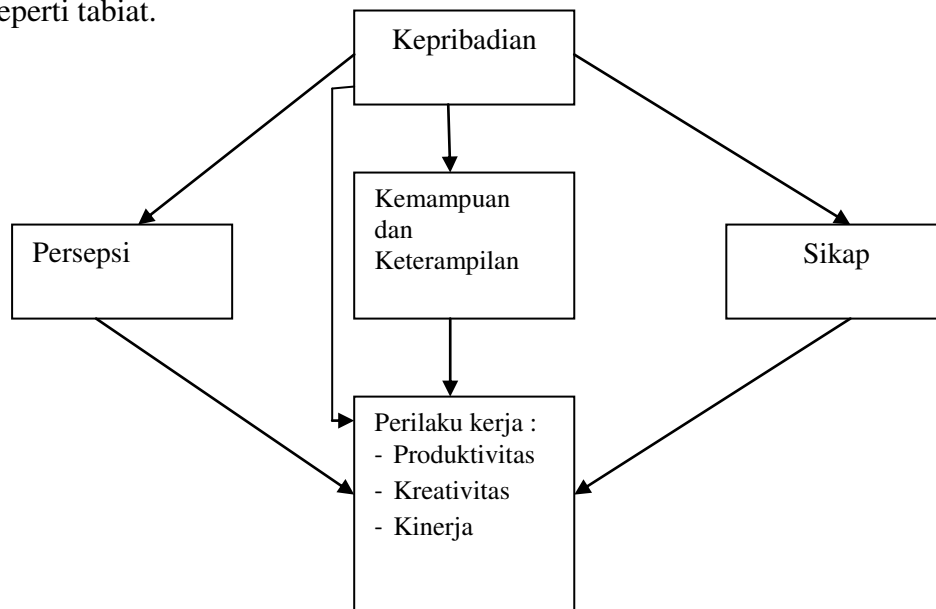
- 1) Faktor pasien, kondisi klinik, bahasa , faktor sosial.
- 2) *Task Factor* termasuk tersedianya prosedur, *test result* (hasil yang dikerjakan) dan hasil pengetesan.
- 3) Faktor Individu termasuk pengetahuan, keterampilan , kompeten, kelelahan, kegagalan menjalankan prosedur, motivasi dan perilaku, kesehatan jasmani dan rohani.
- 4) Kerjasama team termasuk komunikasi verbal dan tertulis pada saat timbang terima pasien, kegiatan rutin pada saat memperhatikan hal-hal keadaan krisis, supervisi dan melihat untuk membantu apabila diperlukan, kerangka team dan kepemimpinan.
- 5) Suasana kerja termasuk pembagian jabatan, berbagai macam ketrampilan, beban kerja, tersedianya peralatan terhadap alat, administrasi dan dukungan dari manajemen.
- 6) Faktor organisasi dan manajemen termasuk kesediaan keuangan, tekanan pekerjaan, keadaan psikologis



**Gambar 2.2** *Conceptual Framework Vincent and Pronovost*<sup>36</sup>

Menurut Ivancevich, perbedaan individu di tempat kerja dipengaruhi oleh faktor demografis seperti usia, ras, dan gender mempengaruhi perbedaan individu.<sup>35</sup>

Disamping itu genetik seseorang mempengaruhi perbedaan individu seperti tabiat.



**Gambar 2.3** Faktor yang mempengaruhi individu di tempat kerja menurut Ivancevich<sup>35</sup>

Gambar diatas menjelaskan bahwa praktik manajemen yang efektif mensyaratkan dikenalnya perbedaan perilaku organisasi. Memahami perbedaan individu, seorang manajer harus (1) mengamati dan mengenali perbedaan tersebut dan (2) mempelajari hubungan antarvariabel yang mempengaruhi perilaku individu. Perilaku kerja adalah semua hal yang dilakukan seseorang dalam lingkungan pekerjaan. Perbedaan individu yang mempengaruhi perilaku kerja<sup>35</sup>

a. Faktor Keturunan

Keturunan memberikan penjelasan genetik mengenai beberapa aspek keragaman manusia. Perkembangan dalam jenis gender, ras, usia, dan keanekaragaman etnis ditempat kerja membuat perbedaan nilai, etika kerja, dan norma perilaku tampak jelas.

b. Kemampuan dan Ketrampilan Perilaku Kerja

Kemampuan dan ketrampilan memainkan peran yang penting dalam perilaku dan kinerja individu. Kemampuan adalah bakat seseorang untuk melakukan tugas fisik atau mental. Sedangkan ketrampilan adalah bakat yang dipelajari seseorang memiliki tugas. Kemampuan seseorang pada umumnya stabil selama beberapa waktu. Ketrampilan berubah seiring dengan pelatihan atau pengalaman orang dapat dilatih untuk memiliki ketrampilan baru.

c. Kepribadian dan Perilaku dalam Organisasi.

Proses memimpin akan terjadi komunikasi dua arah. Apabila tercipta komunikasi yang baik maka tidak ada kendala, bila kurang baik akan terjadi perubahan- perubahan sikap antara individu sesuai yang dikehendaki

organisasi. Proses selanjutnya adalah terjadinya adaptasi yang baik antar anggota sehingga kehidupan organisasi berjalan dan bertahan.

Beberapa gaya diwakilkan sebagai tipe tertentu dari kepemimpinan, namun yang paling sering pembagian tipe tersebut digambarkan sebagai usaha dimensi perilaku kepemimpinan. Perilaku kepemimpinan digambarkan dalam dua sampai empat tipe dan hanya satu atau dimensi. Walaupun terdapat bermacam-macam istilah untuk menggambarkan perilaku kepemimpinan, terdapat 4 tipe besar :

- a) Orientasi terhadap tugas, yakni pemimpin yang menekankan segi-segi teknis dari pekerjaan, mengorganisasi aktifitas, menekankan segi-segi teknis dari pekerjaan, mengorganisasi aktivitas kelompok untuk mencapai tujuan dengan baik, menempatkan pencapaian tujuan di atas pertimbangan yang menyangkut manusia, dan sebagainya.
- b) Orientasi terhadap bawahan, yakni pemimpin yang berorientasi pada kebutuhan, minat, masalah, pengembangan dan sebagainya dari bawahannya, menerima perbedaan kepribadian, kemampuan dan perilaku bawahannya.
- c) Kepemimpinan memerintah, yakni pemimpin yang membuat semua keputusan bagi aktivitas kelompok dan bawahannya hanya perlu menaati.
- d) Kepemimpinan partisipasif, yakni pemimpin membagikan peran dengan bawahannya dalam pengambilan keputusan yang menyangkut aktivitas kelompok.<sup>37</sup>

### 3. Kinerja Perawat Dalam Penerapan Keselamatan Pasien.

Kinerja adalah penampilan hasil karya personil baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi.<sup>18</sup> Menurut Bernardin & Russel adalah catatan tentang hasil-hasil yang diperoleh dari fungsi-fungsi pekerjaan tertentu atau kegiatan tertentu selama kurun waktu. Penilaian kinerja harus memperhatikan komponen-komponen penting dari pelaksanaan kerja itu. Hasibuan, menyatakan komponen penting penilaian kinerja meliputi mutu pekerjaan, kejujuran karyawan, inisiatif, kehadiran, sikap, kerjasama, pengetahuan tentang pekerjaan, tanggung jawab dan pemanfaatan waktu kerja serta kemampuan menanggapi keluhan dari konsumen.<sup>33,38</sup>

Kinerja berasal dari kata *job performance* atau *actual performance* adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Menurut Ilyas bahwa kinerja adalah penampilan hasil karya personal baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja tersebut dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personal. Kinerja tidak terbatas pada personal yang memegang jabatan namun juga pada keseluruhan jajaran personel yang memegang jabatan namun juga pada keseluruhan jajaran personel dalam organisasi.<sup>39</sup>

Penilaian kinerja perawat diukur berdasarkan standar untuk menentukan kualitas penampilan kerja perawat. Standar ini dapat

dikembangkan dari standar organisasi, survei kepuasan pasien dan audit asuhan keperawatan. Pelayanan keperawatan, standar ini dikembangkan pada area praktik keperawatan. Standar kinerja menurut Swanburg dapat diuraikan dari analisis pekerjaan, uraian tugas dan dokumen-dokumen lain yang menjelaskan tentang aspek-aspek kualitas dan kuantitas dari kinerja. Dokumen dapat berupa Standar Asuhan Keperawatan (SAK), Standar Operasional Prosedur (SOP), daftar kehadiran perawat, status pasien dan dokumentasi asuhan keperawatan pasien. Dokumen ini menjadi pedoman dalam penilaian kinerja.<sup>33</sup>

#### **4. Aplikasi Teori Keperawatan dalam Penerapan Keselamatan Pasien.**

Teori keperawatan yang terkait diantaranya adalah Teori Faye Abdallah. Tujuan keperawatan memberikan pelayanan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Menjadi perawat yang baik dan berpengertian, diperlukan kemampuan intelegensia yang tinggi, kompeten dan memiliki keterampilan yang baik dalam memberikan pelayanan keperawatan.<sup>34</sup>

Teori ini meliputi pemberian asuhan keperawatan bagi seluruh manusia untuk memenuhi kebutuhan fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual baik klien maupun keluarga. Ketika menggunakan pendekatan ini, perawat memerlukan pengetahuan dan ketrampilan dalam hubungan interpersonal, psikologis, pertumbuhan dan perkembangan manusia, komunikasi dan sosiologi, juga pengetahuan tentang ilmu-ilmu dasar dan keterampilan keperawatan tertentu. Perawat adalah pemberi jalan dalam menyelesaikan masalah dan juga sebagai pembuat keputusan. Perawat

merumuskan gambaran tentang kebutuhan klien secara individual, yang mungkin terjadi dalam bidang-bidang berikut ini :

- a. Kenyamanan, kebersihan, dan keamanan.
- b. Keseimbangan fisiologi.
- c. Faktor-faktor psikologi dan sosial.
- d. Faktor-faktor sosiologi dan komunitas.

Dasar hukum penerapan keselamatan pasien, regulasi yang mengatur pelaksanaan Keselamatan Pasien (KPRS) diantaranya :

- a. UU RI no. 36 tahun 2009 tentang kesehatan; pasal 5 ayat (2), Pasal 24 ayat (1), Pasal 53 ayat (3), Pasal 54 ayat (1) , Pasal 58 ayat (1), dan Pasal 88 ayat (2).
- b. Undang-undang republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah sakit; pasal 2, pasal 3 ayat (b), pasal 9, pasal 13 ayat (3), Pasal 29 ayat (1.b) dan 1.0), dan Pasal 43, serta 45 dan 46.
- c. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2001 tentang keselamatan pasien rumah sakit.

Adanya regulasi tersebut, maka rumah sakit wajib melaksanakan program keselamatan pasien sesuai dengan standar yang berlaku.

## **5. Pengkajian Keselamatan Pasien.**

Sebagaimana disyaratkan untuk diimplementasikan mulai tanggal 1 Januari 2011 di semua rumah sakit yang terakreditasi oleh *Joint Commission Internatonal* (JCI) dibawah standart International Rumah Sakit. Tujuan Sasaran International Keselamatan Pasien (SIKP) adalah

untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien. Sasaran-sasaran dalam SIKP menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar.<sup>3</sup>

Mempertimbangkan bahwa untuk menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi diperlukan desain sistem yang baik, sasaran biasanya sedapat mungkin berfokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem. Kaitannya pengkajian keselamatan pasien berdasarkan Sasaran Internasional Keselamatan Pasien (SIKP) seorang perawat harus dapat mengidentifikasi pasien dengan benar. Hal ini sesuai dengan Standar SIKP no 1 dalam kaitannya pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien.<sup>21</sup>

**Sasaran 1** : Ketepatan Identifikasi Pasien. Standar SKP 1 : Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

Maksud dan tujuan SIKP. Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbias/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan sasaran dua kali pengecekan yaitu : pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan;

dan kedua untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Kebijakan atau prosedur secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Prosedur ini memerlukan dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomer rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-code. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi.

**Elemen Penilaian Sasaran 1 :**

- a) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah.
- c) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah lain untuk pemeriksaan klinis.
- d) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
- e) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

**Sasaran II :** Peningkatan Komunikasi Yang Efektif. Standar SKP II : Rumah Sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi pelayanan.

Maksud dan Tujuan Sasaran II :

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon ke unit pelayanan. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan/prosedur untuk perintah lisan atau telepon termasuk : mencatat (atau memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah.

#### **6. Perencanaan Keselamatan Pasien.**

Rumah sakit yang baik seharusnya tidak tergantung dengan salah seorang yang bekerja di rumah sakit tersebut. Akan lebih baik apabila semua kegiatan yang ada didalamnya sesuai dengan standar operasional prosedur yang mana bisa dilakukan secara sistematis. Hal ini dapat mengeliminasi adanya faktor dominan dari salah seorang pekerja di rumah sakit tersebut dalam hal ini banyak berkaitan dengan hal-hal yang dilakukan oleh seorang perawat. Standar operasional prosedur yang baik, dilakukan perencanaan yang baik. Dengan tidak melupakan nilai – nilai keselamatan pasien yang akan di rawat di rumah sakit tersebut.Indikasi yang bisa di lihat dalam perencanaan keselamatan pasien diantaranya :<sup>21</sup>

- a. Membuat rencana perawatan berdasarkan kebutuhan pasien. Semua kebutuhan pasien baik yang kecil ataupun besar seharusnya sudah

tercakup dalam *standar operasional prosedur* yang mana pada saat di butuhkan seorang perawat tinggal memilih dan melakukan apa yang tercantum di dalam SOP nya tersebut. Sehingga semua bisa berjalan sesuai standar yang ada.

- b. Bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lainnya dalam merencanakan perawatan. Suatu perencanaan yang baik dalam penerapan keselamatan pasien
- c. Membuat penjadwalan dalam melaksanakan rencana perawatan. Suatu yang telah direncanakan bersama, hendaknya dijadwalkan untuk dilakukan tinjauan ulang secara berkala. Misalnya bisa di lakukan selama dua tahun sekali. Hal ini di harapkan agar ada perbaikan secara berkala sehingga semua standar operasional prosedur berjalan sesuai yang di harapkan.

## **7. Implementasi Keselamatan Pasien.**

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

*Assesment* pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan

tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor yang sering terjadi. Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur yang efektif didalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety*, juga *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator atau orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan dan harus terlibat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multiped struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang).<sup>21</sup>

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk :

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

Tahap “Sebelum insisi” (*Time Out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. Time out dilakukan di tempat,

dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan checklist. Jumlah kasus pasien jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Konteks populasi atau masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh.

#### **8. Evaluasi Keselamatan Pasien.**

Evaluasi keselamatan pasien termasuk riwayat jatuh, cara berjalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit. Obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah yang sering menyebabkan terjadi kesalahan atau kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obatan yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip / Norum, atau *Look A like Sound A like* (LASA)).

Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya kalium klorida 2 meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium

klorida lebih pekat dari 0,9% dan magnesium sulfat = 50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik diunit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan atau pada keadaan gawat darurat.

Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi, diantaranya dengan :

- a. Mengevaluasi dan menyesuaikan rencana keperawatan sesuai kebutuhan klien. Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan agar membuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- b. Mengevaluasi praktik keperawatan dengan membandingkan standar keperawatan implementasi kebijakan dan prosedur. Sebagai contohnya adalah elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati diarea tersebut sesuai kebijakan. Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (restricted). Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima. Evaluasi di lakukan secara terus menerus. Kebijakan dan atau umur

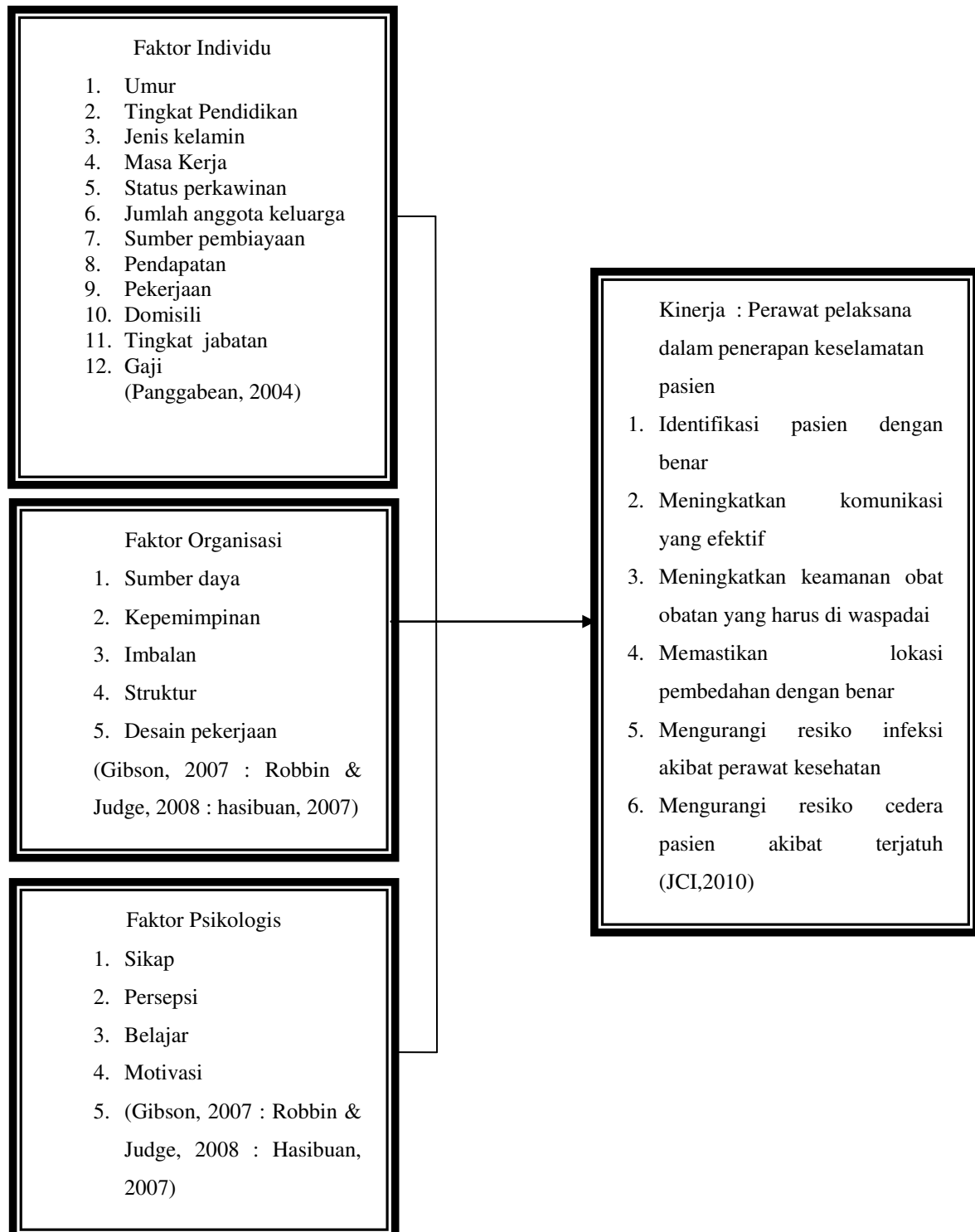
prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

## 9. Ketrampilan Komunikasi

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik cito melalui telepon ke unit pelayanan.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (atau memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah, kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat. Kebijakan dan atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.<sup>5,21</sup>

## B. Kerangka Teori

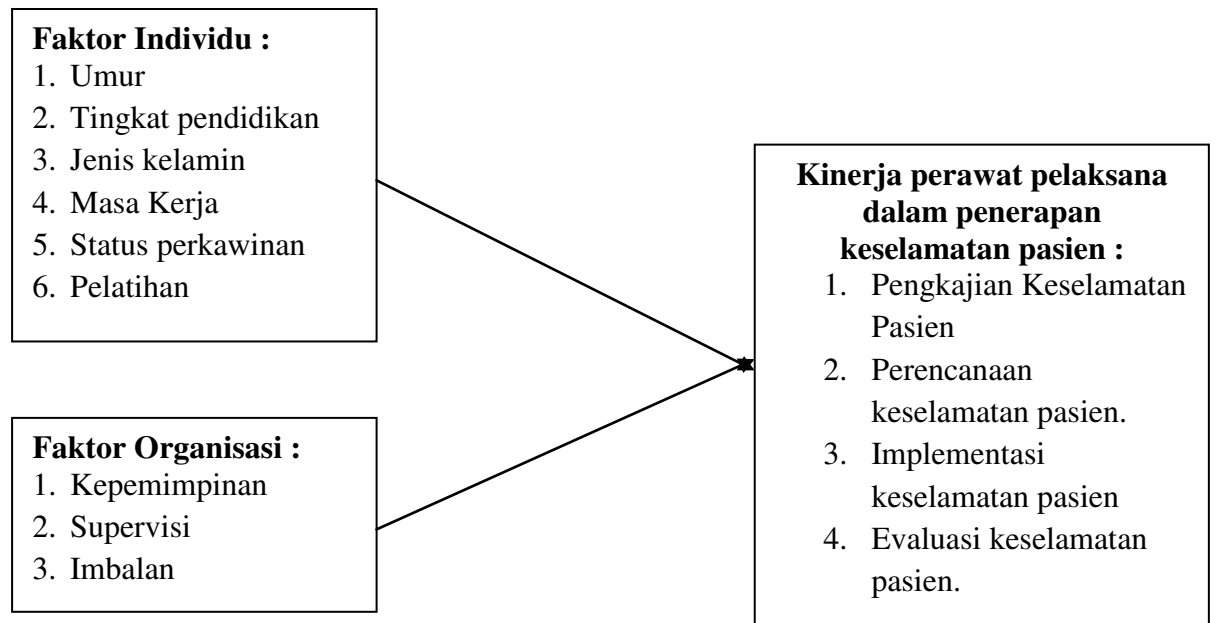


Gambar 2.4 Kerangka Teori

### C. Kerangka Konsep

#### Variabel Bebas

#### Variabel Terikat



Gambar 2.5 Kerangka Konsep Penelitian

### D. Hipotesis Penelitian

- 1) Ada hubungan antara umur dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.
- 2) Ada hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.
- 3) Ada hubungan antara masa kerja dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan
- 4) Ada hubungan antara status perkawinan dengan kinerja dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.

- 5) Ada hubungan antara keikutsertaan pelatihan dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.
- 6) Ada hubungan antara faktor individu terhadap Kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.
- 7) Ada hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan
- 8) Ada hubungan antara supervisi dengan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan
- 9) Ada hubungan antara pemberian imbalan dengan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.



## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian korelasi deskriptif (*descriptive corelational*) dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*, dimana variabel independen dan variabel dependen dilakukan pengukuran sekaligus dalam waktu yang bersamaan.<sup>30</sup> Penelitian ini bertujuan untuk menguji hipotesis dan menjelaskan pengaruh antar variabel yaitu variabel bebas (faktor individu, faktor organisasi) terhadap kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Bendan Kota Pekalongan.

### **B. Populasi dan sampel**

#### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Pekalongan yang berjumlah 117 orang, yang terdiri dari 6 ruang rawat inap (Ruang Jlamprang, Ruang Truntum, Ruang Sekar Jagad, Ruang Terang Bulan, Ruang VK dan Ruang Perinatalogi).

#### **2. Sampel dan Prosedur Pengambilan Sampel**

Sampel didefinisikan sebagai bagian dari populasi yang akan dijadikan objek penelitian. Sampel dalam penelitian ini adalah perawat di instalasi ruang rawat inap RSUD Kota Pekalongan yang memenuhi kriteria inklusi dalam penelitian. Adapun kelompok kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut <sup>41</sup>:

- Kriteria inklusi :

- a. Perawat yang bersedia menjadi responden
  - b. Perawat dengan masa kerja 1 tahun
  - c. Minimal pendidikan DIII Keperawatan.
  - d. Bertugas di ruang rawat inap.
- Kriteria eksklusi
    - a. Perawat yang sedang cuti.
    - b. Perawat yang sedang melakukan tugas belajar.
    - c. Perawat yang pendidikan terakhirnya SPK (Sekolah Perawat Kesehatan)

**Tabel 3.1.**  
**Jumlah Perawat RSUD Bendan Kota Pekalongan**

No	Nama Ruangan	Jumlah Perawat
1	Ruang Terang bulan	16
2	Ruang Truntum	21
3	Ruang Sekar Jagad	24
4	Ruang VK	12
5	Ruang Jlamprang	29
6	Ruang Perinatalogi	15
<b>Total jumlah perawat</b>		<b>117</b>

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan teknik *nonprobability sampling* dengan bentuk *purposive sampling*. Perhitungan jumlah sampel menggunakan metode *purposive sampling* yaitu suatu metode pemilihan sampel yang dilakukan berdasarkan maksud atau tujuan tertentu yang ditentukan oleh peneliti.<sup>30</sup>

Penghitungan sampel pada penelitian ini menggunakan rumus *Slovin*, dimana jumlah sampel untuk populasi yang kurang dari 10.000, menggunakan rumus:<sup>39</sup>

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Keterangan:

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = tingkat penyimpangan yang diinginkan (0.05)

Berdasarkan rumus di atas, maka besar sampel dalam penelitian ini dapat dihitung sebagai berikut:

$$n = \frac{117}{1 + 117 (0.05^2)}$$

$$n = \frac{117}{1.293}$$

n = 90,48 dibulatkan menjadi 91 orang.

Jadi, besar sampel dalam penelitian ini sebanyak 91 orang perawat pelaksana RSUD Bendan Kota Pekalongan. Pertimbangan pada saat dilakukan penelitian karena keterbatasan penelitian, maka peneliti menekankan lebih kepada kemampuan penelitian dengan berbagai sumber daya yang dimiliki diantaranya tenaga, dan waktu. Berdasarkan perhitungan dengan rumus tersebut maka diperoleh jumlah sampel minimal sebanyak 91 responden. Guna menghindari *droup out*, sampel ditambah 10%, sehingga jumlah sampel menjadi 100 responden. Pemilihan ruangan dilakukan dengan pertimbangan kesetaraan jenis pelayanan yang diberikan oleh setiap ruangan, sehingga dipilihlah ruang rawat inap yang memiliki karakteristik : pemberian asuhan keperawatan selama 24 jam, dalam ruang rawat inap dimana tenaga perawatnya adalah perawat.

Proporsi jumlah perawat pelaksana tiap-tiap ruangan diambil menggunakan teknik *proportional random sampling* yaitu teknik yang menunjukkan pada ukuran besarnya bagian sampel, peneliti mengambil wakil dari tiap-tiap kelompok yang ada dalam populasi yang jumlahnya disesuaikan dengan jumlah anggota subyek yang ada di dalam masing-masing kelompok tersebut.<sup>28</sup>

Penentuan responden dilakukan dengan menetapkan terlebih dahulu jumlah masing-masing responden di ruang rawat inap berdasarkan proporsi jumlah perawat. Berikut ini merupakan sebaran responden penelitian berdasarkan unit perawatan :

**Tabel 3.2**  
**Jumlah Perawat RSUD Bendan Kota Pekalongan**  
**yang diambil sebagai sampel**

No	Nama Ruangan	Jumlah Perawat	Jumlah Sampel
1	Ruang Terang bulan	$16/129 \times 100 = 12,4$	13
2	Ruang Truntum	$21/129 \times 100 = 13,9$	14
3	Ruang Sekar Jagad	$24/129 \times 100 = 19,37$	20
4	Ruang ICU	$12/129 \times 100 = 13,7$	14
5	Ruang Jlamprang	$29/129 \times 100 = 21,7$	22
6	Ruang Perinatalogi	$15/129 \times 100 = 11,6$	12
<b>Total jumlah perawat</b>		<b>117</b>	<b>98</b>

### C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang rawat inap RSUD Bendan Kota Pekalongan. Penelitian dimulai dengan melakukan uji coba instrumen pada tanggal 12 Agustus 2015 di RSUD Batang. Selanjutnya pelaksanaan penelitian dilakukan pada tanggal 9 – 18 Agustus 2015.

### D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasioal

#### 1. Variabel Penelitian

a. Variabel terikat (*dependent variabel*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Kota Benda Pekalongan.

b. Variabel bebas (*independent variabel*)

Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu faktor individu (meliputi umur, jenis kelamin, status pernikahan, masa kerja, pendidikan, pelatihan) dan persepsi organisasi meliputi (kepemimpinan, supervisi dan imbalan).

Adapun definisi operasional dari penelitian ini sebagai berikut :

**Tabel 3.3**  
**Definisi Operasional**

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Hasil Ukur
1.	Faktor Individu Umur	Usia perawat dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir pada saat mengisi kuesioner.	Pernyataan no.1 (Kuisisioner A) dengan menggunakan jawaban terbuka	Kategorik	Pengelompokan : 1. => 30 tahun 2. < 30 tahun
	Jenis Kelamin	Identitas perawat yang membedakan peawata laki-laki dan perempuan.	Pernyataan no.2 (Kuesioner A) dengan menggunakan jawaban tertutup dilpoma atau sarjana)	Nominal	Pengelompokkan : 1.Laki-laki 2.Perempuan
	Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal yang terakhir diikuti dan dibuktikan dengan ijazah dari institusi pendidikan.	Pernyataan no.4 (Kuesioner A ) dengan menggunakan jawaban tertutup laki-laki dan perempuan	Ordinal	Pengelompokkan : 1. D III Keperawatan 2. S1 Keperawatan
	Masa Kerja	Lamanya perawat bekerja dimulai sejak perawat resmi diangkat sebagai karyawan rumah sakit.	Pernyataan no.5 (Kuesioner A ) dengan menggunakan jawaban terbuka	Kategorik	Pengelompokan : 1. => 5 tahun 2. < 5 tahun
	Status Perkawinan	Ikatan perkawinan perawat yang secara legal diakui oleh hukum agama dan negara	Pernyataan no.6 (Kuesioner A ) dengan menggunakan jawaban tertutup	Nominal	Pengelompokkan : 1.Menikah 2.Belum Menikah
	Pelatihan	Pendidikan non formal yang pernah diikuti selama bekerja sebagai perawat di rumah sakit	Pernyataan no.7(Kuesioner A ) dengan menggunakan jawaban tertutup	Nominal	Pengelompokkan: 1.Pernah ikut pelatihan keselamatan pasien 2.Belum pernah ikut pelatihan keselamatan

pasien

---

2.	Persepsi Organisasi Kepemimpinan	Persepsi perawat pelaksana tentang proses kepemimpinan kepala ruangan dan Ka. Bid Keperawatan, meliputi : mengarahkan perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien, melakukan sosialisasi , memberikan umpan balik, komunikasi yang terbuka, mengawasi kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien dengan mengkoordinasikan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien .	Kuesioner B terdiri dari 23 pernyataan menggunakan skala likert.  Pertanyaan positif skor : 4 : Selalu 3 : Sering 2 : Jarang 1: Tidak Pernah	Ordinal	Dikategorikan berdasarkan nilai Mean menjadi : 1. Kepemimpinan baik (jika total skor 46-92) 2. Kepemimpinan kurang baik (jika total skor < 46)
	Supervisi	Prosedur pengamatan secara langsung maupun tidak langsung terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan keselamatan pasien yang sedang berjalan.	Kuesioner B terdiri dari 17 pernyataan menggunakan skala likert.  Pertanyaan positif skor : 4 : Selalu 3 : Sering 2 : Jarang 1: Tidak Pernah	Ordinal	Dikategorikan berdasarkan nilai Mean menjadi : .Supervisi baik (jika total skor 30-60) !.Supervisi kurang baik (jika total skor < 30)
	Imbalan	Persepsi perawat tentang penghasilan yang diperoleh berupa jasa, honor atau intensif sebagai konsekwensi dari pekerjaan yang telah dilakukan, bersifat sebagai pendorong, semangat untuk bekerja.	Kuesioner B terdiri dari 10 pernyataan menggunakan skala likert. Pertanyaan positif skor : 4 : Selalu 3 : Sering	Ordinal	Dikategorikan berdasarkan nilai Mean menjadi : Supervisi baik (jika total skor 20-40) Supervisi kurang baik

			2 : Jarang 1: Tidak Pernah		(jika total skor < 20)
3.	Kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien	Sejauh mana tindakan perawat dalam penerapan keselamatan pasien di RSUD Kota Pekalongan, meliputi a. Pengkajian Keselamatan Pasien b. Perencanaan keselamatan pasien. c. Implementasi keselamatan pasien d. Evaluasi keselamatan pasien.	Kuesioner B dengan 48 pertanyaan menggunakan skala likert.  Pertanyaan positif skor : 4 : Selalu 3 : Sering 2 : Jarang 1: Tidak Pernah	Ordinal	Dikategorikan berdasarkan nilai Mean menjadi : Kinerja perawat baik (jika total skor 96-192) Kinerja perawat kurang baik (jika total skor < 96)

## E. Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

### 1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen dalam penelitian ini adalah kuisisioner yang terstruktur dan menggambarkan variabel yang akan diteliti. Kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

#### a. Kuesioner A

Kuesioner A berisi data pribadi perawat pelaksana yang merupakan data pribadi yang dibuat sendiri oleh peneliti, meliputi : umur, tingkat pendidikan, jenis kelamin, masa kerja, status perkawinan, pelatihan yang pernah diikuti. Status pernikahan dikategorikan menikah dan belum menikah dengan memberi tanda *check list* (√). Sedangkan variabel pendidikan dikategorikan DIII keperawatan dan S1 Keperawatan. Masa kerja perawat di RSUD Benda Kota Pekalongan dihitung dari menjadi pegawai tetap sampai dengan sekarang.

#### b. Kuesioner B

Kuesioner B berisi persepsi organisasi meliputi pernyataan tentang kepemimpinan Ka.Bid Keperawatan, kepala ruang, supervisi yang dilakukan dan imbalan yang diberikan pimpinan baik berupa materi maupun *reward*. Kuesioner faktor organisasi dikembangkan oleh peneliti berdasarkan teori *Ivancevich, Gillies, Swanburg, Nursalam, Depkes-RI*. Pernyataan pada kuesioner menggunakan skala Likert. Pernyataan pada kuesioner menggunakan skala *Likert* skala 1-4.

c. Kuesioner C

Kuesioner C berisikan tentang kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap. Instrumen yang dipakai merupakan modifikasi dari Nursalam dan *JCI*.

2. Cara Pengumpulan Data

a. Tahap pengumpulan data

Sebelum melakukan pengambilan data, peneliti melakukan proses uji *Ethical* di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan telah disetujui pada tanggal 31 Juli 2015. Setelah mendapat *Ethical Clearans*, peneliti melakukan uji *Expert* instrumen penelitian yang ditujukan kepada Bapak Ns.Rusdi S.Kep, M.Kep pada tanggal 28 Juli 2015. Selanjutnya, mengurus perijinan ke Kesbanglimas Kabupaten Batang pada tanggal 11 Agustus 2015 yang ditujukan untuk uji validitas instrumen di RSUD Batang. Peneliti melakukan proses perizinan penelitian pada tanggal 11 Agustus 2015 di Kantor Ristekin (Riset, Teknologi dan Inovasi).

Uji instrumen penelitian dilaksanakan pada tanggal 12 Agustus 2015 yang dilakukan di empat ruang rawat inap, RSUD Batang. Jumlah kuesioner uji instrumen yang disebar sebanyak 30 lembar, dan yang kembali untuk dianalisis uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian hanya 20 lembar. Kemudian setelah bertemu dengan Ka. Bid Keperawatan dan Ka. Diklat RSUD Kota Pekalongan, maka peneliti mulai menyebarkan kuesioner pada tanggal 14 – 18 Agustus 2015. Pengambilan data dilaksanakan pada tanggal 10-15 Agustus 2015. Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan dengan langkah-langkah:

- a. Melakukan koordinasi dengan bidang diklat RSUD Bendan kota Pekalongan, bidang Keperawatan, sub komite mutu asuhan keperawatan dan kepala ruangan terkait dengan persiapan pelaksanaan penelitian
- b. Peneliti datang ke ruang rawat inap, dengan didampingi *enumerator* 2 orang yang berasal dari mahasiswa keperawatan semester 8, yang sebelumnya sudah dilakukan persamaan perepsi terkait instrumen penelitian.
- c. Peneliti datang ke ruang rawat inap bertemu dengan kepala ruang untuk kontrak waktu menjelaskan latar belakang, tujuan, dan manfaat penelitian kepada perawat yang diminta di ruangan untuk menjadi responden sesuai dengan kriteria inklusi penelitian.
- d. Meminta kesediaan perawat untuk berpartisipasi menjadi responden. Apabila bersedia, perawat diminta untuk menandatangani lembar *informed consent* dan mengisi kuesioner yang ada. Pembagian kuesioner dilakukan pada 6 ruang rawat .
- e. Enumerator bertugas mendampingi perawat saat mengisi kuesioner. Tujuannya agar lembar kuesioner benar-benar diisi dan dilakukan pada saat aktivitas pelayanan keperawatan tidak sibuk, yaitu pada saat shift pagi mulai jam 13.00, kemudian shift siang pada jam 19.00

b. Jenis Data

1. Data primer

Data primer yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, masa kerja, status perkawinan dan pelatihan yang diketahui berdasarkan lembar kuisisioner.

## 2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dengan menggali data di RSUD Kota Pekalongan yang meliputi data laporan jumlah tenaga keperawatan, serta profil rumah sakit.

### F. Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas harus selalu diperhitungkan dalam setiap proses pengukuran. Instrumen yang valid dan reliabel merupakan syarat untuk mendapatkan hasil yang tepat dan akurat. Peneliti melakukan uji coba instrumen pada 20 orang perawat RSUD Batang, dengan mengambil masing-masing 5 responden meliputi ruang Teratai, Dahlia, Anggrek, Melati dan Perinatalogi. Uji ini dilaksanakan pada RSUD Batang, didasarkan pada pertimbangan adanya persamaan karakteristik responden dan distribusi tenaga perawat yang masih jenjang D3 keperawatan.

#### 1. Uji Validitas

Validitas suatu instrumen dilakukan dengan cara melakukan korelasi yang digunakan antara masing-masing variabel dengan skor totalnya. Pengukuran validitas kuesioner ini dihitung menggunakan korelasi *Pearson Product Moment*, yaitu suatu variabel dinyatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya dengan cara membandingkan nilai  $r$  tabel dengan nilai  $r$  hitung, apabila nilai  $r$  hasil (hitung) lebih besar dari  $r$  tabel maka pernyataan tersebut adalah valid.<sup>38</sup> Dengan melakukan korelasi masing-masing item dengan skor totalnya dengan signifikan 0,05. Oleh karena uji instrumen menggunakan

responden sebanyak 20 orang, maka nilai  $r$  tabel adalah 0,444. Maka dengan kata lain, pernyataan yang dinyatakan valid jika  $r$  hitung  $\geq r$  tabel (0,444).

Hasil uji validitas instrumen tentang gambaran perawat pelaksana terhadap kepemimpinan dari 23 item pertanyaan, terdapat 21 item pertanyaan yang dinyatakan valid (yaitu no. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23) dan 2 pertanyaan yang tidak valid (yaitu no. 11 dan 22). Diperoleh nilai  $r$  hitung terendah -0,46 sampai tertinggi 0,908. Sedangkan hasil uji validitas instrumen supervisi dalam pelaksanaan keselamatan pasien, dari 17 item pertanyaan, terdapat 14 item pertanyaan yang valid ( yaitu no. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17) dan 3 pertanyaan yang tidak valid (1, 11 dan 14). Nilai  $r$  hitung terendah -0,465 sampai tertinggi 0,821.

Hasil uji validitas instrumen tentang imbalan perawat dalam kinerja pelaksanaan keselamatan pasien, dari 10 item pertanyaan, terdapat 6 item pertanyaan yang valid (yaitu no. 5, 6, 7, 8, 9, 10) dan 4 item pertanyaan yang tidak valid yaitu ( yaitu 1, 2, 3, 4). Diperoleh nilai  $r$  hitung terendah adalah 0,120 sampai tertinggi 0,728.

Hasil uji validitas item pertanyaan kuesioner tentang pengkajian perawat dalam penerapan keselamatan pasien, dari 20 pertanyaan terdapat 10 pertanyaan yang valid ( no.1, 3, 4, 5, 6, 15, 17, 18, 19, 20) dan 10 pertanyaan yang tidak valid (no.2, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16). Nilai  $r$  hitung terendah yaitu - 0,49 sampai tertinggi 0,852.

Hasil uji validitas instrumen tentang perencanaan perawat dalam penerapan keselamatan pasien, dari 5 pertanyaan terdapat 4 pertanyaan yang valid

(yaitu no.1,2,3,dan 4) dan 1 pertanyaan yang tidak valid (no 5). Diperoleh nilai r hitung terendah yaitu 0,225 sampai tertinggi 0,852.

Hasil uji validitas untuk implementasi perawat dalam penerapan keselamatan pasien, dari 17 pertanyaan terdapat 9 pertanyaan yang valid (yaitu no. 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 17) dan 8 pertanyaan yang tidak valid (yaitu 1, 5, 6, 10, 13, 14, 15, 16). Nilai r hitung terendah yaitu – 0,239 sampai yang tertinggi 0, 831.

Hasil uji validitas pada instrumen evaluasi kinerja perawat dalam peerapan keselamatan pasien, dari 6 pertanyaan yang tersedia ada 4 pertanyaan yang valid ( yaitu no. 1, 2, 3, 5) dan 2 pertanyaan tidak valid ( yaitu no. 4 dan 6). Diperoleh nilai r hitung terendah yaitu -0,19 sampai yang tertinggi 0,847)

## 2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan sejauh mana tingkat kekonsisten pengukuran dari suatu responden ke responden yang lain atau dengan kata lain sejauh mana pertanyaan dapat dipahami sehingga tidak menyebabkan beda interpretasi dalam pemahaman pertanyaan tersebut. Suatu variabel memiliki reliabilitas yang tinggi apabila nilai *Cronbach's alpha* diatas 0,70<sup>42</sup>. *Cronbach's alpha* dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut :

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_j^2}{Sx^2} \right]$$

### Gambar 3.1. Rumus Cronbach's Alpha

Hasil uji reliabilitas kuesioner faktor organisasi, didapatkan nilai *Alpha Cronbach's* = 0,960 dan kuesioner kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien =0, 961.

**Tabel 3.4**  
**Hasil Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Penelitian**

Sub Variabel	Pertanyaan sebelum uji coba	Pertanyaan setelah uji coba	Validitas	Reliabi litas
Faktor Organisasi				0,960
1.Kepemimpinan	23	21	-0,46 s/d 0,908	
2.Supervisi	17	14	-0,465 s/d 0,821	
3.Imbalan	10	6	0,120 s/d 0,821	
Kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien				0,961
1.Pengkajian	20	10	-0,49 s/d 0,852	
2.Perencanaan	5	4	0,225 s/d 0,852	
3.Implementasi	17	9	-0,239 s/d 0,831	
4.Evaluasi	6	4	-0,19 s/d 0,847	

## G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

### 1. Pengolahan Data

Data yang diperoleh dalam penelitian diolah melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

#### a. *Editing*

Tahap ini peneliti melakukan pengecekan terhadap 98 buah kuesioner yang telah terkumpul dan memeriksa apakah semua pertanyaan sudah terisi (lengkap), jawaban pertanyaan tulisannya jelas terbaca, jawaban yang tertulis sudah relevan atau sesuai dengan pertanyaan dan antara beberapa pertanyaan yang berkaitan jawabannya konsisten atau tetap.

#### b. *Coding*

Tahap ini peneliti merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan dengan memberikan kode pada kuesioner. Koding berguna untuk mempermudah pada saat analisis data dan mempercepat saat entri data.

*c. Processing*

Tahap ini peneliti memproses data untuk dianalisis. Peneliti melakukan prosesing data dengan cara memasukkan data kuesioner ke paket program komputer.

*d. Cleaning*

Tahap ini peneliti melakukan pembersihan data dengan mengecek kembali data yang sudah dimasukkan kedalam komputer, apakah data yang dimasukkan sudah betul. Langkah ini harus dilakukan karena kesalahan bisa terjadi pada saat entri data.

## **2. Analisis Data**

Data yang telah diolah, selanjutnya dilakukan analisa dengan cara sebagai berikut :

### **a. Analisis Univariat**

Tujuan analisis ini yaitu dengan mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Bentuknya tergantung dari jenis datanya, untuk data numerik digunakan nilai mean (rata-rata), median dan standar deviasi. Data kategorik yaitu menjelaskan angka atau jumlah dan presentase masing-masing kelompok.

Variabel penelitian dengan data numerik yaitu faktor individu seperti umur, masa kerja dilakukan analisis rata-rata hitung mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal dan nilai CI 95% atau  $\alpha = 0,05$  sedangkan data penelitian dalam bentuk kategorik yaitu status perkawinan, pendidikan, kepemimpinan, supervisi, imbalan dan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan

pasien disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dengan ukuran prosentase atau proporsi.

### b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independent dengan variabel dependent. Analisis bivariat dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

**Tabel 3.5 Analisis Bivariat**

No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Cara Analisis
1	Umur	Kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien	Chi Square
2	Tingkat Pendidikan	Kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien	Chi Square
3	Jenis Kelamin	Kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien	Chi Square
4	Masa Kerja	Kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien	Chi Square
5	Status Perkawinan	Kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien	Chi Square
6	Pelatihan	Kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien	Chi Square
7	Kepemimpinan	Kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien	Chi Square
8	Supervisi	Kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien	Chi Square
9	Imbalan	Kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien	Chi Square

Hasil analisis bivariat dapat menunjukkan pembuktian terhadap hipotesis penelitian. Kriteria penolakan dan penerimaan  $H_0$  (hipotesis nol) adalah :

- 1) Bila nilai  $p \text{ value} \leq \alpha$  maka keputusannya adalah  $H_0$  ditolak, artinya ada hubungan variabel independen terhadap dependen
- 2) Bila nilai perhitungan  $p \text{ value} \geq \alpha$  maka keputusannya adalah  $H_0$  diterima, artinya tidak ada hubungan variabel independen terhadap variabel dependen.

### c. Analisis Multivariat

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji regresi logistik ganda. Uji regresi logistik ganda adalah salah satu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan variabel dependen kategorik bersifat dikotomi.<sup>41</sup>

## H. Etika Penelitian

### 1. Prinsip Manfaat

#### a. Bebas dari penderitaan

Penelitian harus dilaksanakan tanpa melibatkan penderitaan kepada subyek, khususnya jika menggunakan tindakan khusus. Dalam penelitian ini tidak dilakukan *eksperimen* atau pengobatan pada responden yang dapat membahayakan responden. Responden hanya mengisi kuisisioner yang telah diberikan.

#### b. Bebas dari eksploitasi

Partisipasi subyek dalam penelitian, harus dihindarkan dari tindakan yang tidak menguntungkan. Subyek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang sudah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang bisa merugikan subyek dalam bentuk apapun.

Dalam penelitian ini responden hanya akan menjawab pertanyaan yang telah diajukan dan pertanyaan ini hanya untuk tujuan pendidikan dan ilmu pengetahuan sehingga tidak akan merugikan responden.

## 2. Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia

### a. Hak untuk ikut/ tidak menjadi responden.

Subyek mempunyai hak untuk memutuskan apakah bersedia menjadi subyek ataupun tidak bersedia tanpa adanya sangsi apapun. Pada penelitian ini, peneliti meminta kesediaan perawat ruang rawat inap untuk menjadi responden, namun keputusan bersedia menjadi responden atau tidak menjadi responden menjadi hak petugas kesehatan tersebut.

### b. Hak untuk mendapat jaminan dari perlakuan yang diberikan.

Peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subyek. Peneliti bertanggung jawab atas segala informasi yang telah diberikan oleh responden dan apabila terjadi sesuatu maka peneliti akan memberikan penjelasan pada pihak yang terkait tentang penelitian dan data yang diperoleh.

### c. *Informed consent*.

Subyek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi, atau menolak untuk menjadi responden. Formulir *informed consent*, perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu. Penelitian ini, *informed consent* dilakukan dengan memberikan penjelasan tujuan penelitian, meminta kesediaan menjadi responden, dan meminta responden menandatangani formulir kesediaan menjadi responden penelitian.

### **3. Prinsip Keadilan.**

a. Hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil.

Subyek harus diperlakukan secara adil baik dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi. Semua responden dalam penelitian ini mendapatkan perlakuan yang sama, yaitu diberikan kuisisioner dan diminta untuk mengisi kuisisioner yang telah diberikan.

b. Hak dijaga kerahasiaannya.

Subyek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dapat dirahasiakan, untuk itu perlu adanya *anonymity* (tanpa nama) dan *confidentiality* (rahasia). Pada penelitian ini, kerahasiaan responden dijamin, dengan hanya mencantumkan inisial pada lembar kuisisioner atau lembar observasi.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Vincent, Charles . Patient Safety. 2nd ed. Depart Biosurg & Surg Tech. Imperial College London: UK.2010. p.14
2. Cahyono, B., S., B.,J. Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktek kedokteran. Cetakan ke-5. Kanisius: Jakarta.2008.hlm.6-7
3. Tjandrasa . Joint Commission International : Standar akreditasi rumah sakit. Edisi 4: Gramedia : Jakarta.2010.hlm.37-121
4. International Council of Nursing. Position Statement of Patient Safety.[http://www.cn.ch/PS\\_D05\\_Patient%20 Safety.pdf](http://www.cn.ch/PS_D05_Patient%20Safety.pdf). 2002.p.4
5. Komite Keselamatan Rumah Sakit (KKP-RS) PERSI. Pedoman Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Insiden Report). (ed-2). Jakarta. 2008.hlm.7-10
6. Beginta, Romi. Pengaruh budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan, tim kerja, terhadap persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat di unit rawat inap rumah sakit umum daerah kabupaten bekasi. Universitas Indonesia. Jakarta.2012.hlm.3
7. Fleming, M. Patient safety culture : Sharing & Learning each other. <http://www.capch.org/patientsafetyculture>. 2005. Diperoleh tanggal 10 januari 2015
8. Pronovost, P & Sexton, B.Assessing safety culture : guidelines & rekomendasi. quality & safety in health care.2005.p.2-8
9. Nursalam. Manajemen keperawatan : aplikasi dalam praktik keperawatan profesional Edisi ke 4, Salemba Medika : Jakarta. 2014.
10. Dharma, Agus. Manajemen supervisi. Raja Grafindo Persada. Jakarta.2004.
11. Walin. Hubungan antara supervisi kinerja perawat di puskesmas rawat inap. kabupaten Kebumen. Tesis.2005.
12. Pancaningrum, Dian. Faktor-Faktor yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap dalam pencegahan infeksi nosokomial di RS Haji Jakarta. Tesis. 2012
13. Notoadmojo, Suekidjo. Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan. FKMUI.Jakarta. 2005
14. Negussie. Relationship Between Rewards and Nurses'Work Motivation in Addis Ababa Hospitals. 201.p.2-8
15. Martini.Hubungan karakteristik perawat, sikap, beban kerja, ketersediaan fasilitas dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di rawat inap RSUD Kota Salatiga. Semarang: Undip. 2007

16. Elrifda, Solha. Budaya patient safety dan karakteristik kesalahan pelyanan : implikasi kebijakan di salah satu rumah sakit di Kota Jambi. Jurnal Keperawatan Politeknik Kesehatan Jambi. 2012
17. Elnitsk, et all. Implications for patient safety in the use of safe patient handling equipment : National Survey. School of Nursing, College of Health and Human Services; United States. 2013
18. Dewi, Sari Candra. Hubungan fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien di irna IRSUP dr. Sardjito Yogyakarta : Universitas Indonesia Tesis 2011
19. Samba, S. Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk perawat klinik. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta. 2000.hlm.17-25
20. Kurniadi, Anwar. Manajemen keperawatan dan prospektifnya. FKUI .Jakarta.2013.hlm.10-20
21. Joint Commission Accreditation of Health Organization National patient safety goals.2010
22. Satria; Sidin; Noor. Hubungan beban kerja dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan patient safety di rumah sakit Universitas Hasanuddin. Jurnal Penelitian.2013
23. Nilasari. Pengaruh pelatihan tentang patient safety terhadap peningkatan pegetahuan dan ketrampilan perawat klinik pada penerapan patient safety di irna Fatmawati. Tesis. Depok: FIK-UI.2010
24. Setiowati, D. Hubungan kepemimpinan efektif head nurse dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawatdi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. Tesis. Depok: FIK-UI. 2010
25. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes) Nomor 1961/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang keselamatan pasien rumah sakit.2011
26. Marquis, B.L & Huston, C.J. Leadership roles & management function. Theory & application.7<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Willams & Wilkins.2012.hlm.29-42
27. Nursalam. Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan, pedoman tesis, skripsi dan instrumen keperawatan. Edisi 2. Jakarta. Salemba. 2011.hlm.61-70
28. Sugioyono. Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan r&d. Bandung. Alfabeta .2012.hlm.158-164
29. Notoatmojo S., Metododologi penelitian kesehatan. Jakarta : PT Rineka Cipta. 2012
30. Arikunto. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek. Edisi Refisi VI. Jakarta. PT Asdi Mahasatya. 2006

31. Eko Budiarto. Biostatistik untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat. Jakarta. EGC. 2002.hlm.34-40
32. Rivai, Veithzal; Mulyadi, Deddy. Kepemimpinan dan perilaku organisasi. edisi 2. Rajawali Pers:Jakarta 2012
33. Swansburg, Russell C. Pengembangan Staf Keperawatan. :EGC Jakarta, 201.hlm.22-36
34. Perry & Potter. Fundamental keperawatan. konsep, proses dan praktik. edisi 4. Jakarta EGC. 2005
35. Yuli, Sri. Pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien di rs tugu ibu Depok. Tesis. Jakarta. 2010. hlm 136-141
36. Ivancevich. Perilaku dan manajemen organisasi. Salemba, Jakarta. 2006
37. Mulyana, Sri Dede. Analisis penyebab insiden keselamatan pasien oleh perawat di unit rawat inap rumah sakit x Jakarta. FKM UI : Jakarta. 2013.hlm 95-97
38. Astriana. Hubungan pendidikan, masa kerja dan beban kerja dengan keselamatan pasien RSUD Haji Makasar.Unhas.2014 hlm 1-4
39. Lin, Fances. A Literature review of organisational, individual and teamwork factors contributing to be icu discharge proses. Australian College of Critical Care Nurses.2009
40. Gilles, D. Manajemen keperawatan sebagai suatu pendekatan Sistem. Edisi 3. Philadelphia : W.B Saunders Company. 2008
41. Zakiyah T. Pengaruh supervisi kepala ruang terhadap pelaksanaan pemberian cairan intravena di rsu daerah Sidorajo. 2012
42. Hasibuan, Malayu SP. Manajemen Sumber daya manusia, edisi revisi, Bumi Aksara Jakarta.2003
43. Ilyas.Y,. Kinerja Teori Penilaian & Penelitian. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.Depok.Jakarta.2001
44. Hastono,S.,P. Analisis data kesehatan. fakultas kesehatan masyarakat Universitas Indonesia. diktat. Tidak Dipublikasikan.Jakarta.2008
45. Dharma KK. Metodologi Penelitian Keperawatan. Trans Info Medika :Jakarta. 2011
46. Angelina, Rian. Effect Total Quality Management, Reward System And Organization Commitment To Managerial Performance In Hospital In Hospital In Pekanbaru. 2012

47. Robbins, S.P. & Judge, T.A. Angelica, Penerjemah . Perilaku Organisasi versi bahasa Indonesia ed:12.Salemba Empat : Jakarta. 2008
48. Widaningsih. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Jakarta.2002
49. Zees, Fahriani Rini. Analisis faktor budaya organisasi yang berhubungan dengan perilaku caring perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof.Dr. H Aloe Saboe Kota Gorontalo. Poltekes Gorontalo. Makasar. 2011
50. Suprihatin, E. Hubungan faktor individu dan organisasi dengan perilaku caring perawat di instalansi rawat inap RSUD Kota Bandung. Thesis. UI : Jakarta.2009
51. Nyoman, I.G.A. Hubungan kepemimpinan efektif kepala ruang dengan perilaku kerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap RSUP Persahabatan Jakarta. 2002