SKRIPSI

ANALISIS IKLIM KERJA PERAWAT DALAM PELAKSANAAN *PASIENT SAFETY* DI RUANG RAWAT INAP RS. MUHAMMADIYAH LAMONGAN

PENELITIAN *DESKRIPTIF*

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh :

FITRIA YULIANA

NIM. 130915175

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2011

SKRIPSI

ANALISIS IKLIM KERJA PERAWAT DALAM PELAKSANAAN PATIENT SAFETY DI RUANG RAWAT INAP RS. MUHAMMADIYAH LAMONGAN

PENELITIAN DESKRIPTIF

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh :

FITRIA YULIANA
NIM. 130911123

PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, Januari 2011

Yang menyatakan,

Fitria Yuliana
Nim : 130915175 (B)

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI DENGAN JUDUL

ANALISIS IKLIM KERJA PERAWAT DALAM PELAKSANAAN PASIENT SAFETY DI RUANG RAWAT INAP RS. MUHAMMADIYAH LAMONGAN

NAMA : FITRIA YULIANA
Nim : 130915175

TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 16 FEBRUARI 2011

Oleh:

Pembimbing I

Purwaningsih, S.kp.,M.Kes
Nip. 196611212000032001

Pembimbing II

Abu Bakar, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.M.B
Nip. 198004272009121002

Mengetahui,
a.n Dekan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Plt. Wakil Dekan I

Mira Triharini,S.Kp.,M.Kep
NIP. 197904242006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

"ANALISIS IKLIM KERJA PERAWAT DALAM PELAKSANAAN PASIENT SAFETY DI RUANG RAWAT INAP RS. MUHAMMADIYAH LAMONGAN"

NAMA : FITRIA YULIANA
Nim : 130915175

Telah di uji :
Pada tanggal, 21 Februari 2011

PANITIA PENGUJI :

Ketua	: Kusnanto, S.Kp.,M.Kes	(.....)
Anggota	:1. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes	(.....)
	2. Abu Bakar,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.M.B	(.....)

Mengetahui,
a.n Dekan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Plt. Wakil Dekan I

Mira Triharini,S.Kp.,M.Kep
NIP. 197904242006042002

MOTTO

UNTUK MENDAPATKAN SESUATU YANG BAIK

TIDAKLAH MUDAH

BUTUH SUATU PERJUANGAN, PENGORBANAN, DAN

PANTANG MENYERAH

SEMANGAT ADALAH KUNCI KEBERHASILAN

KEGAGALAN BUKANLAH AKHIR DARI SEGALANYA.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah membeikan rahmat-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tugas skripsi dengan judul " Analisis Iklim Kerja Perawat Dalam Pelaksanaan *Pasient Safety* Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan ". Proposal ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Penyusunan tugas skripsi ini, peneliti banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu, memberi informasi, motivasi, waktu dan bimbingannya untuk menyelesaikan tugas skripsi ini. Serta penguasaan terhadap masalah yang selalu Ibu tekankan kepada saya.
2. Bapak Abu Bakar, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.M.B. selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk bimbingan, motivasi, dukungan, dan saran-saran sehingga tugas skripsi ini dapat terselesaikan. Kejelasan dalam kalimat yang harus dipertegas dalam penulisan yang selalu ditekankan kepada saya.
3. Dr. H. Muwardi, Sp.B.,M.Kes. selaku direktur RS. Muhammadiyah Lamongan yang telah memberikan ijin untuk penelitian ini.
4. Kepala Bidang Keperawatan dan selaku Kepala Komite Tim *Pasient Safety* RS. Muhammadiyah Lamongan yang telah membantu memberikan data dan informasi dalam penyusunan proposal ini.

5. Kepala Ruangan Rawat Inap RS. Muhammadiyah Lamongan yang telah memberikan motivasi dan dukungannya dalam pelaksanaan penelitian ini.
6. Pak Karsim, Bu Ninik dan Pak Tarjo, Reika, yang telah banyak membantu berupa tempat tinggal dan dukungannya selama penelitian di RS. Muhammadiyah Lamongan.
7. Para perawat di ruang rawat inap yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
8. Nenek dan Suamiku tercinta, yang selalu memberikan dukungan, semangat, kasih sayang, cinta dan doa sehingga terselesaikannya tugas skripsi ini.
9. Teman- teman seperjuangan B12 di FKp UNAIR yang telah memberikan dukungan dan semangat dalam penyelesaian tugas skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telak memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tugas skripsi ini.
Kami menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, sehingga peneliti berharap atas kritikan dan masukan yang membangun untuk perbaikan skripsi ini.

Surabaya, Januari 2011

ttd

peneliti

ABSTRACT

ANALYSIS WORKING CONDITION OF NURSES IN IMPLEMENTATION OF PASIENT SAFETY IN THE HOSPITAL INPATIENT ROOM AT MUHAMMADIYAH HOSPITAL LAMONGAN

A Descriptive Study

By : Fitria Yuliana

Working condition in the organization is anything include in working environment and can be felt by workers and influence the behavior of workers. Working condition can affect motivation, performance and job satisfaction. Nursing care in hospitals is an important determinant of quality service in hospital. It indicated by pasient safety incidents at the hospital. A good working condition will increase work motivation of nurses in doing standard nursing care and impact the decrease of incident related to patient safety.

This study was a descriptive analytic study. Samples were 30 nurses who work at Inpatient unit taken by *purposive sampling*. First variable was working condition, collected using questionnaire according to Litwin & Meyer theory. Second variable was implementing of patient safety that measured by International JCI implementation of *Pasient Safety Goal.* The data were analyzed using descriptive statistic.

The results showed that working condition in Inpatient unit at Muhammadiyah Hospital was good (conducive). It was shown by the value of six dimension that above the average value. It also found that only 50% patient safety that implemented, it showed that implementation of patient safety was still low.

It can be conclused that working condition inpatient room at Muhammadiyah hospital Lamongan was good but the implementation of pasient safety is still low. Further study should study about the correlation, between working condition and implementation of patient safety.

Keywords: *working condition, patient safety*

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Iklim kerja dalam organisasi adalah segala sesuatu yang terdapat dalam lingkungan kerja, yang dapat dirasakan atau diterima secara langsung oleh orang-orang yang berada dalam lingkungan kerja tersebut dan mempengaruhi perilakunya (Litwin dalam Kolb, Rubin dan Mc.Intyre, 1984). Iklim kerja perawat disusun oleh manajer perawat yang menentukan perilaku dari perawat klinis yang berpraktik untuk menyesuaikan dengan iklim kerja keperawatan tersebut (Swansburg, 2001). Penilaian iklim kerja menurut Litwin & Meyer (1971) dengan memasukkan enam dimensi iklim kerja yaitu : kesesuaian, tanggung jawab, standar, penghargaan, kejelasan, rekan kerja terhadap kebijakan, peraturan dan prosedur yang ada di tempat kerja. Iklim kerja yang dirasakan baik, berdampak pada peningkatan kepuasan kerja, motivasi, dan kinerja (Rahmawati, 2009). Iklim kerja di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan secara kuantitas dan dampaknya terhadap pelayanan perawatan belum diketahui. Pelayanan perawatan di rumah sakit merupakan satu faktor penentu mutu pelayanan rumah sakit, salah satu indikatornya dapat dilihat dari kejadian *pasient safety*. Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan merupakan salah satu rumah sakit swasta yang menjadi rumah sakit rujukan yang berada di kota Lamongan, akan tetapi angka insiden *pasient safety* di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan tercatat mulai bulan Januari s/d September 2010 kejadian *pasient non safety* sebesar

77% di ruang rawat inap. Sejak disosialisasikan *pasient safety* dan berlakunya keputusan direktur rumah sakit tentang kebijakan pelaporan kejadian keselamatan pasien rumah sakit mulai November 2009, bahwa setiap ruangan harus melaporkan insiden *pasient safety* kepada kepala tim *pasient safety* Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan.

Pengambilan data yang dilakukan di Rumah Sakit Muhammandiyah Lamongan sebagai tempat penelitian didapatkan data jumlah insiden *pasient safety* sebagai berikut :

Tabel 1.1. Insiden keselamatan pasien berdasarkan tipe insiden bulan Januari s/d September 2010 :

No.	Tipe insiden	Jumlah Presentase (%)
1.	Proses dan prosedur klinis	38 %
2.	Infeksi nosokomial	8 %
3.	Tranfusi darah atau produk darah	23 %
4.	Alat medis atau alat kesehatan atau equipment property	15 %
5.	Jatuh	8 %
6.	Laboratorium atau patologi	8 %

Sumber data : Kepala Tim *pasient safety* RS. Muhammadiyah Lamongan

Tabel 1.2. Insiden keselamatan pasien menurut tempat kejadian bulan Januari s/d September 2010 :

No.	Tipe Insiden	IBS	IGD	ICU	LAB	Radiologi	Inst. Gizi	Inst. Farmasi	IR NA	IR JA	Jml total	Presentase
1.	Prosedur klinis								5		5	38%
2.	Inos								1		1	8%
3.	Tranfusi darah			2					1		3	23%
4.	Alat medis/ alkes								2		2	15%
5.	jatuh		1								1	8%
6.	Lab/ patologi								1		1	8%
	Jml		1	2					10		13	100%
	Presentase (%)	0	8 %	15 %					77 %	0%	100 %	

Sumber data : Kepala Tim *pasient safety* RS. Muhammadiyah Lamongan

Data tabel di atas bisa dibaca bahwa, rata-rata angka insiden *pasient safety* lebih dari 8%. Angka kejadian ini tidak sesuai dengan standart yang ditetapkan oleh KepMenKes. Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 tahun 2008 tentang Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit bahwa pada semua pelayanan kesehatan, demensi mutu keselamatan pasien adalah 100%. Tenaga kesehatan RS. Muhammadiyah Lamongan yang dikirim untuk mengikuti pelatihan *pasient safety* sejumlah 8 orang terdiri dari 4 dokter dan 4 perawat. Selanjutnya pelatihan *pasient safety inhost* juga di selenggarakan oleh rumah sakit sendiri, dan diberikan kepada dokter baik umum maupun spesialis dan semua kepala instalansi, kepala ruangan, perawat pelaksana, dan tim kesehatan lain.

Pasient safety adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cidera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (DepKes, 2008). Kejadian *pasient safety* / kejadian yang tidak diharapkan (*Adverse event*) adalah suatu kejadian yang mengakibat *harm* / cidera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien (KKP-RS, 2008). Insiden *pasient safety* di pengaruhi oleh beberapa faktor kontributor, yaitu keadaan, tindakan, atau faktor yang mempengaruhi dan berperan dalam mengembangkan dan atau meningkatkan resiko suatu kejadian, contohnya faktor kontributor dalam organisasi adalah tidak adanya prosedur / kebijakan. Dalam sebuah organisasi

terdapat iklim organisasi yang terbentuk dari persepsi pekerja terhadap kebijakan, dukungan, kejelasan organisasi, penghargaan dan tanggung jawab.

Iklim organisasi akan menciptakan iklim kerja yang dapat mempengaruhi tiga hal, yaitu : motivasi, kinerja dan kepuasan kerja. Penilaian iklim kerja menurut dimensi iklim kerja *Litwin & Meyer (1971)* yaitu *conformity* (kesesuaian), *responsibility* (tanggung jawab), *standard* (standar), *reward* (penghargaan), *clarity* (kejelasan), dan *team spirit* (rekan kerja) terhadap kebijakan, peraturan, prosedur yang ada dan saling berinteraksi dan membentuk suatu iklim kerja. Iklim kerja yang baik dalam organisasi dengan adanya kebijakan, dukungan, kerjasama yang baik antara pimpinan dan karyawan baik struktural maupun fungsional dapat meningkatkan motivasi kerja perawat dalam semua tindakan pelayanan keperawatan termasuk dalam pelaksanaan pasient safety. Iklim kerja baik atau sesuai maka akan meningkatkan motivasi, kinerja, dan kepuasan kerja perawat dalam pelaksanaan *pasient safety*, sehingga berpengaruh pada perilaku perawat yang sesuai dengan standar keperawatan akan berdampak pada menurunnya kejadian yang tidak di harapkan, lama perawatan sesuai dengan kondisi pasien dan meningkatnya keselamatan pasien. Menciptakan iklim kerja yang baik oleh pihak manajemen rumah sakit, diharapkan akan meningkatnya motivasi dan kinerja perawat khususnya pada pelaksanaan *pasient safety*.

Masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang penting dalam sebuah rumah sakit dan menyangkut mutu pelayanan dan citra sebuah rumah sakit. Pihak manajemen keperawatan diharapkan mampu menciptakan iklim kerja organisasi yang baik sehingga dapat meningkatkan motivasi dan kinerja

perawat dalam pelaksanaan *pasient safety*. Masalah dalam penelitian ini adalah angka insiden *pasient safety* sebesar 77% di ruang rawat inap selama bulan Januari s/d September 2010 di RS. Muhammadiyah Lamongan yang tidak sesuai dengan standart yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 129 tahun 2008.

1.2 Rumusan Masalah

"Bagaimanakah gambaran iklim kerja perawat dalam pelaksanaan *pasient safety* di Ruang Rawat Inap RS. Muhammadiyah Lamongan?"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum :

Mengetahui gambaran iklim kerja perawat dalam pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan.

1.3.2 Tujuan Khusus :

1) Mengidentifikasi *Conformity* (kesesuaian) dalam pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan.
2) Mengidentifikasi *Responsibility* (tanggung jawab) dalam pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan.
3) Mengidentifikasi *Standards* (standar) dalam pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan.
4) Mengidentifikasi *Reward* (penghargaan) dalam pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan.

5) Mengidentifikasi *Clarity* (kejelasan) dalam pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan.
6) Mengidentifikasi *Team spirit* (rekan kerja) dalam pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan.
7) Mengidentifikasi pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis :

Sebagai informasi ilmiah tentang iklim kerja perawat dalam pelaksanaan *pasient safety* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan.

1.4.2 Manfaat praktis :

1) Bagi tim pelayanan kesehatan.

   Hasil penelitian dapat sebagai masukan bagi tim pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan dalam penyusunan kebijakan peningkatan mutu melalui strategi dalam menciptakan iklim kerja yang baik sehingga dapat meningkatkan motivasi dan kinerja perawat dalam tindakan pelayanan.

2) Bagi rumah sakit

   Hasil penelitian dapat sebagai informasi dan dijadikan bahan untuk mengembangkan mutu pelayanan rumah sakit khususnya dalam pembuatan prosedur dan menentukan kebijakan dalam mengelola SDM dirumah sakit.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Iklim Kerja

2.1.1 Definisi iklim kerja

Iklim kerja organisasi diartikan sebagai persepsi tentang kebijakan, praktek dan prosedur organisasional yang dirasakan dan diterima individu-individu dalam organisasi (Reichers & Schneider, 1990). Individu-individu menganggap atribut-atribut organisasional sebagai nilai-nilai mereka dan penerimaan atribut-atribut ini dijadikan sebagai pengakuan terhadap keberadaan mereka. Penilaian atribut organisasional pada level individu disebut sebagai iklim psikologikal (*Psikological Climate*). Ketika penilaian ini dirasakan dan diterima oleh sebagaian besar orang dalam tempat kerja, hal ini disebut sebagai iklim kerja organisasional (*Organizational Climate*).

Glimer (1971) mempunyai pendapat bahwa iklim organisasi dapat disamakan dengan "*organizational culture*" ataupun "*company personality*". Iklim kerja merupakan karakteristik tertentu dalam suatu organisasi yang membedakan dari organisasi lain yang juga mempengaruhi tingkah laku orang-orang dalam organisasi tersebut. Dikatakan bahwa iklim organisasi tidak saja mempengaruhi tingkah laku individu dalam suatu organisasi, tetapi juga menggambarkan bagaimana organisasi tersebut berinteraksi dengan yang lain. Dalam psikologi organisasi, adanya hipotesa bahwa tingkah laku adalah fungsi dari interaksi antara organisme dan lingkungan, berkaitan dengan masalah dalam seleksi, pelatihan, kepuasan kerja, dan kesehatan mental secara umum.

Berbagai pendapat telah dikemukakan oleh para ahli tentang iklim kerja, baik ditinjau dari definisi dan dimensi yang mempengaruhinya.

1) Menurut Litwin dalam Kolb, Rubin, dan Mc.Intyre (1984) iklim kerja dalam organisasi adalah segala sesuatu yang terdapat dalam lingkungan kerja, yang dirasakan atau diterima secara langsung ataupun tidak langsung oleh orang-orang yang berada dalam lingkungan kerja tersebut dan mempengaruhi perilakunya. Dalam hal ini, iklim kerja terutama berkenaan dengan sikap-sikap yang lazim, nilai, norma-norma dan perasaan yang dimiliki para pekerja.

2) Menurut Litwin dan Stringer (dalam Werther & Davis, 1989) yang mengatakan bahwa iklim kerja adalah segala sesuatu yang terdapat pada lingkungan kerja, yang dapat dirasakan secara langsung ataupun tidak langsung oleh orang-orang yang ada dalam lingkungan kerja tersebut. Adanya iklim kerja merupakan suatu konsepsi yang :

   (1) Memungkinkan untuk menganalisa factor-faktor penentu tingkah laku yang tergerakkan dalam situasional yang kompleks.

   (2) Menyederhanakan masalah dalam pengukuran faktor-faktor situasional dengan membiarkan orang-orang dalam situasi tersebut menghayati pengalaman-pengalamannya dalam bekerja.

   (3) Memungkinkan untuk menggambarkan pengaruh situasi secara keseluruhan sehingga dapat dikategorikan, juga dapat dibuat perbandingan lingkungan atau situasi secara silang.

   Dengan kata lain, iklim organisasi menurut Litwin & Stringer (1968) dapat disimpulkan sebagai "*personality*" organisasi. Sehingga iklim

organisasi dapat dipakai untuk mengartikan situasi yang pada umumnya adalah faktor – faktor yang berhubungan dengan iklim yang dianggap akan mempengaruhi tingkah laku seperti : pembatasan-pembatasan, sistem penilaian, sistem hadiah dan hukuman. Ditekankan pula bahwa gaya kepemimpinan dalam suatu manajemen ternyata merupakan hal yang penting karena akan turut mempengaruhi iklim organisasi secara keseluruhan.

3) Menurut Steers dan Porter (1991) mengemukakan bahwa iklim dapat dianggap sebagai kepribadian suatu organisasi, sebagaimana yang dilihat atau dirasakan oleh para anggota organisasi tersebut. Dalam hal ini, iklim organisasi merupakan suatu hal yang dianggap oleh para pekerja dalam suatu organisasi, tidak perlu apakah sesuatu hal yang dianggap ada tersebut, apakah memang benar-benar ada. Mereka berpendapat bahwa kita berbicara tentang konsep iklim organisasi, berarti kita sedang membicarakan karakteristik suatu lingkungan kerja yang dapat dirasakan. Iklim ini merupakan hasil suatu tindakan yang telah ditempuh baik secara sadar ataupun tidak sadar oleh suatu organisasi, yang nampaknya berpengaruh terhadap tingkah laku berikutnya.

   Steers & porter (1979) juga berpendapat bahwa secara umum dapat dianggap bahwa karakteristik yang unik pada organisasi (bersama-sama dengan tindakan yang dilaksanakan dalam manajemen) sebagaian besar akan menentukan iklim organisasi tersebut. Iklim yang muncul dalam suatu organisasi merupakan faktor utama yang menentukan tingkah laku pekerja.

4) Menurut Farland & Dalton (1974) mengatakan bahwa iklim kerja terutama tumbuh adanya situasi "bagaimana hubungan atasan dengan bawahan" yang tidak ditentukan oleh kebijaksanaan, prosedur, maupun gaya pribadi atasan tersebut, melainkan oleh seiringnya perwujudan secara halus yang benar-benar tidak disadari. Selain itu faktor kepemimpinan, keputusan dan tindakan manajer, struktur organisasi dan kondisi-kondisi fisik suatu pekerjaan mempunyai kedudukan yang sangat penting.

5) Pendapat lain dari Hellreigel & Slocum (dalam Huse, 1977) yang mengatakan bahwa iklim lebih merupakan suatu fenomena dalam kebulatan yang dirasakan dan dapat diketahui dengan cara menentukan skoring dari kuesioner. Mereka berpendapat bahwa iklim kerja adalah sekumpulan atribut yang dirasakan dalam organisasi dan subsistemnya, yang mungkin tumbuh dari cara organisasi tersebut menghadapi para anggota dan lingkungannya. Persepsi tiap pekerja terhadap iklim organisasi akan berbeda-beda, sama halnya setiap orang berbeda dalam mengamati dunianya.

2.1.2 Dimensi Iklim Kerja

1) Litwin dan Meyer (1971), mengungkapkan bahwa ada 6 demensi yang membentuk iklim kerja yaitu :

(1) Kesesuaian (*Conformity*)

Derajat perasaan terhadap adanya kebijakan, peraturan, prosedur yang harus mereka taati dalam melakukan pekerjaan dibanding dengan cara mereka sendiri yang mereka anggap tepat. Sehingga dimensi ini sering

membebani staf karena dirasakan tidak sesuai dengan kemampuan dan cara mereka.

(2) Tanggung jawab (*Responsbility*)

Derajat persamaan terhadap adanya kewajiban untuk mempertanggung jawabkan pekerjaan yang dilakukan. merupakan beban bila mereka tidak dapat mengambil keputusan sendiri dalam memecahkan persoalan.

(3) Standar (*Standard*)

Derajat perasaan terhadap adanya standar yang ditetapkan dalam pelaksanaan pekerjaan untuk mencapai tujuan yang berkualitas. Menyebabkan tuntutan pada mereka untuk melakukan pekerjaan dengan baik.

(4) Penghargaan (*Reward*)

Derajat perasaan terhadap penghargaan dan imbalan yang diberikan atas pekerjaan yang dilakukan yang lebih baik daripada diabaikan, dikritik atau dihukum jika pekerjaan tersebut dilaksanakan dengan tidak benar.

(5) Kejelasan (*Clarity*)

Derajat perasaan terhadap semua aktivitas pekerjaan yang diorganisir dengan baik dan tujuan dirumuskan dengan jelas, tidak kabur atau kacau.

(6) Rekan kerja (*Team Spirit*)

Perasaan bahwa staf memiliki hubungan saling percaya dan saling membantu diantara mereka dalam lingkungan kerja.

Dimensi tersebut dikelompokkan menjadi 2 yaitu kelompok *punishing* (yang membebani) : faktor *conformity* (kesesuaian), faktor *responsibility* (tanggung jawab), faktor *standards* (standar) dan kelompok *rewarding*

(yang menyenangkan) : faktor *reward* (penghargaan), faktor *clarity* (kejelasan), dan faktor *team spirit* (rekan karja).

2) Glimmer (1971) mengemukakan beberapa dimensi iklim kerja yang dianggap cukup berpengaruh terhadap pembentukan iklim kerja secara keseluruhan, dimensi tersebut adalah :

(1) Bentuk dan besarnya organisasi

Pendapat yang mengatakan bahwa makin besar suatu organisasi, makin kuat pula organisasi tersebut. Walaupun begitu, pendapat ini belum tentu benar, karena organisasi yang lebih kecil pada kenyataannya mungkin lebih sanggup menjaga dan menyesuaikan diri dengan situasi yang berubah-ubah, sedangkan organisasi yang lebih besar mungkin mempunyai rintangan atau hambatan, justru karena bessarnya organisasi tersebut.

(2) Pola kepemimpinan (*Leadership Pattern*)

Pola kepemimpinan yang terdapat dalam setiap organisasi berbeda-beda pada setiap tingkat manajerial. Tampaknya pola kepemimpinan ini harus disesuaikan dengan tingkat manajerial, sehingga pola kepemimpinan yang digunakan itu akan dapat mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan secara efektif. Seorang pimpinan tidak terbatas dengan top manajemen saja. Seorang pengawas, sedang supervisor dan seorang kepala bagian juga merupakan para pimpinan yang turut membentuk iklim kerja pada sebuah organisasi. Pola kepemimpinan ini agaknya selalu berubah dari waktu ke waktu, disesuaikan dengan perubahan zaman dan kepentingan organisasi, bahkan dengan kepentingan para individunya sendiri. Pola kepemimpinan mana yang dipakai, apakah otoriter, egalitarian, kepemimpinan yang

berorientasi pada aturan-aturan dan birokrasi, kepemimpinan yang berorientasi pada kelompok pekerja dan bersifat demokrasi, atau mungkin kepemimpinan yang berorientasi pada pribadi pimpinannya sendiri, semua ini akan membentuk iklim tertentu dalam sebuah organisasi.

(3) Jaringan komunikasi (*Communication Network*)

Jaringan komunikasi yang terjalin dalam organisasi merupakan dimensi iklim yang mempengaruhi dinamika organisasi. Jaringan komunikasi antara atasan dan bawahan antara teman sekerja akan menumbuhkan iklim tersendiri dalam setiap departemen yang berlainan, meskipun masih dalam satu organisasi.

(4) Arah tujuan (*Goal Direction*)

Setiap organisasi mempunyai tujuan yang akan dicapai. Cara apakah yang dipilih organisasi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, merupakan salah satu dimensi yang turut membentuk iklim organisasi. Apakah para pekerja diberi kesempatan untuk mengembangkan diri dan memperhatikan kemampuan mereka?

Organisasi yang berukuran kecil nampaknya mempunyai tujuan yang lebih jelas disbanding dengan organisasi yang berukuran besar yang dalam kenyataannya mempunyai banyak tujuan yang harus dicapai. Tujuan organisasi yang selaras dengan tujuan pekerjaan, akan menentukan iklim yang terbentuk didalamnya.

(5) Prosedur pembuatan keputusan

Bagaimana prosedur pembuatan keputusan berlangsung dalam sebuah organisasi apakah dilaksanakan secara desentralisasi dengan derajat serendah mungkin, sampai pada pekerja kelas bawah?

Hal ini secara keseluruhan merupakan salah satu dimensi iklim yang tumbuh dalam organisasi dan dapat berlainan untuk setiap departemen yang ada.

3) Litwin dan Stringer dalam Kolb et al. (1984), menyatakan bahwa dimensi iklim kerja pada sebuah organisasi terdiri dari :

(1) Struktur (*Structure*)

Perasaan staf yang membuat situasi kerja sering mendapat hambatan seperti karena banyaknya peraturan dan prosedur.

(2) Tanggung Jawab (*Resposibility*)

Perasaan terhadap pimpinan tentang pengambilan keputusan yang dilakukan dalam pelaksanaan pekerjaan.

(3) Resiko (*Risk*)

Tantangan untuk mengambil resiko pekerjaan dalam sebuah situasi kerja.

(4) Penghargaan (*Reward*)

Perasaan tentang yang diberikan atas pekerjaan yang dengan baik telah diselesaikan dan perasaan tentang kritik dan hukuman yang diterima.

(5) Kehangatan dan dukungan (*Warmth and Support*)

Perasaan dukungan dan bantuan dalam kehidupan organisasi.

(6) Konflik (*Conflict*)

Perasaan bahwa pimpinan tidak takut terhadap perbedaan dan konflik yang terjadi.

4) Kolb, Rubin dan Mc. Intyre (1984) menyatakan tentang dimensi iklim kerja pada suatu organisasi terdiri dari 7 dimensi, yaitu :

(1) Kesesuaian (*Comformity*)

Persepsi staf mengenai peraturan, prosedur dan kebijaksanaan yang harus ditaati dalam pelaksanaan pekerjaan. Hal tersebut dapat menghalangi, menekan, atau merugikan penyelesaian pekerjaan. Tetapi dapat juga sebaliknya, dapat mempermudah dan menyempurnakan penyelesaian tugas.

(2) Tanggung jawab (*Responsbility*)

Tanggung jawab yang diberikan oleh organisasi pada staf memberikan kesempatan untuk dapat mengambil keputusan sendiri dalam pelaksanaan pekerjaan. Dengan demikian dapat terjadi sebaliknya bahwa setiap pekerjaan yang akan dilakukan harus mendapat persetujuan dari atasan terlebih dahulu.

(3) Standar kerja (*Standard*)

Persepsi staf tentang standar pelaksanaan pekerjaan yang memberikan tantangan dan dapat meningkatkan mutu. Hal ini dapat membebani staf karena pekerjaan yang akan diselesaikan harus memenuhi standar.

(4) Penghargaan (*Reward*)

Staf merasakan bahwa pekerjaan yang dilakukan dihargai, mendapat imbalan yang sesuai jika dilakukan dengan baik. Namun sebaliknya staf

mungkin merasakan bahwa tidak ada penghargaan, banyak kritikan dan pekerjaan yang dilakukan selalu dianggap salah.

(5) Kejelasan organisasi (*Organizational Clarit*)

Persepsi staf terhadap pekerjaan yang dilakukan diorganisir, sehingga dapat diselesaikan dengan baik. Sebaliknya staf merasakan bahwa pekerjaan yang dilakukan tidak memiliki batasan yang jelas, membingungkan, kabur serta kacau.

(6) Kehangatan dan dukungan kelompok (*Warmth and Support*)

Hubungan diantara staf saling mempercayai, saling membantu dan memiliki hubungan sesame dengan baik. Staf sebaliknya dapat merasakan adanya pertentangan, konflik dan tidak adanya dukungan sehingga menurunkan semangat kerja.

(7) Kepemimpinan (*Leadership*)

Staf merasakan bahwa organisasinya dipimpin oleh atasan yang memiliki kemampuan memimpin, bijaksana dan dipilih berdasarkan kemampuannya. Namun sebaliknya staf merasakan bahwa atasannya tidak memiliki kemampuan memimpin dan kurang terampil dalam melaksanakan pekerjaannya.

5) Beberapa pendapat yang dikemukakan para ahli berkaitan dengan dimensi iklim kerja dalam organisasi perawatan adalah sebagai berikut :

(1) Kejelasan organisasi : guna mencapai akuntabilitas, organisasi harus dapat memberdayakan staf dalam mempertanggung jawabkan pekerjaannya. Hal tersebut diwujudkan dengan adanya direktur dan manajer keperawatan dalam struktur organisasi, sehingga koordinasi dan

komunikasi menjadi jelas bagi setiap staf perawatan (Loveridge & Cumming, 1996; Gillies, 1984).

Organisasi perawatan juga memerlukan visi, misi, dan tujuan sehingga staf memperoleh kejelasan arah organisasi yang hendak diciptakan melalui peran dan fungsinya (Marquis & Huston, 1998; Swansburg, 1999). Hal ini diungkapkan oleh Lancaster (1985) yang menyatakan bahwa staf harus mengerti dan menerima tujuan organisasi ketika mereka memasuki lingkungan kerjanya.

(2) Kesesuaian : aktivitas keperawatan agar dapat mencapai tujuan organisasi diupayakan dengan pembuatan kebijakan dan peraturan. Kebijakan dan peraturan ditujukan langsung pada perilaku staf yang dapat mendukung tercapainya tujuan dan mendapatkan hasil optimal, dan tidak keluar dari struktur dan tujuan semula. Kebijakan dibuat untuk meningkatkan hasil pekerjaan yang optimal seperti kebujakan tentang kepegawaian. Sedangkan peraturan dibuat untuk menjalankan kebijakan yang telah dibuat seperti peraturan tentang penunjukakan penanggung jawab pasien di masing – masing ruang perawatan. Meskipun peraturan tidak fleksibel, tetapi peraturan tetap harus dibuat guna menjaga pencapaian tujuan (Marquis & Huston, 1998).

(3) Standar : menurut Loveridge dan Cumming (1996) sebagai aturan dan prosedur yang menuntun perilaku staf. Standar dalam keperawatan menurut Murray dan DiCroce (1997) terdiri dari :

1. Standar struktur (*structure standards*) yang meliputi standar peraturan, fasilitas dan tenaga keperawatan. Secara keseluruhan merupakan

bagian dari standar pelayanan rumah sakit dan disebut standar pelayanan keperawatan.

2. Standar proses (*process standards*) yaitu standar praktek keperawatan dan standar asuhan keperawatan yang telah disusun oleh Tim Departemen Kesehatan RI dan telah diberlakukan penggunaanya melalui surat Keputusan Direktorat Pelayanan Medis Departemen Kesehatan RI No. YM.00.03.2.6.7637 tanggal 18 agustus 1993 (Dep Kes, 1993).
3. Standar hasil (*outcome standards*) yaitu standar tentang hasil yang diharapkan dari pemberian pelayanan keperawatan berbentuk standar perawatan pasien (*standards of pasient / client care*). Penggunaan standar keperawatan diperlukan agar dapat diketahui mutu pelayanan yang diberikan dan guna menurunkan biaya serta diharapkan dapat membatasi adanya kemungkinan kelalaian (Gillies, 1994).
4. Penghargaan : penetapan yang obyektif diperlukan dalam menentukan staf yang akan diberikan penghargaan agar tidak menghancurkan kondisi kompetitif, apatis dan keraguan. Penghargaan dapat diberikan dalam bentuk positif seperti jenjang karir. Sedangkan penghargaan negatif dapat diberikan berupa hukuman administratif sampai dengan pemecatan (Tappen, 1995). Menurut Loveridge dan Cumming (1996) penghargaan tersebut dikelompokkan menjadi dua, yaitu penghargaan intrinsik (*intrinsic rewards*) seperti pemberian kompensasi dan bonus / intensif serta penghargaan ekstrinsik (*extrinsic rewards*) seperti

umpan balik berupa kepuasan yang disampaikan oleh pasien dan keluarganya.

5. Tanggung Jawab : uraikan tugas diperlukan oleh staf manajer guna memperjelas dan menuntun pertanggung jawaban pekerjaan yang dilakukan (Kron & Gray, 1987). Sedangkan menurut Tappen (1995) uraian tugas sangat diperlukan agar harapan yang diinginkan dari staf oleh organisasi dalam melaksanakan pekerjaannya jelas, sehingga pertanggung jawaban dapat diberikan. Tanggung jawab diberikan atas dasar pendelegasian kewenangan, otonomi dan pertanggung jawaban melalui struktur organisasi. Tanggung jawab dan kewenangan yang akan diberikan pada staf harus memperhatikan struktur organisasi dan kemampuan staf yang sesuai (Murray & Dicroce, 1997).
6. Hubungan kerjasama : dalam menjalankan aktivitas perawatan, semangat kerjasama sangat diperlukan. Demikian halnya guna kesamaan pandangan dan saling mendukung untuk mencapai tujuan, diharapkan terjadi dukungan sistem dan sinergi kekuatan (Tappen, 1995). Rasa saling mendukung dalam tugas keperawatan di ruang rawat inap diupayakan dengan mengadakan pertemuan (*Nursing conferences*), saling menghargai dan mempercayai (Swansburg, 1999). Hal serupa dikemukakan oleh Lancaster (1985) yang menyatakan bahwa diperlukan rasa saling percaya dalam pelaksanaan aktivitas perawatan.

Selain itu aktivitas organisasi yang dibuat oleh manajer keperawatan dapat menjadi dimensi iklim kerja yang positif. Hal tersebut diungkapkan oleh Swansburg (2000) yang menyatakan aktivitas tersebut adalah :

1) Mengembangkan misi, tujuan yang obyektif berdasarkan masukan dari perawat pelaksana termasuk tujuan pribadi.
2) Memberi kesempatan untuk tumbuh dan berkembang termasuk pengembangan karir dan pendidikan berkelanjutan.
3) Meningkatkan kerja tim.
4) Menganalisa system kompensasi organisasi keperawatan dan strukturnya untuk memberi penghargaan atas kompetensi dan produktifitasnya.
5) Meningkatnya otonomi, harga diri dan rasa percaya diri dalam melaksanakan keperawatan.
6) Memberikan kepercayaan dan keterbukaan termasuk memberikan motivasi.
7) Pengkajian hal – hal yang tidak diperlukan dan memberikan hukuman serta membatasinya.
8) Memberikan keamanan dan kebebasan untuk mengemukakan ide tanpa adanya konflik dan konfrontasi.
9) Mengembangkan strategi perencanaan termasuk desentralisai pembuatan keputusan dan partisipasi dalam pelaksanaan keperawatan.

2.1.3 Pengukuran Iklim Kerja

1) Langkah pengukuran dimensi kerja :

(1) Langkah pengukuran menurut Glimer (1971)

Glimer mengatakan bahwa pengukuran iklim kerja pada organisasi dalam beberapa hal sama dengan mengukur kepribadian individu.

Pendekatan pertama berupa :deskripsi tidak resmi yang berupa laporan, cerita atau catatan para pekerja mengenai kegiatan organisasi, observasi pada rapat-rapat, dokumen-dokumen, surat menyurat, nota peringatan dan bahkan sampai pada pengamatan kontak telepon yang dikunci dan sebagainya. Kemudian dibuat satu deskripsi yang dapat memberikan masukan untuk mengambil kesimpulan, misalnya : demokratis, otoriter, konservatif, ataupun non komukatif.

Pendekatan kedua berupa penelitian terhadap dua perusahaan dan organisasi yang memiliki tingkah laku yang sangat berbeda sebagai hasil observasi, padahal mempunyai kegiatan yang sama atau bergerak dibidang yang sama.

Pendekatan ketiga dilakukan melalui persepsi para pekerja terhadap organisasi yang dipilih secara sistematis, misalnya secara random.

Semua pendekatan dalam pengukuran iklim organisasi ini dipengaruhi oleh pengalaman para penguji dan ketepatan alat-alat ukur yang digunakan.

(2) Menurut Gellerman terdapat 5 langkah yang harus dilakukan untuk menganalisa karakter suatu organisasi yaitu :

1. Mengenal orang-orang tertentu dalam organisasi.
2. Meneliti orang-orang ini dan menentukan tujuan, taktik dan kelemahan serta kelebihannya.
3. Menganalisa tantangan ekonomi yang dihadapi organisasi yang berhubungan dengan aturan (*policy*) organisasi.

4. Meninjau sejarah organisasi dengan memberikan perhatian utama pada karir atau riwayat kerja pada pimpinan.
5. Menghubungkan semua informasi untuk mendapatkan gambaran umum tentang organisasi secara keseluruhan.

2) Alat ukur yang digunakan untuk mengukur iklim kerja :

Para ahli banyak melakukan pengukuran tentang iklim kerja dengan mengukur dimensi – dimensi yang menurut mereka ikut membentuk iklim kerja. Berbagai pengukuran tersebut adalah :

(1) Pengukuran menurut Litwin dan Stringer dalam Kolb et al. (1984)

Dalam mengukur iklim kerja dalam sebuah organisasi, alat ukur yang dibuat memasukkan dimensi struktur, organisasi, tanggung jawab, penghargaan, pengambilan resiko, kehangatan dan dukungan, standar dan konflik.

(2) Pengukuran menurut Likert dalam Wether dan davis (1989)

Pengukuran iklim kerja pada sebuah organisasi dengan cara memasukkan dimensi kepemimpinan, komunikasi, pengambilan keputusan, tujuan dan kontrol serta proses pengaruh dan interaksi

(3) Pengukuran menurut Litwin dan Meyer (1971)

Pengukuran dilakukan dengan memasukkan keenam dimensi iklim kerja, yaitu : kesesuaian perasaan, tanggung jawab, standar, penghargaan, kejelasan dan hubungan antar manusia yang akan saling berinteraksi dan membentuk iklim kerja.

2.2 Konsep perilaku

2.2.1. Definisi perilaku

Perilaku merupakan keseluruhan (totalitas) pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan eksternal. Perilaku seseorang sangat kompleks dan mempunyai bentangan yang sangat luas (Notoatmodjo, 2009). Benyamin Blomm (1908) membedakan perilaku dalam 3 area (domain), yaitu :

1) Kognitif (*cognitive*)

Kognitif atau pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan, dan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek. Secara garis besar pengetahuan dibagi dalam 6 intensitas atau tingkatan, yakni :

(1) Tahu (*know*), diartikan sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

(2) memahami (*comprehension*), memahami suatu obyek tidak hanya sekedar tahu terhadap obyek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterprestasikan secara benar tentang obyek yang diketahui tersebut.

(3) aplikasi (*application*), diartikan apabila orang yang telah memahami obyek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

(4) analisis (*analysis*), adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan materi obyek ke dalam komponen dalam suatu struktur dan masih berkaitan satu sama lainnya.

(5) Sintesis (*synthesis*), merupakan kemampuan untuk menghubungkan bagian di dalam suatu yang baru.

(6) evaluasi (*evaluation*), kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek tertentu.

2) Afektif (*affective*)

Afektif atau sikap menurut Campbell (1950) dalam Soekidjo (2009) adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau obyek. Sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain. Komponen sikap menurut Allport (1954) terdiri dari 3 komponen, yakni : kepercayaan atau keyakinan terhadap obyek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap obyek, kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*). Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Berdasarkan intensitasnya sikap memiliki tingkatan, yaitu :

(1) Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang atau subyek mau menerima stimulus yang diberikan (obyek).

(2) Menanggapi (*responding*), diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau obyek yang dihadapi.

(3) Menghargai (*valuing*), diartikan subyek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap obyek atau stimulus, dalam arti membahas dengan orang lain.

(4) Bertanggung jawab (*responding*), sikap yang paling tinggi tingkatannya, bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya.

(5) Tindakan atau praktik (*practice*).

Sikap manusia menunjukkan beberapa karakteristik sikap yaitu sikap memiliki arah, intensitas, keluasan, konsistensi dan spontanitasnya. Karakteristik sikap menyebabkan digunakannya *Method Of Summated* rating (disebut juga dengan penskalaan model Likert) untuk penskalaan pernyataan sikap yang menggunakan distribusi respon sebagai dasar penentuan nilai skalanya. Prosedur penskalaan dengan metode ini didasari oleh dua asumsi, yaitu :

(1) Setiap pernyataan sikap yang telah ditulis dapat disepakati sebagai pernyataan yang *favorable* (positif) atau pernyataan yang *unfavorable* (negatif).

(2) Jawaban yang diberikan oleh individu yang mempunyai sikap positif harus diberi bobot atau nilai lebih tinggi daripada jawaban yang diberikan oleh responden yang mempunyai sikap negatif.

Jawaban *favorable* adalah respon setuju terhadap pernyataan yang *favorable* dan respon tidak setuju terhadap pernyataan yang tidak *unfavorable*. Titik netral pada skala model *Likert* pada dasarnya tidak diketahui. Karena keseluruhan pernyataan yang ada dalam suatu skala, skor tengah belum tentu berarti netral. Suatu cara untuk memberi interprestasi terhadap skor individu dalam skala model *Likert* adalah dengan membandingkan skor tersebut dengan harga rata-rata atau *mean* skor kelompok asal responden tersebut. Agar perbandingan tersebut mempunyai arti, maka harus dinyatakan dalam

suatu deviasi standar kelompok itu sendiri yang berarti harus mengubah skor individu menjadi skor standar (Azwar, 2009).

Salah satu skor standar yang biasanya digunakan dalam skala model Likert menggunakan rumus skor-T yaitu : $T = 50 + 10\left[\frac{Xi - \bar{X}}{s}\right]$

Keterangan :

Xi = skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor-T

$\bar{X}$ = *mean* skor kelompok 50 = mean skor-T

s = standar deviasi skor kelompok 10 = standar deviasi skor-T

3) Psikomotor (*psychomotor*).

Seperti disebutkan di atas bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak, sikap belum tentu terwujud dalam tindakan sebab untuk terwujudnya suatu tindakan perlu faktor lain seperti fasilitas atau sarana dan prasarana. Tindakan dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya, yakni :

(1) Praktik terpimpin (*guided response*), apabila subyek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntutan atau menggunakan panduan.

(2) Praktik secara mekanisme (*mechanism*), apabila subyek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis.

(3) Adopsi (*adoption*), adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan atau

perilaku yang berkualitas. Proses adopsi perilaku menurut penelitian Roger (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yaitu *Awareness* (kesadaran), *Interest* (tertarik pada stimulus), *Evaluation*, *Trial* (mencoba hal baru), *Adoption*.

2.2.2. Faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang

1) Faktor genetik atau faktor endogen

Faktor genetik atau keturunan merupakan konsepsi dasar atau modal untuk kelanjutan perkembangan perilaku makhluk hidup itu. Faktor genetik berasal dari dalam individu (endogen), antara lain :

(1) Jenis ras, setiap ras di dunia memiliki perilaku yang spesifik, saling berbeda satu dengan yang lainnya. Tiga kelompok ras terbesar, yaitu ras kulit putih atau ras Kaukasia, perilaku yang dominan : terbuka, senang akan kemajuan, dan menjunjung tinggi hak manusia; ras kulit hitam atau ras negroid, perilaku yang dominan : tabiatnya keras, tahan menderita, dan menonjol dalam kegiatan olah raga keras; ras kulit kuning atau ras mongoloid, perilaku yang dominan : keramahtamahan, suka bergotong royong, tertutup, dan senang dengan upacara ritual.

(2) Jenis kelamin, perbedaan perilaku pria dan wanita dapat dilihat dari cara berpakaian dan melakukan pekerjaan sehari-hari. Pria berperilaku atas dasar pertimbangan *rasional* atau akal, sedangkan wanita atas dasar pertimbangan *emosional* atau perasaan.

(3) Sifat fisik, kalau kita amati perilaku individu akan berbeda-beda karena sifat fisiknya, misalnya perilaku individu yang pendek dan gemuk berbeda dengan individu yang memiliki fisik tinggi dan kurus.

(4) Sifat kepribadian,salah satu pengertian kepribadian yang dikemukakan oleh Maramis (1999) dalam Sunaryo (2004) adalah "keseluruhan pola pikiran, perasaan, dan perilaku yang sering digunakan oleh seseorang dalam usaha adaptasi yang terus menerus terhadap hidupnya". Jadi perilaku individu adalah manifestasi dari kepribadian yang dimiliki sebagai perpaduan antara factor genetic dan lingkungan. Perilaku individu tidak ada yang sama karena adanya perbedaan kepribadian yang dimiliki individu yang dipengaruhi oleh aspek kehidupan, seperti pengalaman, usia, watak, tabiat, system norma, nilai dan kepercayaan yang dianut.

(5) Bakat pembawaan, menurut Notoatmodjo (1997) yang mengutip pendapat William B. Micheel (1960) adalah "kemampuan individu untuk melakukan sesuatu yang sedikit sekali bergantung pada latihan mengenai hal tersebut". Bakat merupakan interaksi dari faktor genetik dan lingkungan serta bergantung pada adanya kesempatan dibanding individu lain yang tidak berbakat.

(6) Intelegensi, menurut Terman intelegensi adalah "kemampuan untuk berpikir abstrak" (dalam Sukardi, 1997). Sedangkan Ebbing-haus mendefinisikan *intelegensi* adalah "kemampuan untuk membuat kombinasi" (dalam Notoatmodjo, 1997). Dari batasan tersebut dapat dikatakan bahwa *intelegensi* sangat berpengaruh terhadap perilaku

individu. Oleh karena itu, kita kenal ada individu yang *intelegen*, yaitu individu yang dalam mengambil keputusan dapat bertindak tepat, cepat dan mudah. Sebaliknya bagi individu yang memiliki *intelegensi* rendah dalam mengambil keputusan akan bertindak lambat.

2) Faktor eksogen atau faktor dari luar individu

(1) Faktor lingkungan, lingkungan disini menyangkut segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik fisik, biologis maupun sosial. Ternyata lingkungan sangat berpebgaruh terhadap perilaku individu karena lingkungan merupakan lahan untuk perkembangan perilaku. Contoh : mahasiswa yang hidup di lingkungan kampus perilakunya akan dipengaruhi oleh pemikira ilmiah, rasional, dan intelektual; tenaga keperawatan di rumah sakit perilakunya ketika menjalankan tugas akan dipengaruhi oleh norma dan nilai yang berlaku dan dianut oleh rumah sakit tersebut.

(2) Pendidikan, secara luas pendidikan mencakup seluruh proses kehidupan individu sejak dalam ayunan hingga liang lahat, berupa interaksi individu dengan lingkungannya, baik secara formal maupun informal. Proses dan kegiatan pendidikan pada dasarnya melibatkan masalah perilaku individu maupun kelompok. Kegiatan pendidikan formal maupun informal berfokus pada proses belajar mengajar, dengan tujuan akan terjadi perubahan perilaku, yaitu dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mengerti menjadi mengerti, dari tidak dapat menjadi dapat. Contoh : individu yang berpendidikan S1, perilakunya akan berbeda dengan yang berpendidikan SLTP; individu yang berpendidikan perawat, perilakunya

berbeda dengan yang berpendidikan guru; individu yang berpendidikan guru perawat, perilakunya berbeda dengan yang berpendidikan guru SLTA.

(3) Agama, merupakan tempat mencari makna hidup yang terakhir atau penghabisan. Agama sebagai suatu keyakinan hidup yang masuk dalam kontruksi kepribadian seseorang, sangat berpengaruh dalam cara berpikir, bersikap, bereaksi, dan berperilaku individu.

(4) Sosial ekonomi, salah satu lingkungan yang berpengaruh terhadap perilaku seseorang adalah lingkungan sosial yang menyangkut sosial budaya dan sosial ekonomi. Khususnya sosial ekonomi, sebagai contoh keluarga yang status sosial ekonominya berkecukupan akan menyediakan segala fasilitas untuk memenuhi kebutuhan hidupnya, akan berpengaruh terhadap perilaku individu-individu yang ada di dalam keluarga tersebut. Sebaliknya, keluarga yang sosial ekonominya rendah akan mengalami kesulitan didalam memenuhi kebutuhan hidupnya.

(5) Kebudayaan, menurut Mac Iver dikutip oleh Soerjono Soekanto (2001) adalah "ekspresi jiwa terwujud dalam cara-cara hidup dan berpikir, pergaulan hidup, seni kesusastraan, agama, rekreasi dan hiburan". Koentjoroningrat (1990) dalam Sunaryo (2004) memberi batasan kebudayaan adalah "keseluruhan gagasan dan karya manusia yang harus dibiasakan dengan belajar, serta dari hasil budi daya dan karyanya itu. Dalam arti sempit kebudayaan diartikan sebagai kesenian, adat istiadat atau peradaban manusia, ternyata hasil kebudayaan manusia akan mempengaruhi perilaku manusia itu sendiri.

(6) Faktor-faktor lain, ***susunan saraf pusat*** memegang peranan penting karena merupakan sarana untuk memindahkan energi yang berasal dari stimulus yang diterima oleh pancaindra melalui neuron ke simpul saraf tepi yang seterusnya melalui impuls-impuls saraf kesusunan saraf pusat yaitu otak dan setelah disadari melalui persepsi maka individu akan berperilaku; ***persepsi*** merupakan proses diterimanya rangsang melalui pancaindra didahului oleh perhatian (*attention*) sehingga individu sadar tentang sesuatu yang ada didalam maupun diluar dirinya; ***emosi***, Meramis (1999) dalam Sunaryo (2004) menyebutkan bahwa emosi adalah "manifestasi perasaan atau afek keluar disertai banyak komponen fisiologik, dan biasanya berlangsung tidak lama". Perilaku individu dapat dipengaruhi oleh emosi.

2.2.3. Pengukuran praktik / tindakan (perilaku terbuka)

Mengukur perilaku terbuka, praktik atau tindakan relative lebih mudah bila dibanding dengan mengukur perilaku tertutup (pengetahuan dan sikap). Sebab praktik atau tindakan mudah diamati secara konkret dan langsung maupun pihak ketiga. Secara garis besar mengukur perilaku terbuka atau praktik dapat dilakukan melalui dua metode, yakni :

1) Langsung

Mengukur perilaku terbuka secara langsung, berarti peneliti langsung mengamati atau mengobservasi perilaku subyek yang diteliti. Untuk memudahkan pengamatan, maka hal – hal yang akan diamati tersebut dituangkan atau dibuat lembar tilik atau check list. Misalnya : jenis

makanan yang diberikan, jumlah atau porsi, waktu pemberian, dan sebagainya.

2) Tidak langsung

Pengukuran perilaku secara tidak langsung ini, berarti peneliti tidak secara langsung mengamati perilaku orang – orang yang diteliti (responden). Oleh sebab itu metode pengukuran secara tidak langsung ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, yakni :

(1) Metode mengingat kembali "*recall*"

Metode '*recall*' ini dilakukan dengan cara responden atau subyek penelitian diminta untuk mengingat kembali (*recall*) terhadap perilaku atau tindakan beberapa waktu yang lalu. Lamanya waktu yang diminta untuk responden berbeda – beda. Oleh sebab itu batas waktu megingat diserahkan kepada para peneliti yang bersangkutan.

(2) Melalui orang ketiga atau orang lain yang "*dekat*" dengan subyek atau responden

Pengukuran perilaku terhadap seseorang atau responden dilakukan oleh orang yang terdekat dengan responden yang diteliti. Misalnya : untuk mengamati perilaku keteraturan minum obat seorang penderita penyakit tertentu dapat melalui anggota keluarga pasien yang paling dekat, misalnya melalui istri atau suami.

(3) Melalui "*indikator*" (hasil perilaku) responden

Pengukuran perilaku ini dilakukan melalui indikator hasil perilaku orang yang diamati. Misalnya peneliti akan mengamati atau mengukur perilaku kebersihan diri atau "personal hygiene" seorang murid sekolah. Maka

yang akan diamati adalah hasil dari perilaku kebersihan diri tersebut, anatara lain : kebersihan kuku, telinga, kulit, gigi, dan seterusnya.

2.3 Konsep Keselamatan Pasien (*Pasient Safety*)

2.3.1 Definisi

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. System tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Depkes, 2008).

2.3.2 Tujuan pelaksanaan *pasient safety* :

1) Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit.
2) Meningkatnya akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
3) Menurunnya kejadian yang tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
4) Terlaksananya program – program pencegahan sehingga tidak terjadi. penggulangan kejadian tidak diharapkan.

2.3.3 Dasar hukum pelaksanaan *patient safety* :

1) Undang – undang no.23 tahun 1992 tentang kesehatan.
2) PP no. 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan pasal 21 ayat 1 : setiap tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi standar profesi tenaga kesehatan dan menghormati hak pasien.
3) Undang – undang no. 8 tahun 1999 tentang perlindungan konsumen.

4) KepMenKes no 129 tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit.

2.3.4 Faktor yang sering menyebabkan kesalahan / *pasient non safety* (AHRQ Publication no. 04 – RG005, Agency for Healtcare Research and Quality December 2003) :

1) Masalah komunikasi

Penyebab yang paling umum terjadi medical errors. Kegagalan komunikasi : verbal / tertulis, miskomunikasi antar staf, antar shif, informasi tidak di dokumentasikan dengan baik / hilang, masalah - masalah komunikasi : tim layanan kesehatan disatu lokasi, antar berbagai lokasi, antar tim layanan dengan pekerja non klinis, dan antar staf dengan pasien.

2) Informasi yang kurang jelas

Ketersediaan informasi yang kritis saat akan merumuskan keputusan penting, komunikasi tepat waktu dan dapat diandalkan saat pemberian hasil pemeriksaan yang kritis, koordinasi instruksi obat saat transfer antara unit, informasi penting tidak disertakan saat pasien ditransfer ke unit lain / dirujuk ke RS lain.

3) Masalah SDM

Gagal mengikuti kebijakan, SOP dan proses-proses, dokumentasi suboptimal dan labeling spesimen yang buruk, kesalahan berbasis pengetahuan, staf tidak punya pengetahuan yang adekuat, untuk setiap pasien pada saat diperlukan.

4) Hal - hal berhubungan dengan pasien

Idenifikasi pasien yang tidak tepat, asesment pasien yang tidak lengkap, kegagalan memperoleh consent, pendidikan pasien yang tidak adekuat.

5) Kurangnya kesadaran akan keselamatan pasien

Kekurangan pada orientasi atau training, tingkat pengetahuan staf untuk jalankan tugasnya, transfer pengetahuan di RS pendidikan.

6) Alur kerja / pola SDM

Para dokter, perawat,, dan staf lain sibuk karena SDM tidak memadai, pengawasan / Supervisi yang tidak adekuat.

7) Kesalahan teknis

Kegagalan alat / perlengkapan: pompa infus, monitor. Komplikasi / kegagalan implants atau grafts. Instruksi tidak adekuat, peralatan dirancang secara buruk bisa sebabkan pasien cidera. Kegagalan alat tidak teridentifikasi secara tepat sebagai dasar cideranya pasien, dan diasumsikan staf yang buat salah. RCA yang lengkap, sering tampilkan kegagalan teknis, yang mula-mula tidak tampak, terjadi pada suatu KTD.

8) Kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat.

Pedoman cara pelayanan dapat merupakan faktor penentu terjadinya banyak medical errors. Kegagalan dalam proses layanan dapat ditelusuri sebabnya pada buruknya dokumentasi, bahkan tidak ada pencatatan, atau SOP klinis yang adekuat.

2.3.5 Sembilan solusi keselamatan pasien di rumah sakit menurut WHO tahun 2007 adalah :

WHO Collaboration Centre for Patient safety pada tanggal 2 Mei 2007 resmi menerbitkan *Nine Life-safing Patient Safety Solutions*, yaitu :

1) Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (Look-Alike, Sound-Alike Medication Names).
2) Pastikan Identifikasi Pasien.
3) Komunikasi Secara Benar saat Serah Terima / Pengoperan Pasien.
4) Pastikan Tindakan yang benar pada Sisi Tubuh yang benar.
5) Kendalikan Cairan Elektrolit Pekat (concentrated).
6) Pastikan Akurasi Pemberian Obat pada Pengalihan Pelayanan.
7) Hindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang (Tube).
8) Gunakan Alat Injeksi Sekali Pakai.
9) Tingkatkan Kebersihan Tangan (Hand hygiene) untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial.

2.3.6 Implentasi keselamatan pasien (*The Join Commission International 2007 International Patiens Safety Goal*) adalah :

1) Identifikasi pasien dengan benar.

   Pemberian identitas pasien dapat berupa gelang nama, ID pada bed pasien yang meliputi nama, nomor RM, umur, dan sebagainya (minimal 2 identitas pasien).

2) Tingkatkan komunikasi efektif.

   Meningkatkan komunikasi yang efektif dengan memperhatikan 4 aspek, yaitu *read back, repeat back, check back and teach back.*

3) Tingkatkan keamanan untuk pemberian obat yang beresiko tinggi.

Hindari dalam penggunaan singkatan dan selalu perhatikan prinsip 5 benar, yaitu : benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu dan benar orang. cek riwayat alergi, lakukan skin test dan catat serta dokumentasikan.

4) Eliminasi salah sisi, salah pasien, salah prosedur operasi.

Ada 5 tahap yang harus diperhatikan untuk menghindari kesalahan, yaitu : perhatikan *consent form, mark site, patient identification, time out dan imaging data.*

5) Reduksi resiko infeksi nosokomial.

Menggalakkan program cuci tangan 7 langkah dan menyediakan alkohol, hand rub / gel (alkohol gliserin).

6) Reduksi resiko pasien cidera dari jatuh

Untuk mencegah resiko jatuh, pastikan pengaman atau pagar tempat tidur dalam keadaan terkunci. Bila pasien tidak sadar dan gelisah serta terpasang alat – alat yang berbahaya ditubuhnya boleh dilakukan restrain dengan tetap memperhatikan protap yang ada.

2.3.7 Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Standart keselamatan pasien rumah sakit mengacu pada "*Hospital Patient safety standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organization*, Illinios, USA, tahun 2002. Yang disesuaikan dengan kondisi perumah sakitan di Indonesia. Standart keselamatan pasien terdiri dari 7 standart, yaitu :

1) Hak pasien.

Standar :

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

Kriteria :

(3) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan

(4) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan

(5) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

2) Mendidik pasien dan keluarga.

Standar :

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

Kriteria :

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, dirumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat :

(1) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.

(2) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.

(3) Mengajukan pertanyaan – pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.

(4) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.

(5) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.

(6) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.

(7) Mematuhi kewajiban finansial yang disepakati.

3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.

Standar :

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

Kriteria :

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

(2) Terdapat kooerdinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.

(3) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, palayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.

(4) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa ada hambatan, aman, efektif.

4) Penggunaan metoda – metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Standar :

Rumah sakit harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitir dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria :

(1) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (design) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktis bisnis yang sehat, dan faktor – faktor lain yang berpotensi resiko bagi pasien sesuai dengan "tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit"

(2) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen resiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.

(3) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua kejadian tidak diharapkan, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus resiko tinggi.

(4) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisi untuk menetukan perubahan system yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Standar :

(1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan pasien Rumah Sakit".

(2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi resiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan.

(3) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.

(4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan keselamatan pasien.

(5) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria :

(1) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.

(2) Tersedianya program aktif untuk identifikasi resiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis – jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari kejadian nyaris cidera (*near miss*) sampai dengan kejadian tidak diharapkan (*adverse event*).

(3) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.

(4) Tersedia prosedur "cepat – tanggap" terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi resiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.

(5) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah (RCA) "kejadian nyaris cidera" (*near miss*) dan "kejadian sentinel" pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan

(6) Tersedia mekanisme untuk menanggani berbagai jenis insiden, misalnya menanggani "kejadian sentinel" (*sentinel event*) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil resiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan "kejadian sentinel".

(7) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.

(8) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.

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

6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien.

Standar :

(1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan, dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.

(2) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Kriteria :

(1) Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf yang baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing – masing.

(2) Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi informasi yang jelas tentang pelaporan insiden.

(3) Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelpmpok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Standar :

(1) Rumah sakit merencanakan dan mendesign proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.

(2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriteria :

(1) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal – hal terkait dengan keselamatan pasien.

(2) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

2.3.8 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Mengacu pada standart keselamatan pasien maka uraian tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit adalah sebagai berikut :

1) Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.

   Ciptakan kepemimpinan dan budaya terbuka dan adil.

2) Pimpin dan dukung staf.

   Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit.

3) Integrasikan aktivitas pengelolaan resiko

   Kembangkan sistem dan proses pengelolaan resiko, serta lakukan identifikasi dan assesmen hal yang berpotensial bermasalah.

4) Kembangkan sistem pelaporan

   Pastikan staf agar mudah dapat melaporkan kejadian / insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Passien Rumah Sakit (KPPRS).

5) Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien.

   Kembangkan cara – cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

Dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.

7) Cegah cidera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

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

2.3.9 Sistematika Langkah Program Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (KPRS) sebagai berikut :

1) Fase Persiapan

(1) Tetapkan kebijakan dan rencana jangka pendek KPRS dan Program tahunan KPRS.

Pimpinan rumah sakit perlu menetapkan kebijakan, rencana jangka pendek dan program tahunan KKPRS. Dalam menetapkan kebijakan, rencana jangka pendek dan program disesuaikan dengan kondisi rumah sakit dan pemahaman konsep KKPRS. Mengingat program keselamatan pasien sangat terkait dengan program mutu dan manajemen resiko klinis.

(2) Tetapkan unit kerja yang bertanggung jawab mengelola program KPRS.

Penempatan unit kerja dan penanggung jawab program KPRS harus dibuat dengan keputusan Pimpinan rumah sakit. Dan kedudukan unit kerja dalam struktur organisasi rumah sakit diserahkan pada kebijakan pimpinan rumah sakit, misalnya unit kerja dapat dibawah komite medis atau pimpinan rumah sakit.

(3) Pilih penggerak (*champion*) yang akan menjadi motor penggerak KPRS dan pelatihnya. Pilih individu / beberapa individu yang akan menjadi motor gerakan KPRS. Beberapa kriteria yang dapat digunakan antara lain : aktif di unit yang bersangkutan, memiliki *leadership*, sebaiknya memahami konsep mutu. Konsep keselamatan pasien memiliki banyak aspek, sehingga penggerak yang telah mendapat pelatihan akan lebih mudah memulai, menggerakkan dan melaksanakan KPRS. Pelatihan dalam bentuk "Workshop *Pasient Safety* dan Manajemen Resiko Klinis" telah diorganisir dan dilaksanakan setiap bulan oleh KPRS sejak tahun 2007.

(4) Buku saku KPRS

Untuk tujuan sosialisasi KPRS, perlu dibuat suatu buku saku yang berisikan berbagai informasi penting dan ringkas tentang keselamatan pasien dan dibagikan ke jajaran staf dan karyawan rumah sakit.

2) Fase Pelaksanaan

(1) Deklarasi gerakan moral keselamatan pasien

Suatu acara / upacara deklarasi dimulainya pelaksanaan KPRS akan sangat membantu membangkitkan kesadaran (awareness) para staf dan karyawan rumah sakit akan KPRS, sekaligus memantapkan komitmen dari seluruh jajaran untuk menetapkan komitmen dari seluruh jajaran untuk menerapkan KPRS.

(2) Program 7 langkah keselamatan pasien

Rumah sakit melalui usulan unit kerja KPRS, menetapkan prioritas program – program dalam 7 langkah KPRS, yang akan dilaksanakan secara bertahap dengan urutan yang disepakati.

(3) Program penerapan standar akreditasi keselamatan pasien

Akreditassi pelayanan KPRS menggunakan instrumen akreditasi rumah sakit untuk menilai rumah sakit dalam memenuhi standar pelayanan rumah sakit, termasuk didalamnya parameter yang menilai pelayanan KPRS. Dengan demikian pelaksanaan akreditasi rumah sakit minimal untuk 5 pelayanan (administrasi dan manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, dan rekam medis) sudah termasuk dalamnya penerapan standar KPRS.

(4) Program keselamatan pasien pada unit pelayanan tertentu sebagai model

Rumah sakit dapat juga menerapkan terlebih dahulu suatu "pilot project" dengan menerapkan KPRS pada satu atau lebih unit pelayanan tertentu. Dengan pengalaman yang diperoleh unit tersebut , maka unit – unit lain dapat belajar dari kegiatan penerapan KPRS di unit tertentu tersebut.

(5) Program khusus

Rumah sakit dapat juga memulai program khusus yang dijalankan tersendiri (tunggal), tidak perlu dalam konteks program yang kompleks. Contoh : program khusus yang dipilih antara lain : program kebersihan tangan, ronde keselamatan pasien, program dokter penanggug jawab

pelayanan, program pelaporan insiden keselamatan pasien, program dibidang farmasi (medication), program pelatihan KPRS dsb. Pemilihan program ini harus tetap mengacu pada ketentuan dalam dalam instrumen / parameter akreditasi rumah sakit.

(6) Forum diskusi

Forum diskusi dilaksanakan secara periodik 1 atau 2 bulan sekali dimaksudkan untuk mengumpulkan para penggerak, pelaksana lainnya serta peminat KPRS, untuk membahas perkembangan dan permasalahan KPRS dan solusi yang diperoleh, dengan tujuan untuk memonitor / menjaga kelangsungan program KPRS. Selain itu juga bertujuan menumbuhkan budaya KPRS.

3) Fase Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilakukan melalui laporan formal unit kerja KPRS, masukan dari forum diskusi, masukan dari unit – unit melalui ronde keselamatan pasien dan sebagainya.

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara periodik sesuai dengan kebutuhan. Pada akhir tahun dibuat evaluasi menyeluruh yang dapat digunakan untuk memperbaiki program pelaksanaan KPRS dan untuk menilai kembali rencana jangka pendek / menengah, termasuk sasaran tahunan KPRS.

2.3.10 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

1) Tujuan pelaporan insiden keselamatan pasien

(1) Tujuan Umum :

Menurunnya insiden keselamatan pasien (Kejadian Tidak Diinginkan dan Kejadian Nyaris Cidera) dan meningkatnya mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

(2) Tujuan Khusus

1. Rumah Sakit (Internal)

   Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien di rumah sakit, diketahui penyebab insiden keselamatan pasien sampai pada akar masalah, didapatkan pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama dikemudian hari.

2. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit / KKP-RS (Eksternal)

   Diperolehnya data / peta nasional angka insiden keselamatan pasien (KTD dan KNC), diperolehnya pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi rumah sakit lain, ditetapkannya langkah-langkah praktis keselamatan pasien rumah sakit di Indonesia.

2) Masalah yang dihadapi

(1) Laporan dipersepsikan sebagai "pekerjaan perawat".

Yang dapat membuat laporan insiden adalah siapa saja atau semua staf rumah sakit yang pertama menemukan kejadian, atau siapa saja atau semua staf yang terlibat dalam kejadian.

(2) Laporan sering disembunyikan / *underreport*, karena takut disalahkan.

(3) Laporan sering terlambat.

(4) Bentuk laporan miskin data karena adanya budaya *blame culture*.

3) Cara membuat laporan insiden (*Insident report*)

Karyawan diberikan pelatihan mengenai system pelaporan insiden mulai dari maksud, tujuan dan manfaat laporan, alur laporan, bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan dan cara menganalisa laporan.

4) Alur pelaporan insidental internal (RS. Muhammadiyah Lamongan)

(1) Apabila terjadi insiden (KNC/KTD) di RS. Muhammadiyah Lamongan, wajib segera ditindak lanjuti (dicegah / ditangani) untuk mengurangi dampak / akibat yang tidak diharapkan.

(2) Setelah ditindaklanjuti, segera dibuat laporan insidennya pada akhir jam kerja / shift kepada atasan langsung. (paling lambat 2 x 24 jam), jangan menunda laporan

(3) Setelah selesai mengisi laporan, segera serahkan kepada atasan langsung pelapor. (Atasan langsung disepakati sesuai keputusan manajemen : supervisor / kepala bagian / instalansi / departemen / unit Ketua Komite Media / Ketua SMF)

(4) Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading resiko terhadap insiden yang dilaporkan.

(5) Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :

Grade Biru : investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.

Grade Hijau : investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu.

Grade Kuning : investigasi konprehensif / analisa akar masalah / RCA oleh tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.

Grade Merah : investigasi konprehensif / analisa akar masalah / RCA oleh tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.

(6) Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KPRS RS. Muhammadiyah Lamongan.

(7) Tim KPRS RS. Muhammadiyah Lamongan akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan regarding.

(8) Untuk grade kuning / merah, tim KPRS RS. Muhammadiyah Lamongan akan melakukan analisa akar masalah (RCA).

(9) Setelah melakukan RCA, tim KPRS akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta "pembelajaran" berupa : petunjuk / "safety alert" untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

(10) Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi.

(11) Rekomendasi untuk "perbaikan dan pembelajaran" diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait.

(12) Unit kerja membuat analisa dan trend kejadian disatukan kerjanya masing-masing.

(13) Monitoring dan evaluasi perbaiakan oleh tim KP di rumah sakit.

5) **Sasaran pelaporan insiden**

Semua insiden yang terjadi pada pasien di rumah sakit (RS. Muhammadiyah lamongan) baik pasien rawat inap maupun rawat jalan.

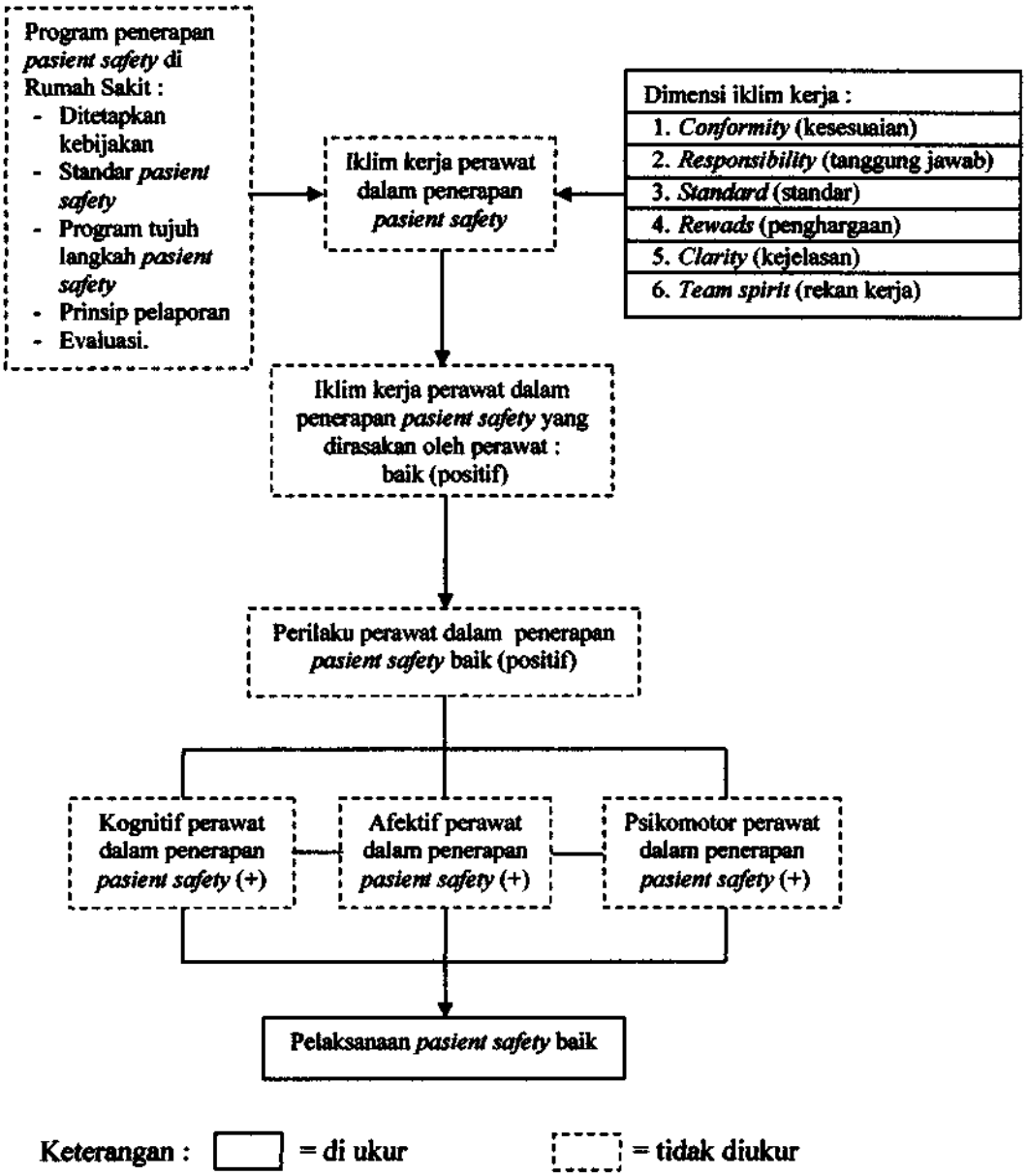
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan : ▭ = di ukur ⬚ = tidak diukur

Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual Analisis Iklim Kerja Perawat Dalam Pelaksanaan *Pasient Safety* dengan menggunakan pendekatan dimensi iklim kerja *Litwin & Meyer* (1971) Di Ruang Rawat Inap RS. Muhammadiyah Lamongan.

Gambar 3.1 menjelaskan, program penerapan *pasien safety* yang meliputi ketetapan kebijakan, standar, program tujuh langkah pasient safety, prinsip pelaporan, evaluasi ini merupakan salah satu program yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Adanya program penerapan *pasient safety* dapat mempengaruhi iklim kerja perawat dalam penerapan *pasient safety*. Iklim kerja perawat tidak dapat terbentuk tanpa adanya dimensi iklim kerja. Iklim kerja perawat dipengaruhi oleh dimensi iklim kerja. Dimensi iklim kerja dalam penelitian ini menggunakan dimensi iklim kerja menurut *Litwin & Meyer* (1971) yang terdiri atas enam dimensi adalah : tanggung jawab (*responsibility*), standar (*standard*), penghargaan (*reward*), rekan kerja (*team spirit*), kesesuaian (*conformity*), kejelasan (*clarity*). Program penerapan pasient safety dengan dimensi iklim kerja membentuk suatu iklim kerja di tempat kerja (rumah sakit) terhadap program penerapan *pasient safety*. Semua dimensi yang dirasakan atau diterima oleh sebagian perawat dan tim kesehatan lain yang berada di lingkungan kerjanya dan baik secara langsung maupun tidak langsung dapat mempengaruhi tingkah laku / perilakunya dalam melaksanakan pekerjaannya. Perilaku dalam penelitian ini adalah perilaku perawat. Tindakan (perilaku) perawat dalam penerapan pasient safety ini di terdiri dari 3 domain perilaku, yaitu kognitif (pengetahuan) dalam penerapan pasient safety, afektif (sikap) dalam penerapan pasient safety, dan psikomotor (tindakan) dalam penerapan *pasient safety*. Program penerapan *pasient safety*. merupakan program rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan perawatan, yaitu melakukan tindakan perawatan yang sesuai dengan standar perawatan. Berjalannya suatu program karena di implementasikan oleh orang – orang atau pekerja yang berada di organisasi /

tempat kerja tersebut. Dengan adanya peraturan, kebijakan, prosedur, kerjasama tim dalam pelaksanan *pasient safety* membuat para perawat memiliki perasaan / persepsi yang berbeda – beda terhadap semua peraturan yang harus mereka laksanakan dalam penerapan *pasient safety*. Perasaan yang dirasakan oleh sebagian perawat terhadap program penerapan *pasient safety* yang membentuk iklim kerja perawat dapat mempengaruhi tindakan perawat dalam melaksanakan asuhan perawatan.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian pada bab ini akan dijelaskan tentang : desain penelitian, dan kerangka kerja, populasi, teknik sampling dan sampling dan sampel, variabel penelitian, dan definisi operasional, instrumen penelitian, prosedur pengumpulan data, analisa data, masalah etik (*ethical clearence*).

4.1. Rancangan Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana atau rancangan yang dibuat oleh peneliti sebagai strategi kegiatan yang akan dilaksanakan (Arikunto, 2002). Penelitian ini berupa penelitian *deskriptif* bersifat *observasional analitis*, yaitu bertujuan untuk menerangkan atau menggambarkan iklim kerja perawat dalam pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan (Hidayat, 2007). Dengan melakukan pengkajian iklim kerja perawat dan melakukan observasi pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan.

4.2. Populasi, Sampel, Sampling

4.2.1.Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan, yang terdiri dari Pav. Marwah jumlah perawat 27 orang, Pav. Multazam jumlah perawat 14 orang, Pav. Zam-zam jumlah perawat 10, Pav. Shofa jumlah perawat 21 orang, Pav. Sakinah

jumlah perawat 9 orang, Pav. Roudhoh jumlah perawat 11 orang, IPI (ICU) jumlah perawat 14 orang. Total jumlah perawat yang bekerja di ruang rawat inap rumah sakit Muhammadiyah Lamongan adalah 106 orang perawat.

4.2.2.Sampel

Sampel penelitian ini 30 orang perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan.

Kriteria sampel dalam penelitian ini :

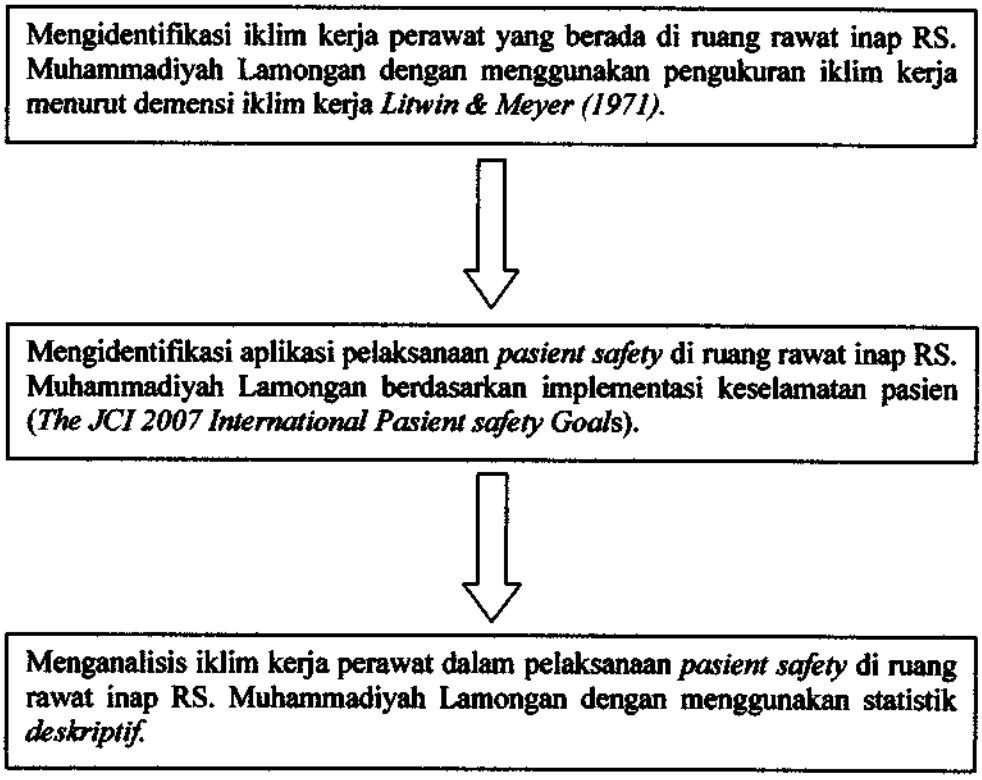
1) Kriteria inklusi (karakteristik umum subyek penelitian yang akan diteliti)
   (1) Perawat yang sudah pegawai tetap
   (2) Perawat yang masa kerja $\geq$ 2 tahun
   (3) Perawat yang bekerja diruang rawat inap
2) Kriteria eksklusi (karakteristik untuk mengeluarkan subyek yang tidak memenuhi kriteria inklusi)
   (1) Perawat yang masih pegawai honorer (kontrak)

4.2.3.Sampling

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu mengambil sampel (perawat) yang bekerja di ruang rawat inap RS. Mumammadiyah Lamongan dengan cara memilih sampel (perawat) diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki, sesuai dengan tujuan atau masalah dalam penelitian.

4.3. Kerangka Kerja

Kerangka kerja dalam penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 4.1 : Kerangka kerja penelitian Analisis Iklim Kerja Perawat Dalam Pelaksanaan *Pasient Safety* Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan.

4.4. Identifikasi Variabel

Variabel adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh penelitian untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2008)

4.5. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini sebagai berikut :

Tabel 4.1 : Definisi Operasional Analisis Iklim Kerja Perawat Dalam Pelaksanaan *Pasient Safety* Di Ruang Rawat Inap RS. Muhammadiyah Lamongan.

Variable	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala data	Skor
Sub variabel Iklim kerja	Iklim kerja adalah tingkatan yang menunjukkan kondisi psikososial pekerja yang dirasakan ditempat kerja.	Pengukuran menurut Litwin & Meyer dilakukan dengan menggunakan enam dimensi iklim kerja : 1. Kesesuaian 2. Tanggung jawab 3. Standar 4. Penghargaan 5. Kejelasan 6. Rekan kerja	Kuesioner dengan pengukuran skala Guttman	ordinal	Dengan skor Pertanyaan positif : Ya = 1 Tidak = 0 Pertanyaan negatif : Ya = 0 Tidak = 1
Sub variabel Pelaksanaan *pasient safety*	Pelaksanaan *patient safety* adalah tindakan perawat dalam mengurangi resiko pasien cedera.	Implementasi menurut *The JCI International patient safety goals*, meliputi : 1. Melakukan identifikasi pasien dengan benar. 2. Melakukan komunikasi yang efektif. 3. Meningkatkan keamanan atau kewaspadaan dalam pemberian obat-obatan yang beresiko tinggi. 4. Eliminasi salah sisi, salah pasien, salah prosedur operasi. 5. Menurunkan resiko infeksi nosokomial 6. Menurunkan resiko pasien cedera dari jatuh.	Observasi menggunakan item pada *The JCI International pasient safety goals*	ordinal	Dengan skor : 0=tidak dilakukan 1=dilakukan

4.6. Pengumpulan data dan analisa data

4.6.1 Instrumen

Instrumen pada penelitian ini menggunakan kuesioner wawancara terstruktur dan observasi :

1) Variabel iklim kerja

Instrumen yang digunakan untuk mengukur iklim kerja berupa kuesioner wawancara terstruktur, model skala Likert, dan pernyataan yang dirancang berdasarkan pengukuran iklim kerja menurut dimensi iklim kerja Litwin dan Meyer (1971) dengan memasukkan keenam dimensi iklim kerja, yaitu :

(1) *Conformity* (kesesuaian) pada no 1,2,3,4,5 untuk mengukur derajat perasaan terhadap adanya kebijakan, prosedur, peraturan yang harus ditaati.

(2) *Responsibility* (tanggung jawab) no 6,7,8,9,10 untuk mengukur derajat perasaan terhadap adanya kewajiban untuk mempertanggung jawabkan pekerjaan yang dilakukan.

(3) *Standard* (standar) no 11,12,13,14,15 untuk mengukur derajat perasaan terhadap adanya standar yang ditetapkan dalam pelaksanaan pekerjaan.

(4) *Reward* (penghargaan) no 16,17,18,19,20 untuk mengukur derajat perasaan terhadap penghargaan dan imbalan yang diberikan atas pekerjaan yang dilakukan.

(5) *Clarity* (kejelasan) no 21,22,23,24,25 untuk mengukur derajat perasaan terhadap semua aktifitas pekerjaan yang diorganisir dengan baik dan dirumuskan dengan jelas.

(6) *Team spirit* (rekan kerja) no 26,27,28,29,30 untuk mengukur derajat perasaan bahwa para staf memiliki hubungan saling percaya dan saling membantu dalam lingkungan kerja.

Jawaban variabel menunjukkan : "Ya" dan "Tidak". Pernyataan positif (*favorable*) pada no : 1, 7, 10, 11, 17, 18, 19, 24, 26, 27, 28, 29, 30 dan pernyataan negatif (*unfavorable*) pada no : 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 25. Jawaban Ya bernilai 1 dan Tidak bernilai 0.

2) Variabel pelaksanaan pasien safety

Instrumen yang digunakan untuk mengukur pelaksanaan *pasient safety* menggunakan observasi dan pernyataan yang dirancang menggunakan Implementasi menurut *The JCI International patient safety goals,*

meliputi :

(1) Melakukan identifikasi pasien dengan benar.

(2) Melakukan komunikasi yang efektif.

(3) Meningkatkan keamanan atau kewaspadaan dalam pemberian obat-obatan yang beresiko tinggi.

(4) Eliminasi salah sisi, salah pasien, salah prosedur operasi.

(5) Menurunkan resiko infeksi nosokomial

(6) Menurunkan resiko pasien cedera dari jatuh.

Jawaban variabel menunjukkan : jika tidak dilakukan nilai 0, dilakukan mendapat nilai 1, sesuai dengan pernyataan yang ada di lembar observasi.

4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 27 Januari s/d 03 Februari 2011.

4.6.3 Prosedur pengumpulan data

1) Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan cara memberikan kuesioner iklim kerja perawat oleh peneliti kepada perawat yang bekerja di ruang rawat inap dengan jumlah total 30 pernyataan yang terdiri dari : *Conformity* (kesesuaian) dengan 5 pernyataan, *Responsibility* (tanggung jawab) 5 pernyataan, *Standards* (standar) 5 pernyataan, *Reward* (penghargaan) 5 pernyataan, *Clarity* (kejelasan) 5 pernyataan, *Team spirit* (rekan kerja) 5 pernyataan.
2) Sebelum melakukan pengisian kuesioner, peneliti melakukan observasi langsung terlebih dahulu tanpa sepengetahuan perawat (responden) yang di observasi, agar hasil yang diinginkan tidak bias. Observasi dilakukan dinas pagi dan dinas sore.
3) Setelah pengisian selesai, setiap instrumen dilakukan langkah – langkah sebagai berikut :
   (1) Mengumpulkan semua data.
   (2) Kuesioner data demografi, kuesioner iklim kerja perawat yang telah dijawab semuanya kemudian dikumpulkan untuk dilakukan rekapitulasi jawaban pada kuesioner data demografi, kuesioner iklim kerja perawat, data observasi penerapan *pasient safety*.

4.6.4 Analisa Data

Proses pengolahan data pada penelitian ini dengan melakukan :

Jawaban pada kuesioner iklim kerja perawat direkapitulasi dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi dan di konfirmasi dalam bentuk prosentase dan narasi sebagai berikut :

1) Variabel iklim kerja perawat

Pengukuran pada variabel ini menggunakan rumus skala Likert (skor-T). Untuk memperoleh interprestasi dari suatu nilai, yaitu : menghitung skor setiap jawaban responden pada pernyataan kuesioner iklim kerja. Lalu di cari *mean* dan standar deviasi (s) dari semua jawaban responden secara keseluruhan. Kemudian dimasukkan kedalam rumus skor-T yaitu 50 + 10 dikalikan skor responden dikurangi *mean* skor responden keseluruhan dibagi standar deviasi (s). Lalu membandingkan skor yang di dapat responden dengan *mean* skor responden secara keseluruhan. Kriteria penilaian iklim kerja perawat : bila hasil lebih dari *mean* skor-T kelompok, maka iklim kerja tinggi,di atas rata-rata (baik/kondusif) dan bila hasil kurang dari *mean* skor-T kelompok maka iklim kerja rendah, di bawah rata-rata (tidak baik/tidak kondusif).

2) Variable pelaksanaan *pasient safety*

Pengukuran pada variabel ini menggunakan bentuk pengukuran pernyataan dalam kategori skala Guttman. Untuk memperoleh presentase dari suatu nilai yaitu : menghitung jumlah jawaban responden dibagi jumlah total seluruh jawaban dikalikan 100%. Dengan kategori penilaian : baik = 76% - 100%, cukup = 56% - 75%, kurang = ≤ 55%'

4.7. Etika Penelitian

Peneliti mengajukan permohonan ijin kepada kepala keperawatan, setelah mendapatkan ijin kemudian ke kepala ruangan masing – masing tempat penelitian. Penelitian akan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

1) *Informed Consent*

   Tujuannya adalah responden (perawat) mengetahui maksud dan tujuan peneliti serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika responden (perawat) bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan, jika tidak bersedia maka peneliti tidak akan memaksa.

2) *Anonimity*

   Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner dan hanya diberi kode tertentu.

3) *Confidentiality*

   Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti.

4.8. Keterbatasan penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini yang dihadapi oleh peneliti adalah :

1) Pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner dan lembar observasi. Dengan menggunakan kuesioner, lemah untuk diisi apa adanya, responden mungkin menjawab tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Serta waktu yang kurang tepat saat melakukan wawancara, sehingga kurang mewakili secara kualitatif dari populasi yang diharapkan.

2) Keterbatasan waktu yang dimiliki membuat peneliti tidak maksimal dalam mengobservasi responden.
3) Kuesioner yang digunakan untuk mengukur iklim kerja bukan merupakan kuesioner yang baku sehingga validitasnya masih belum maksimal.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian yang meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik perawat (jenis kelamin, pendidikan terakhir, usia, masa kerja, pelatihan/seminar *pasient safety*). Data khusus (iklim kerja perawat dan pelaksanaan pasient safety diruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan), serta pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan menempati diatas lahan seluas 22.396 M^2 di jalan Jaksa Agung Suprapto Lamongan dengan luas wilayah 1.812,8 KM^2. Dengan batas utara Laut Jawa, batas timur Kabupaten Gresik, batas selatan Kabupaten Mojokerto dan Jombang, batas barat Kabupaten Bojonegoro dan Tuban. Dengan pelayanan medis yang modern dalam lingkungan yang asri dan bernuansa islami.

Pelaksanaan *pasient safety* di RS. Muhammadiyah Lamongan mulai dicanangkan sejak tahun 2008, Dengan banyaknya insiden keselamatan pasien di RS. Muhammadiyah Lamongan yang pernah terjadi antara lain : salah diagnostic, tidak melakukan observasi / observasi tidak lengkap, pasien jatuh dari tempat tidur, phlebitis, dosis obat yang keliru, sampel darah tertukar, pengambilan sampel darah yang tidak benar, penempelan identitas radiologi yang salah, informed tidak dilakukan / tidak ada, dan lain sebagainya. Maka

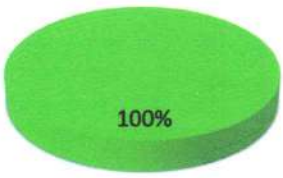
tahun 2009, dikeluarkannya keputusan direktur tentang pelaporan kejadian keselamatan pasien rumah sakit di RS. Muhammadiyah Lamongan. Dengan menimbang bahwa keselamatan pasien (*pasient safety*) merupakan salah satu dimensi mutu yang saat ini menjadi perhatian luas, baik dalam skala nasional maupun global. Insiden ini sudah dilakukan pelaporan dan analisa tetapi kurang terdokumentasi dan belum teranalisa dengan baik serta tidak ada evaluasi. Oleh karena itu RS. Muhammadiyah Lamongan telah membentuk tim keselamatan pasien rumah sakit agar insiden-insiden keselamatan pasien yang terjadi dapat dikelola dengan baik dan tentunya dapat mewujudkan RS. Muhammadiyah Lamongan yang mendukung dan melaksanakan keselamatan pasien rumah sakit.

Salah satu program yang menjadi dasar keselamatan pasien adalah menekan/menurunkan insiden keselamatan pasien beserta Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) / Kejadian Nyaris Cidera (KNC), upaya yang dilakukan dengan dengan menyusun sistem pelaporan insiden keselamatan pasien. Untuk mewujudkan keselamatan pasien, RS. Muhammadiyah juga melakukan pelatihan tentang pasient safety untuk petugas tenaga, baik dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya. Baik pelatihan yang di luar rumah sakit maupun di dalam rumah sakit, serta disosialisasikannya pelaksanaan pasient safety di seluruh instalasi di RS. Muhammadiyah Lamongan.

5.1.2 Data Umum Responden

Dari data umum responden di peroleh karakteristik perawat sebagai berikut :

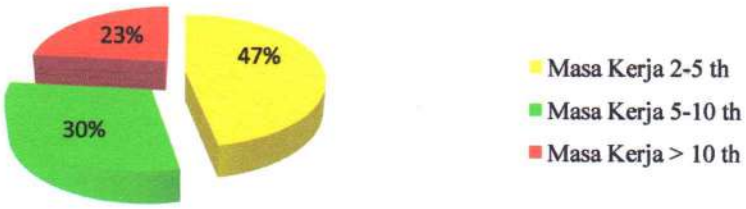
1) Berdasarkan pendidikan perawat



Gambar 5.1: Diagram pie distribusi perawat berdasarkan pendidikan perawat di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 27 Januari s/d 03 Februari 2011

Berdasarkan gambar di atas menunjukkan bahwa perawat yang bekerja diruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan memiliki tingkat pendidikan Diploma III Keperawatan sebesar 100%. Kegiatan pendidikan berfokus pada proses belajar mengajar dengan tujuan agar terjadi perubahan perilaku, yaitu dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak bisa menjadi bisa, dari tidak mengerti menjadi mengerti (Sunaryo, 2004)

2) Berdasarkan masa kerja perawat

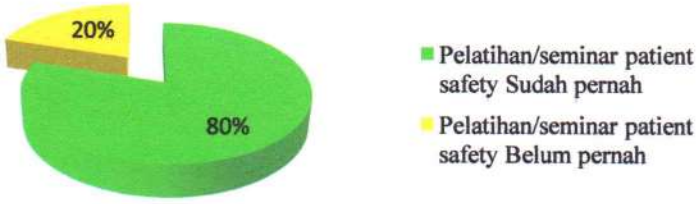


Gambar 5.2 : Diagram pie distribusi perawat berdasarkan masa kerja perawat di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 27 Januari s/d 03 Februari 2011.

Berdasarkan gambar di atas menunjukkan bahwa perawat sebagian besar memiliki masa kerja 2-5 tahun sebesar 47% (14 orang). Dengan masa kerja 5-

10 tahun sebesar 30% (9 orang), dan yang memiliki masa kerja > 10 tahun sebesar 23% (7orang). Masa kerja berkaitan dengan pemahaman akan kebijakan dan peraturan RS. Muhammadiyah Lamongan (Notoatmojdo, 2002).

3) Berdasarkan pelatihan/seminar *pasient safety*



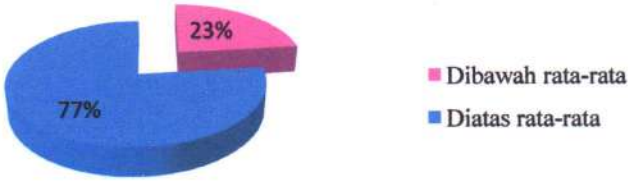
Gambar 5.3 : Diagram pie distribusi perawat berdasarkan pelatihan/seminar *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 27 Januari s/d 03 Februari 2011

Berdasarkan gambar di atas menunjukkan bahwa sebagian besar sudah pernah mengikuti pelatihan/seminar pasient safety, yaitu sebesar 80% (24 orang). Pelatihan / seminar *pasient safety* berkaitan dengan pengetahuan perawat dalam pelaksanaan *pasient safety*. Pengetahuan bisa didapatkan dengan cara modern yaitu melalui pelatihan / seminar (Notoatmojo, 2002).

3.1.3 Data Khusus

Data khusus akan menampilkan data tentang identifikasi iklim kerja perawat yang meliputi 6 dimensi yaitu *Conformity* (Kesesuaian), *Responsibility* (Tanggung Jawab), *Standard* (Standar), *Reward* (Penghargaan), *Clarity* (Kejelasan), *Team Spirit* (Rekan Kerja) dan identifikassi pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 27 Januari s/d 03 Februari 2011.

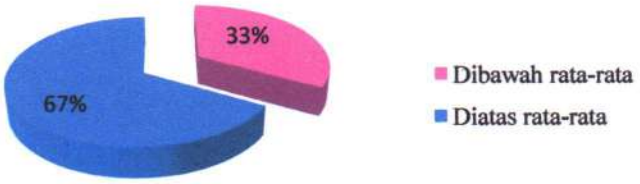
1) Identifikasi dimensi *Conformity* (Kesesuaian)



Gambar 5.4 : Diagram pie proporsi dimensi *Conformity* (Kesesuaian) di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 27 Januari s/d 03 Februari 2011.

Pada gambar di atas menunjukkan bahwa mayoritas perawat merasakan dimensi *conformity* (kesesuaian) baik, terhadap kebijakan, peraturan, dan prosedur tentang pasient safety yang ditetapkan RS. Muhammadiyah Lamongan ditunjukkan dari hasil data penelitian diatas rata-rata, sebanyak 77% (23 orang).

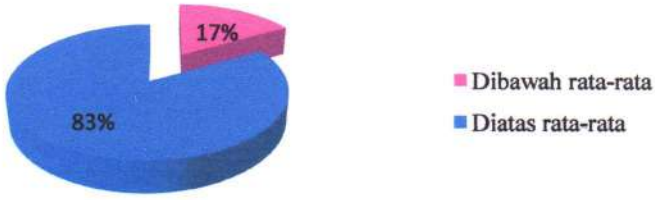
2) Identifikasi dimensi *Responsibility* (Tanggung jawab)



Gambar 5.5 : Diagram pie proporsi dimensi *Responsibility* (Tanggung Jawab) di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 27 Januari s/d 03 Februari 2011

Pada gambar di atas menunjukkan bahwa mayoritas perawat merasakan dimensi *responsibility* (tanggung jawab) baik, terhadap adanya kewajiban tanggung jawab pekerjaan yang dilakukan diruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamogan ditunjukkan dari hasil data penelitian di atas rata-rata sebanyak 67% (20 orang).

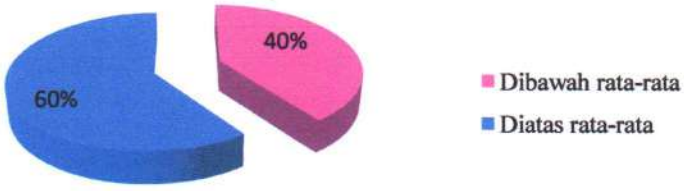
3) Identifikasi dimensi *Standard* (Standar)



Gambar 5.6 : Diagram pie proporsi dimensi *Standard* (Standar) di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 27 Januari s/d 03 Februari 2011

Pada gambar di atas menunjukkan bahwa mayoritas perawat merasakan dimensi *standard* (standar) baik, terhadap adanya standar yang ditetapkan untuk pelaksanaan pasient safety yang di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan ditunjukkan dari hasil data penelitian di atas rata-rata sebesar 83% (25 orang).

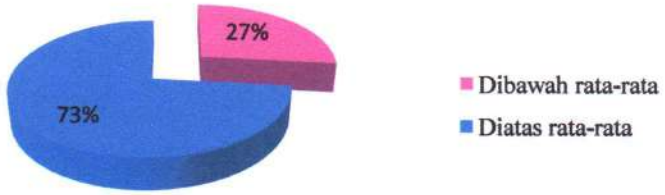
4) Identifikasi dimensi *Reward* (Penghargaan)



Gambar 5.7 : Diagram pie proporsi dimensi *Reward* (Penghargaan) di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 27 Januari s/d 03 Februari 2011

Pada gambar di atas menunjukkan mayoritas perawat merasakan dimensi *reward* (penghargaan) baik, terhadap penghargaan yang diberikan atas pekerjaan yang dilakukan di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan ditunjukkan dengan hasil data penelitian diatas rata-rata sebanyak 60% (18 orang)

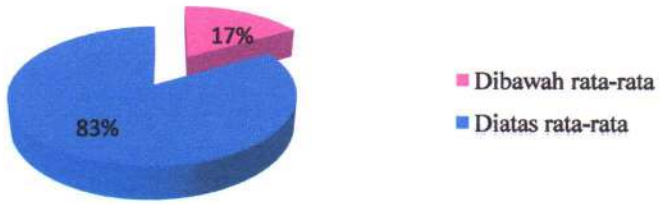
5) Identifikasi dimensi *Clarity* (Kejelasan)



Gambar 5.8 : Diagram pie proporsi dimensi *Clarity* (Kejelasan) di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 27 Januari s/d 03 Februari 2011

Pada gambar di atas menunjukkan mayoritas perawat merasakan dimensi *clarity* (kejelasan) baik, terhadap aktifitas pekerjaan yang di organisasikan dengan baik dan jelas (tidak kabur), di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan ditunjukkan dengan hasil data penelitian diatas rata-rata sebanyak 73% (22 orang).

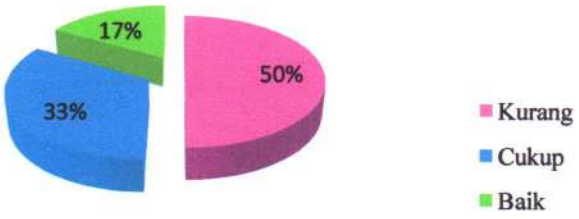
6) Identifikasi dimensi *Team Spirit* (Rekan Kerja)



Gambar 5.9 : Diagram pie proporsi dimensi *Team Spirit* (Rekan Kerja) di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 27 Januari s/d 03 Februari 2011

Pada gambar di atas menunjukkan mayoritas perawat merasakan dimensi *team spirit* (rekan kerja) baik, terhadap para staf / sejawat dan memiliki hubungan saling percaya di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan ditunjukkan dengan hasil data penelitian diatas rata-rata sebanyak 83% (25 orang).

7) Identifikasi Pelaksanaan *Pasient Safety*



Gambar 5.10 : Diagram pie proporsi Pelaksanaan *Pasient Safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 27 Januari s/d 03 Februari 2011

Pada gambar di atas menunjukkan bahwa sebagian dari jumlah perawat dalam pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan masih kurang, ditunjukkan dari hasil data penelitian dengan kategori kurang sebanyak 50% (15 orang) dari 30 responden.

3.2 Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada dimensi *Conformity* (kesesuaian) di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan baik, ditunjukkan dengan data hasil penelitian sebagian besar di atas rata-rata yaitu sebanyak 77% (23 orang). Dimensi kesesuaian (*Conformity*) adalah "derajat perasaan terhadap adanya kebijakan, peraturan, prosedur yang harus mereka (perawat) taati dalam melakukan pekerjaan dibanding dengan cara mereka (perawat) sendiri yang dianggap tepat". Sehingga dimensi ini sering membebani staf karena dirasakan tidak sesuai dengan kemampuan dan cara mereka (Litwin & Meyer, 1971 dalam Suyanto, 2009). Kebijakan, peraturan, prosedur khususnya tentang *pasient safety* yang ditetapkan oleh rumah sakit

tidak membebani staf (perawat) di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan. Mayoritas perawat di ruang rawat inap memahami peraturan dan prosedur *pasient safety* yang berlaku, kebijakan dan prosedur tentang *pasient safety* yang ditetapkan sudah sesuai dengan kondisi di ruangan, para perawat dapat mengambil inisiatif dalam melaksanakan asuhan perawatan yang mengutamakan *pasient safety*. Peraturan tentang pelaporan pada tujuan khusus pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien di rumah sakit, diketahui penyebab insiden keselamatan pasien sampai pada akar masalah, didapatkan pembelajaran dan perbaikan asuhan kepada pasien agar mencegah kejadian yang sama dikemudian hari (KKP-RS, 2008). Memahami pentingnya pelaporan insiden *pasient safety* kepada atasan, akan tetapi dalam pelaksanaannya membuat pelaporan ke atasan belum dapat berjalan maksimal, karena mereka (perawat) merasa takut disalahkan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada dimensi *Responsibility* (tanggung jawab) di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan baik, ditunjukkan dengan data hasil penelitian sebagian besar di atas rata-rata sebesar 67% (20 orang). Dimensi *responsibility* (tanggung jawab) adalah "derajat perasaan terhadap adanya kewajiban untuk mempertanggung jawabkan pekerjaan yang dilakukan". Merupakan beban bila mereka tidak dapat mengambil keputusan sendiri dalam memecahkan persoalan, tanpa harus bertanya pada atasan (Litwin & Meyer, 1971 dalam Suyanto, 2009). Tanggung jawab terhadap pelaksanaan *pasient safety* dalam asuhan perawatan di ruangan rawat inap, tidak menjadi beban bagi para perawat.

Perawat dapat mengambil keputusan sendiri dalam melaksanakan asuhan perawatan. Keputusan disini dalam pengertian keputusan yang sering diambil dalam asuhan perawatan. Dalam pelaksanaannya ada beberapa perawat yang dalam memberikan asuhan perawatan tidak sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan (resiko terjadi insiden keselamatan pasien). Salah satu faktor penyebab terjadinya keselamatan pasien adalah pengawasan / supervise tidak adekuat (Agency for Healtcare Research and Quality, 2003). Kurangnya pengawasan dan pelaporan di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan menyebabkan insiden / kejadian pasient safety dalam pelayanan tidak terdeteksi. Bila ada insiden *pasient safety* dalam pelayanan, kesulitan untuk mencari penyebabnya sehingga tidak dilakukan evaluasi / ditindak lanjuti. Sanksi yang diberikan jika diketahui penyebab masalah insiden berasal dari perawat atau tenaga kesehatan lainnya, akan mendapat surat peringatan, bila sampai 3x mendapat surat peringatan maka konsekuensinya adalah penangguhan kenaikan jabatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada dimensi *Standard* (standar) di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan baik, ditunjukkan dengan data hasil penelitian sebagian besar di atas rata-rata sebesar 83% (25 orang). Dimensi *standard* (standar) adalah "derajat perasaan terhadap adanya standar yang ditetapkan dalam pelaksanaan pekerjaan untuk mencapai tujuan yang berkualitas". Menyebabkan tuntutan pada mereka untuk melakukan pekerjaan dengan baik. Hal ini dapat membebani staf karena pekerjaan yang akan diselesaikan harus memenuhi standar (Litwin & Meyer, 1971 dalam Suyanto, 2009). Standar pelaksanaan operasional yang ditetapkan oleh rumah sakit

untuk memberikan pelayanan yang optimal bagi pasien bukan merupakan suatu beban / tuntutan pekerjaan bagi para perawat yang bekerja di ruang rawat inap. Akan tetapi dalam pelaksanaannya sebagian perawat dalam melaksanakan asuhan perawatan belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh rumah sakit, sehingga pelayanan perawatan yang diberikan belum optimal.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada dimensi *Reward* (penghargaan) di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan baik, ditunjukkan dengan data hasil penelitian sebagian besar di atas rata-rata sebesar 60% (18 orang). Dimensi *reward* (penghargaan) adalah "derajat perasaan terhadap penghargaan dan imbalan yang diberikan atas pekerjaan yang dilakukan yang lebih baik daripada diabaikan, dikritik atau dihukum jika pekerjaan tersebut dilaksanakan tidak benar"(Litwin & Meyer, 1971 dalam Suyanto, 2009). Penghargaan dapat diberikan dalam bentuk positif seperti jenjang karier, dan bentuk negatif diberikan berupa hukuman administrative (Tappen, 1995). Penghargaan yang diberikan oleh rumah sakit terhadap pelaksanaan pasient safety atau kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan pada umumnya berupa jenjang karier seperti kenaikan jabatan diberikan pada para perawat yang mempunyai kinerja baik. Penilaian kinerja perawat dilakukan oleh kepala ruangan tiap paviliun. Apabila dalam penilaian kinerja perawat buruk maka kenaikan jabatan ditangguhkan. Penghargaan dalam bentuk materiil juga diberikan berupa jasa perawatan, akan tetapi sebagian perawat masih merasakan tidak ada perbedaan penghargaan bagi yang berprestasi maupun yang tidak berprestasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada dimensi *Clarity* (kejelasan) di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan baik, ditunjukkan dengan data hasil penelitian sebagian besar di atas rata-rata sebesar 73% (22 orang). Dimensi *clarity* (kejelasan) adalah derajat perasaan terhadap semua aktifitas pekerjaan yang diorganisir dengan baik dan tujuan dirumuskan dengan jelas, tidak kabur atau kacau"(Litwin & Meyer, 1971 dalam Suyanto 2009). Kejelasan terhadap semua aktifitas / pekerjaan dalam pelaksanaan *pasient safety*, para perawat mengetahui secara jelas uraian tugasnya, dan sistem alur pelaporan *pasient safety*. Dalam pelaksanaan sistem pelaporan insiden *pasient safety* dilakukan oleh kepala ruangan akan tetapi sistem pelaporan ini tidak berjalan dengan baik dikarenakan kurangnya pengawasan dari atasan atau yang memiliki kewenangan dalam pengawasan pelaksanaan *pasient safety*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada dimensi *Team Spirit* (rekan kerja) di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan baik, ditunjukkan dengan data hasil penelitian sebagian besar di atas rata-rata sebesar 83% (25 orang). Dimensi *team Spirit* (rekan kerja) adalah "perasaan bahwa para staf memiliki hubungan saling percaya dan saling membantu diantara mereka dalam lingkungan pekerjaan"(Litwin & Meyer, 1971 dalam Suyanto 2009). Dari hasil data di atas bahwa para perawat merasakan, atau lebih menghendaki adanya suatu team spirit dari atasan, sesama perawat dan tenaga kesehatan lain dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan masih kurang ditunjukkan dari 30 orang responen atau perawat didapatkan hasil pelaksanaan *pasient*

safety di ruang rawat inap kategori kurang sebesar 50% (15 orang). Dengan adanya sosialisasi yang dilakukan oleh rumah sakit, diikutsertakan perawat dalam pelatihan/seminar tentang *pasient safety* baik diluar maupun didalam rumah sakit. Mayoritas perawat di RS. Muhammadiyah Lamongan sudah pernah mengikuti pelatihan/seminar tentang pasient safety sebesar 80% (24 orang) dari 30 jumlah responden. Akan tetapi pelaksanaannya di ruang rawat inap pelaksanaan *pasient safety* tidak maksimal / masih kurang. Karena kurangnya pengawasan, evaluasi, tindak lanjut terhadap pelaksanaan *pasient safety* dan ketidak patuhan perawat dalam melaksanakan tindakan perawatan yang sesuai dengan standar dan protap yang telah ditetapkan oleh RS. Muhammadiyah Lamongan. Pelaksanaan *pasient safety* yang tidak dilakukan perawat, sebagaian besar pada option pernyataan identifikasi pasien dengan benar, keamanan dalam cara pemberian obat, menggunakan singkatan dalam penulisan obat, dan mengurangi resiko infeksi nosokomial (cuci tangan 7 langkah).

Berdasarkan hasil pembahasan data yang didapatkan dalam penelitian dapat dikatakan bahwa iklim kerja perawat di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan sangat kondusif. Di tunjukkan dari hasil ke-6 dimensi iklim kerja yang semuanya di atas rata-rata. Dan dalam pelaksanaan *pasient safety* masih kurang dari apa yang diharapkan oleh rumah sakit, dikarenakan kurangnya pengawasan, evaluasi dan tindak lanjut dari atasan / komite *pasient safety* terhadap kejadian *pasient safety* di rumah sakit Muhammadiyah Lamongan.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan kesimpulan dan saran hasil penelitian "Analisa Iklim Kerja Perawat Dalam Pelaksanaan *Pasient Safety* Di Ruang Rawat Inap RS. Muhammadiyah Lamongan yang dilaksanakan pada tanggal 27 Januari sampai dengan 03 Februari 2011.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan, kesimpulan yang dapat diambil adalah :

1) Iklim kerja perawat di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan baik (kondusif), ditunjukkan dari hasil penelitian ke-6 dimensi iklim kerja yaitu *Conformity* (kesesuaian), *Responsibility* (tanggung jawab), *Standard* (standar), *Reward* (penghargaan), *Clarity* (kejelasan), *Team spirit* (rekan kerja) diatas rata-rata.
2) Pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan masih kurang, dengan jumlah sebesar 50% dari jumlah perawat yang diteliti, dikarenakan kurangnya evaluasi atau tindak lanjut terhadap kejadian *pasient safety*, ketidak patuhan perawat dalam melaksanakan tindakan perawatan yang sesuai standar dan protap yang ditetapkan, sistem pelaporan yang belum berjalan baik serta kurangnya pengawasan (supervisi).

6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan, saran yang diajukan peneliti adalah :

1) Untuk Kepala Bidang Keperawatan RS. Muhammadiyah Lamongan :
   (1) Terus mempertahankan iklim kerja yang baik (kondusif) di RS. Muhammadiyah Lamongan dalam pelaksanaan *pasient safety* dengan membuat dan menunjukkan peraturan yang jelas dan diinformasikan baik secara lisan maupun secara tulisan kepada perawat pelaksana, membantu melakukan pemecahan masalah yang berhubungan dengan pekerjaan dengan mengadakan pertemuan rutin tiap minggu untuk evaluasi hasil kerja khususnya pelaksanaan *pasient safety*.
   (2) Meningkatkan pelaksanaan supervisi (pengawasan) dengan penjadwalan secara berkala kepada tenaga keperawatan maupun tenaga kesehatan lain yang terlibat langsung penanganan pasien di RS. Muhammadiyah Lamongan dalam pelaksanaan *pasient safety*.
2) Untuk Kepala Komite *Pasient safety* RS. Muhammadiyah Lamongan :
   (1) Membentuk kelompok kecil sebagai contoh atau penggerak dalam pelaksanaan *pasient safety*.
   (2) Melakukan monitoring secara berkala dalam pelaksanaan *pasient safety* di rumah sakit Muhammadiyah Lamongan.
3) Untuk semua Kepala Ruangan Paviliun RS. Muhammadiyah Lamongan :
   Melakukan evaluasi terhadap tindakan perawatan setiap pergantian jaga, dan setiap ditemukan Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) dicari penyebabnya dan

didokumentasikan, kemudian membuat laporan sesuai dengan alur pelaporan yang ditetapkan rumah sakit.

4) Untuk tenaga keperawatan RS. Muhammadiyah Lamongan :

(1) Menerapkan ilmu pengetahuan yang sudah diperoleh, serta sikap yang positif dalam melaksanakan asuhan perawatan yang sesuai dengan standar operasional yang ditetapkan.

(2) melakukan diskusi yang baik antar perawat maupun dengan tenaga kesehatan lain dalam melaksanakan tugas dan sebagai bentuk pembelajaran bersama untuk kearah yang lebih baik.

5) Untuk penelitian selanjutnya:

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang iklim kerja perawat terhadap pelaksanaan *pasient safety* di ruang rawat inap dan mencari waktu yang tepat untuk melakukan wawancara terhadap responden agar hasil yang diperoleh dapat mewakili tujuan dari penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

Anugrahini, Arruum, Ernawati 2008, *Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan dalam Penangganan Pasient safety di Ruang Stroke di Rumah Sakit Umum P. makalah Tugas Akhir Manajemen Keperawatan* Tidak dipublikasikan. Jakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Arikunto, S 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta: Rineka Cipta

Alimul, H 2007, *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*, Jakarta: Salemba Medika

Azwar, S 2009, *Sikap Manusia Teori Dan Pengukurannya*, Edisi ke2 Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Brockopp, Hasting-Tolsma, T Marie 2000, *Dasar – Dasar Riset Keperawatan*, Edisi 2. Jakarta: EGC

Brown, Montague 1997, *Manajemen Perawatan Kesehatan strategi, struktur dan proses*, Jakarta: EGC

DepKes RI 2008, *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*, Edisi 2. Jakarta

Hafizurrachman, H.M 2009, *Manajemen Pendidikan dan Kesehatan*, Jakarta: PT Sagung seto

Husodo 2007, *Implementasi Pasient safety di Rumah Sakit*, Mimbar no 2 Vol. 11. Hal 5 – 9

Huston & Marquis 2003, *Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan Teori Dan Aplikasi*, Edisi 4. Jakarta: EGC

Ivancevich M, Matteson T, Michael 2006, *Perilaku dan Manajemen Organisasi*. Jilid 1 edisi ke7, Jakarta: PT. Erlangga

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit 2008, *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*, Edisi 2. Jakarta

Notoatmodjo, S 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: PT. Rineka Cipta

Notoatmodjo, S 2009. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta

Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D.* Bandung : CV. Alfabeta

Sunaryo. 2004. *Psikologi Untuk Keperawatan.* Jakarta : EGC

Suyanto. 2009. *Mengenal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di Rumah Sakit.* Yogjakarta: Mitra Cendekia Offset

Swansburg, R 2001, *Pengembangan Staf Keperawatan, suatu komponen pengembangan SDM,* Jakarta: EGC

Wirawan. 2009. *Budaya Dan Iklim Organisasi Teori Aplikasi Dan Penelitian.* Jakarta: Salemba Medika

Yahya. 2010. *Pelatihan Manajemen Keperawatan Di Rumah Sakit Tentang Peran Leadership Manajer Keperawatan Dalam Program Pasient Safety Di Rumah Sakit.* Jakarta. Wisma PKBI

LAMPIRAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: http://www.ners.unair.ac.id ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 29 November 2010

Nomor : 2423 /H3.1.12/PPd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Direktur RS. Muhammadiyah Lamongan
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama	: Fitria Yuliana
NIM	: 130915175
Judul Penelitian	: Penerapan Teori Komunikasi Model Schraumn Dalam Operan Pergantian Jaga Terhadap Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Lamongan
Tempat	: RS. Muhammadiyah Lamongan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN

Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP : 196611212000032001

Tembusan:
1. Kepala Keperawatan
2. Kepala Ruangan IRNA
3. Ketua Tim Keselamatan Pasien

RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH LAMONGAN

Jl. Jaksa Agung Suprapto No 76. Lamongan 62215
☎ (0322) 322834 (Hunting) 08885035624, 08123082211, Fax.(0322)314048
E-mail : rsm_lamongan@yahoo.co.id / rsmlamongan@gmail.com

Ijin Operasional : HK.07.06 / III / 1280 | Akreditasi Nasional : 16 Pelayanan

Nomor 1372/III.5.AU/F/2010 — 07 Muharram 1432 H.
Prihal *Izin pengambilan Data a.n Fitria Yuliana* — 13 Desember 2010 M

Kepada Yth
Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya
Kampus C Mulyorejo Surabaya
SURABAYA

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Menindaklanjuti surat Saudara :

Nomor : 2423/H3.1.12/PPd/2010
Perihal : permohonan pengambilan data untuk penelitian
Tertanggal : 29-Nov-10

Bersama ini diberitahukan bahwa kami tidak berkeberatan serta mengizinkan kepada nama dibawah ini :

Nama : Fitria Yuliana
NIM : 130915175
Judul : ***Penerapan teori komunikasi model schraumn dalam operan pergantian jaga terhadap keselamatan pasien di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Lamongan***
Mulai Penelitian : 18-Dec-10

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak mempublikasikan data hasil penelitian ke media massa dalam bentuk apapun tanp seijin Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan
2. Merahasiakan hal – hal yang patut dirahasiakan dari hasil penelitian.
3. Menjaga Nama Baik Institusi Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan
4. Membayar biaya sebagai berikut :
   a. Biaya Administrasi Rp. 31,000.00
   b. Biaya Penelitian Rp 100,000.00
   c. Biaya Pengambilan Data Rp. 75,000.00
   d. Biaya Pembimbing Rp. 20,000.00
5. **Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan berhak memiliki hasil akhir penelitian tersebut.**

Demikian surat pemberitahuan ini, atas perhatian dan kerja samanya disampaikan terima ka:

Nashrun Minallah Wafathun Qorib
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Direktur Utama

dr. [illegible]wardi, Sp.B., M.Kes.
NIK [illegible]4397

Tembusan

1 Kepala Instalasi / Unit Rawat Inap
2 Kepala bidang Keperawatan
3 Kabag Keuangan
5 Kasubag Diklat

Lampiran 3

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Judul penelitian : Analisa Iklim Kerja Perawat Dalam Pelaksanaan *Pasient Safety* Di Ruang Rawat Inap Marwah RS. Muhammadiyah Lamongan

Peneliti : Fitria Yuliana (Nim : 130915175)

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Tujuan penelitian : Menganalisa Iklim Kerja Perawat Di Ruang Rawat Inap RS. Muhammadiyah Lamongan dalam pelaksanaan pasient safety.

Manfaat penelitian :

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada perawat tentang pentingnya pelaksanaan pasient safety untuk mewujudkan pelayanan perawatan yang optimal.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk meningkatkan mutu SDM di RS. Muhammadiyah Lamongan.

Waktu penelitian : 27 Januari s/d 03 Februari 2011

Saya mohon partisipasi Bapak / Ibu untuk menjadi responden. Saya akan menjamin kerahasiaan identitas Bapak / Ibu, bila berkenan menjadi responden. Atas partisipasinya saya mengucapkan terima kasih.

Surabaya, 27 Januari 2011

Hormat saya,

Fitria Yuliana.

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI KUESIONER

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti pada tanggal ..... Januari 2011, saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi responden penelitian :

Judul penelitian : Analisis Iklim Kerja Perawat Dalam Pelaksanaan *Pasient Safety* Di Ruang Rawat Inap RS. Muhammadiyah Lamongan.

Peneliti : Fitria Yuliana (Nim : 130915175)

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Lamongan, Januari 2011

Responden

_____

Lampiran 5

KUESIONER DATA RESPONDEN

Petunjuk :

Isilah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan jawaban anda.

Nama Responden : .....

No Responden : .....

Tanggal pengisian : ....

Kode

Pendidikan : ..... ☐

Masa kerja : ..... ☐

Pelatihan / seminar pasient safety : ..... ☐

Lampiran 6

KUESIONER WAWANCARA IKLIM KERJA YANG DIRASAKAN

Petunjuk :

Bacalah pertanyaan dengan baik sebelum menjawab. Berilah tanda silang (√) pada kotak jawaban yang sesuai dengan pendapat saudara tentang iklim / suasana kerja yang dirasakan saat ini. Pilih jawaban yang paling sesuai sebab tidak ada jawaban yang di anggap salah. Adapun pilihan jawaban tersebut adalah "Ya" dan "Tidak" serta berikan alasannya bila ada.

No	Pernyataan	Jawaban		Alasan	Kode
		Ya	Tidak		
A.	*Conformity*				
1.	Apakah diruangan ini memahami peraturan dan prosedur *pasient safety* yang berlaku lebih diutamakan, dibanding dengan memahami proses perawatan yang baik?				
2.	Apakah anda tidak pernah diberi kesempatan untuk mengambil inisiatif dalam melaksanakan asuhan perawatan yang mengutamakan *pasient safety* diruang rawat ini?				
3.	Apakah diruangan ini, menggunakan kebiasaan yang berlaku lebih diutamakan dibanding dengan menggunakan prosedur *pasient safety* yang benar?				
4.	Apakah menurut anda pelaporan insiden *pasient safety* kepada atasan dirasa kurang efektif karena membuka kesalahan perawat?				
5.	Apakah kebijakan dan prosedur tentang *pasient safety* yang ditetapkan tidak sesuai dengan kondisi di ruangan ini?				
B.	*Responsibility*				
6.	Apakah diruangan ini, anda tidak dapat mengambil keputusan sendiri dalam melaksanakan *pasient safety* meskipun anda mempunyai cara yang benar?				

7.	Apakah dalam melakukan asuhan perawatan, anda menggunakan semua kemampuan yang anda miliki?				
8.	Apakah diruangan ini, bila diketahui melakukan kesalahan dalam asuhan perawatan dianggap sebagai hal yang wajar?				
9.	Apakah diruangan ini, pelaksanaan *pasient safety* berjalan baik karena ada pengawasan?				
10.	Apakah ada sanksi bila anda melakukan kesalahan dalam melaksanakan asuhan perawatan? Berupa apa?				
C.	*Standard*				
11.	Apakah asuhan keperawatan yang anda berikan sudah menggunakan standar asuhan perawatan (SOP) yang telah ditetapkan?				
12.	Apakah di ruang rawat ini, tidak ada peraturan untuk mendokumentasikan asuhan perawatan yang telah dilakukan?				
13.	Apakah diruangan ini pelayanan perawatan yang baik menurut saya, lebih diutamakan dibanding dengan asuhan perawat yang sesuai standar operasional prosedur yang ada?				
14.	Apakah diruang rawat ini terdapat banyak prosedur perawatan yang pelaksanaannya tidak mengacu pada tindakan *pasient safety*?				
15.	Apakah standar pelaksanaan pasient safety yang telah ditetapkan membebani pekerjaaan anda?				
D.	*Reward*				
16.	Apakah diruangan ini, penilaian prestasi kerja lebih didasarkan pada latar belakang pendidikan daripada kemampuan melaksanakan asuhan keperawatan yang sesuai SOP?				
17.	Apakah diruangan ini, ucapan selamat dari atasan dan teman kerja merupakan suatu penghargaan buat anda?				
18.	Apakah diruangan ini, kenaikan jabatan atau promosi kerja sebagai penghargaan yang diberikan karena telah menjadi penggerak (champion) dalam pelaksanaan *pasient safety*?				

19.	Penghargaan yang diberikan karena telah memberikan asuhan perawatan yang sesuai dengan standar pelaksanaan *pasient safety* berupa tambahan imbalan jasa medik/jasa perawatan?				
20.	Apakah diruangan ini, tidak ada perbedaan penghargaan bagi yang berprestasi maupun yang tidak berprestasi dalam pelaksanaan *pasient safety*?				
E.	*Clarity*				
21.	Apakah perbaikan hasil asuhan perawatan yang telah dilakukan tidak diperhatikan diruang ini?				
22.	Apakah anda sering kesulitan melaksanakan perawatan yang sesuai standar *pasient safety* karena pencatatan perawatan tidak didokumentasikan dengan baik diruangan ini?				
23.	Apakah uraian tugas anda dalam pelaksanaan *pasient safety* diruangan ini kurang jelas?				
24.	Apakah anda sudah mengerti dengan ketetapan prosedur pelaksanaan *pasient safety* di rumah sakit ini?				
25.	Apakah diruang rawat ini, sistem pelaporan insiden *pasient safety* hanya dilakukan oleh kepala ruangan?				
F.	*Team spirit*				
26.	Apakah diruangan ini, teman dan atasan anda selalu menghargai hasil pekerjaan anda?				
27.	Apakah saat anda kesulitan melaksanakan asuhan perawatan, teman dan atasan anda bersedia membantu?				
28.	Apakah dukungan dari teman dan atasan mempengaruhi kepuasan kerja anda dalam pelaksanaan *pasient safety*?				
29.	Apakah diruangan ini, hubungan antar perawat saling mendukung dalam pelaksanaan *pasient safety*?				
30.	Apakah diruangan ini, hubungan antara tim kesehatan lain terjalin dengan baik?				

Lampiran 7

LEMBAR OBSERVASI

Judul penelitian : Analisa Iklim Kerja Perawat Dalam Pelaksanaan Pasient Safety Di Ruang Rawat Inap Marwah RS. Muhammadiyah Lamongan.

Tanggal penelitian :

No. kode responden :

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda check (√) pada kolom skor yang sesuai dengan pernyataan yang telah disediakan.

No.	Pernyataan	Pelaksanaan		catatan
		Tidak dilaksanakan	Dilaksanakan	
1.	Identifikasi pasien dengan benar : Pemberian identitas pasien dapat berupa : a. gelang nama pasien b. ID pada bed pasien yang meliputi nama, no. RM, umur, dan sebagainya (minimal 2 identitas pasien)			
2.	Tingkatkan komunikasi yang efektif : Dengan memperhatikan 4 aspek yaitu a. *read back.* b. *repeat back.* c. *check back.* d. *teach back.*			
3.	Tingkatkan keamanan dalam pemberian obat yang beresiko tinggi : a. Hindari dalam penggunaan singkatan dan selalu perhatikan 5 prinsip benar yaitu : b. benar obat. c. benar dosis. d. benar cara. e. benar waktu. f. benar orang.			

4.	Eliminasi salah sisi, salah pasien, salah prosedur operasi : Ada 5 tahap yang harus diperhatikan untuk menghindari kesalahan yaitu *a. consent form* *b. mark site* *c. patient identification* *d. time out* e. *imaging data*			
5.	Reduksi resiko infeksi nosokomial : Menggalakkan program cuci tangan 7 langkah dan menyediakan alkohol, hand rub antiseptik / gel (alkohol gliserin)			
6.	Reduksi resiko pasien cidera dari jatuh : a. Untuk mencegah resiko jatuh, pastikan pengaman atau pagar tempat tidur dalam keadaan terkunci. b. Bila pasien tidak sadar dan gelisah serta terpasang alat-alat berbahaya ditubuhnya boleh dilakukan restrain dengan tetap memperhatikan protap yang ada.			

UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031 - 5913752, 5913754, 5913756 Fax. 031 - 5913257
Website : http://www.ners.unair.ac.id ; E-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 21 Januari 2011

Nomor : 031 /H3.1.12/PPd/2011
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
Direktur RS. Muhammadiyah Lamongan
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama	: Fitria Yuliana
NIM	: 130915175
Judul Penelitian	: Analisis Iklim Kerja Perawat Dalam Pelaksanaan Patient Safety di Ruang Rawat Inap RS. Muhammadiyah Lamongan
Tempat	: RS. Muhammadiyah Lamongan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN

Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP : 196611212000032001

Tembusan:
1. Kepala Keperawatan RS. Muhammadiyah Lamongan
2. Kepala Komite Patient Safety RS. Muhammadiyah Lamongan
3. Kepala Ruang Rawat Inap RS. Muhammadiyah Lamongan

RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH LAMONGAN

Jl. Jaksa Agung Suprapto No. 76, Lamongan 62215
☎ (0322) 322834 (Hunting) 08885035624, 08123082211, Fax.(0322)314048
E-mail : rsm_lamongan@yahoo.co.id / rsmlamongan@gmail.com

Ijin Operasional : HK.07.06 / III / 1280 | Akreditasi Nasional : 16 Pelayanan

Nomor 0099/III.5.AU/F/2011 — 21 Shafar 1432 H.
Prihal *Izin Penelitian a.n. Fitria Yuliana* — 26 Januari 2011 M

Kepada Yth
Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya
Kampus C Mulyorejo Surabaya
SURABAYA

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Menindaklanjuti surat Saudara :

Nomor : 031/H3.1.12/PPd/2011
Perihal : Permohonan bantuan fasilias penelitian mahasiswa a.n. Fitria Yuliana
Tertanggal : 21-Jan-11

Bersama ini diberitahukan bahwa kami tidak berkeberatan serta mengizinkan kepada nama dibawah ini :

Nama : FITRIA YULIANA
NIM : 130915175
Judul : ***Analisa iklim Kerja perawat dalam pelaksanaan patient safety di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Lamongan***
Mulai Penelitian : 29-Jan-11

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak mempublikasikan data hasil penelitian ke media massa dalam bentuk apapun tanp seijin Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan
2. Merahasiakan hal – hal yang patut dirahasiakan dari hasil penelitian.
3. Menjaga Nama Baik Institusi Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan.
4. Membayar biaya sebagai berikut :
   a. Biaya Administrasi Rp. 31,000.00
   b. Biaya Penelitian Rp 100,000.00
   c. Biaya Pengambilan Data Rp. 75,000.00
   d. Biaya Pembimbing Rp. 20,000.00
5. **Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan berhak memiliki hasil akhir penelitian tersebut.**

Demikian surat pemberitahuan ini, atas perhatian dan kerja samanya disampaikan terima ka

Nashrun Minallah Wafathun Qoriib
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Direktur Utama

Muwardi, Sp.B., M.Kes.
1104397

Tembusan

1 Kepala BagianKeuangan
2 Kepala Bagian Akuntansi
3 Kepala Bidang Keperawatan
4 Kepala Inst. Rawat Inap

RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH LAMONGAN
Jl. Jaksa Agung Suprapto No. 76, Lamongan 62215
☎ (0322) 322834 (Hunting) 08885035624, 08123082211, Fax.(0322)314048
E-mail : rsm_lamongan@yahoo.co.id / rsmlamongan@gmail.com
Ijin Operasional : HK.07.06 / III / 1280 | Akreditasi Nasional : 16 Pelayanan

SURAT KETERANGAN

Nomor : 0147/KET/III.5.AU/F/2011

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Yang bertanda tangan dibawah ini Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan, menerangkan dengan sesungguhnya bahwa ;

Nama	:	FITRIA YULIANA
NIM	:	130915175
Asal Sekolah	:	Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya

Yang bersangkutan telah melakukan **Penelitian di RS Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 29 Januari – 10 Februari 2011**, judul penelitian **"Analisa iklim kerja perawat dalam pelaksanaan patient safety di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Lamongan"**

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Nasrun minallah wafathun qoriib.
Wassalamu'alaikum wr. wb.

Lamongan, 10 R. Awal 1432 H.
13 Februari 2011 M

Direktur Utama,

RUMAH SAKIT

dr. H. Muwardi, Sp.B., M.Kes.
NRP. 1104397

Pertemuan Penjelasan Prosedur Penelitian di Ruang Rawat Inap

RS. Muhammadiyah Lamongan.

Dilaksanakan pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 27 Januari 2011

Jam : 09.00 WIB s/d selesai.

Tempat : Ruang Komite Medis

Acara : Penjelasan oleh peneliti (Fitria Yuliana) tentang prosedur pelaksanaan pengambilan data yang akan dilakukan di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Lamongan.

Peserta : 1. Ka. Pav. Marwah (Isna N.)

2. Ka. Pav. Shofa (Eni Riyati)

3. Ka. IPI (ICU) (Sr. Marwah)

4. Ka. Pav. Zam – Zam (Alfiati)

5. Ka. Pav. Sakinah (–)

6. Ka. Pav. Roudhoh ( )

7. Ka. Pav. Multazam (Nurma Y)

8. Ka. Komite *Pasient Safety* ( )

Lamongan, 27 Januari 2011

Mengetahui,
Kepala Keperawatan

( )

Daftar Hadir Observasi Penelitian Pelaksanaan *Pasient Safety* di Ruang

Rawat Inap RS. Muhammadiyah Lamongan

No.	Tanggal	Ruangan	Tanda Tangan Kepala Ruangan
1.	28 Januari 2011	Marwah	Isna N.
2.	29 Januari 2011	Shofa	Eni Riyah
3.	30 Januari 2011	IPI (ICU)	St. Nirwah
4.	31 Januari 2011	Zam - Zam	ALFIATI
5.	01 Pebruari 2011	Roudhoh	
6.	02 Pebruari 2011	Multazam	ZIKMA .Y
7.	03 Pebruari 2011	Sakinah	–

Lamongan, 03 Pebruari 2011

Mengetahui,
Kepala Keperawatan

( )

Lampiran 11

TABULASI DATA UMUM RESPONDEN

No. responden	Data umum responden		
	Pendidikan	Masa kerja	Pelatihan/Seminar *pasient safety*
1.	1	2	1
2.	1	2	1
3.	1	1	2
4.	1	3	1
5.	1	2	1
6.	1	1	1
7.	1	1	2
8.	1	2	1
9.	1	1	1
10.	1	2	1
11.	1	3	1
12.	1	3	1
13.	1	1	1
14.	1	1	2
15.	1	1	1
16.	1	3	1
17.	1	3	1
18.	1	2	1
19.	1	3	1
20.	1	1	2
21.	1	1	1
22.	1	1	2
23.	1	2	1
24.	1	3	1
25.	1	1	1
26.	1	1	1
27.	1	1	2
28.	1	1	1
29.	1	2	1
30.	1	2	1

Keterangan :

1. Data umum responden

1) Pendidikan

(1) D III Keperawatan

(2) S1 Keperawatan

(3) S2 Keperawatan

2) Masa kerja

(1) 2 – 5 tahun

(2) 5 – 10 tahun

(3) > 10 tahun

3) Pelatihan/seminar *pasient safety*

(1) Sudah pernah

(2) Belum pernah

Lampiran 12

Rekapitulasi Data Mentah Iklim Kerja dan Pelaksanaan Pasient Safety

1. Data mentah Iklim Kerja Perawat

(1) Kesesuaian (*Conformity*)

No. responden	No. item					Skor
	1	2	3	4	5	
1.	0	1	1	1	1	4
2.	1	1	1	1	1	5
3.	1	1	1	1	1	5
4.	1	1	1	1	1	5
5.	1	1	1	1	1	5
6.	0	1	1	1	0	3
7.	1	1	1	1	1	5
8.	1	1	1	1	1	5
9.	1	1	1	1	1	5
10.	1	1	1	1	1	5
11.	0	1	1	1	1	4
12.	1	1	0	0	1	3
13.	0	1	0	1	1	3
14.	1	1	1	1	0	4
15.	0	1	1	1	1	4
16.	1	1	1	1	1	5
17.	1	1	1	1	1	5
18.	1	1	1	1	1	5
19.	1	1	1	1	1	5
20.	1	1	0	1	1	4
21.	1	1	1	1	1	5
22.	0	1	1	0	0	2
23.	0	1	1	1	1	4
24.	0	1	1	1	1	4
25.	1	1	1	0	1	4
26.	1	1	0	1	1	4
27.	0	1	1	1	1	4
28.	1	1	1	1	1	5
29.	1	1	1	0	1	4
30.	1	1	1	1	1	5
jumlah	21	30	26	26	27	130

(2) Tanggung Jawab (*Responsibility*)

No. responden	No. item					Skor
	6	7	8	9	10	
1.	1	1	1	0	1	4
2.	1	1	1	1	0	4
3.	1	1	1	0	1	4
4.	1	1	1	0	0	3
5.	0	1	1	0	1	3
6.	1	1	1	0	1	4
7.	1	1	1	0	1	4
8.	0	1	1	0	1	3
9.	1	1	1	0	1	4
10.	1	1	1	0	1	4
11.	0	1	1	0	1	3
12.	1	1	1	1	0	4
13.	1	1	1	1	1	5
14.	0	1	1	0	1	3
15.	1	1	1	0	1	4
16.	1	1	1	1	1	5
17.	1	1	1	0	1	4
18.	1	1	1	1	1	5
19.	1	1	1	0	1	4
20.	0	1	1	1	1	4
21.	0	1	1	0	1	3
22.	1	1	1	0	1	4
23.	1	1	1	1	1	5
24.	1	1	1	1	1	5
25.	0	1	1	0	1	3
26.	1	0	0	0	1	2
27.	1	1	1	1	1	5
28.	0	1	0	0	1	2
29.	1	1	1	1	1	5
30.	1	1	1	0	1	5
Jumlah	22	29	28	10	27	116

(3) Standar (*Standard*)

No. responden	No. item					Skor
	11	12	13	14	15	
1.	1	1	1	1	1	5
2.	1	1	0	1	1	5
3.	1	1	1	1	1	5
4.	1	1	1	1	1	5
5.	1	1	0	1	1	4
6.	1	1	0	1	1	4
7.	1	1	0	1	1	4
8.	1	1	0	1	1	4
9.	1	1	0	1	1	4
10.	1	0	0	1	1	3
11.	1	1	0	1	1	4
12.	1	1	0	1	1	4
13.	1	1	0	1	1	4
14.	1	1	1	1	1	5
15.	1	1	0	1	1	4
16.	1	1	1	1	1	5
17.	1	1	1	1	1	5
18.	1	1	1	1	1	5
19.	1	1	1	1	1	5
20.	1	1	1	1	1	5
21.	1	1	1	1	1	5
22.	1	1	1	0	1	4
23.	1	1	0	1	1	4
24.	1	1	0	1	1	4
25.	1	1	0	1	1	4
26.	1	1	0	1	1	4
27.	1	1	1	1	1	5
28.	1	1	0	1	1	4
29.	1	1	1	1	1	5
30.	1	1	1	1	1	5
Jumlah	30	29	14	29	30	132

(4) Penghargaan (*Reward*)

No. responden	No. item					Skor
	16	17	18	19	20	
1.	1	0	0	1	1	3
2.	1	1	0	0	1	2
3.	1	1	0	1	0	3
4.	1	1	0	1	1	4
5.	1	0	0	1	0	2
6.	1	1	1	0	0	3
7.	1	1	1	1	0	4
8.	1	1	1	1	0	4
9.	1	1	1	1	0	4
10.	1	1	0	1	0	3
11.	1	0	1	1	0	3
12.	0	1	1	1	0	3
13.	0	1	1	1	0	3
14.	0	1	0	0	1	2
15.	1	1	1	1	1	5
16.	1	1	0	1	0	3
17.	1	1	1	0	1	4
18.	1	1	1	1	0	4
19.	1	1	1	1	0	4
20.	1	1	1	1	1	5
21.	1	0	0	1	1	3
22.	1	1	0	0	0	2
23.	0	1	0	1	1	3
24.	1	0	0	1	0	2
25.	0	1	1	1	1	4
26.	1	1	0	1	0	3
27.	1	0	1	1	0	3
28.	1	0	1	1	1	4
29.	0	1	1	1	1	4
30.	0	0	1	1	1	4
Jumlah	23	22	17	25	13	100

(5) Kejelasan (*Clarity*)

No. responden	No. item					Skor
	21	22	23	24	25	
1.	1	1	1	1	1	5
2.	1	1	1	1	1	5
3.	1	1	1	1	1	5
4.	1	0	0	1	0	2
5.	0	1	1	1	1	4
6.	1	1	1	1	1	5
7.	1	1	1	1	1	5
8.	1	1	1	1	1	5
9.	1	1	1	1	1	5
10.	1	0	1	1	0	3
11.	1	0	1	1	0	3
12.	1	0	0	1	0	2
13.	1	1	1	1	1	5
14.	1	0	0	0	0	1
15.	1	1	1	1	0	4
16.	1	1	1	1	1	5
17.	1	1	1	1	1	5
18.	1	1	1	1	0	4
19.	0	1	1	1	1	4
20.	1	1	0	1	0	3
21.	1	1	1	1	1	5
22.	1	0	0	1	0	2
23.	1	1	1	1	1	5
24.	0	1	1	1	1	4
25.	1	1	1	1	1	5
26.	1	1	1	1	1	5
27.	1	1	1	1	1	5
28.	0	1	0	1	1	3
29.	1	1	1	1	1	5
30.	1	1	1	1	1	5
Jumlah	26	24	24	29	21	124

(6) Rekan kerja (*Team spirit*)

No. responden	No. item					Skor
	26	27	28	29	30	
1.	0	1	1	1	1	4
2.	1	1	1	1	1	5
3.	1	1	0	1	1	4
4.	0	1	1	1	1	4
5.	1	1	1	1	1	5
6.	1	1	1	1	1	5
7.	1	1	1	1	1	5
8.	1	1	1	1	1	5
9.	1	1	1	1	1	5
10.	1	1	1	1	1	5
11.	0	1	1	1	1	4
12.	1	1	1	1	1	5
13.	1	1	1	1	1	5
14.	0	1	1	0	1	3
15.	1	1	1	1	1	5
16.	1	1	1	1	1	5
17.	1	1	1	1	1	5
18.	1	1	1	1	1	5
19.	1	1	1	1	1	5
20.	1	1	1	1	1	5
21.	1	1	1	1	1	5
22.	1	1	1	1	1	5
23.	0	1	1	1	1	4
24.	1	1	1	1	1	5
25.	1	1	1	1	1	5
26.	1	1	1	1	1	5
27.	1	1	1	1	1	5
28.	1	1	1	1	1	5
29.	1	1	1	1	1	5
30.	1	1	1	1	1	5
Jumlah	25	30	29	29	30	143

2. Data mentah Pelaksanaan *Pasient safety*

No. responden	No. item pernyataan																				Skor	Hasil
	1		2				3						4					5	6			
	a	b	a	b	c	d	a	b	c	d	e	f	a	b	c	d	e		a	b		
1.	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	12/20x100%=60%	Cukup
2.	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	10/20x100%=50%	Kurang
3.	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	10/20x100%=45%	Kurang
4.	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	10/20x100%=50%	Kurang
5.	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	11/20x100%=55%	Kurang
6.	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	13/20x100%=65%	Cukup
7.	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	11/20x100%=55%	Kurang
8.	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	10/20x100%=45%	Kurang
9.	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	16/20x100%=80%	Baik
10.	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	11/20x100%=65%	Kurang
11.	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	16/20x100%=80%	Baik
12.	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	16/20x100%=80%	Baik
13.	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	14/20x100%=70%	Cukup
14.	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	16/20x100%=80%	Baik
15.	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	13/20x100%=65%	Cukup
16.	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	11/20x100%=55%	Kurang
17.	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	11/20x100%=60%	Kurang
18.	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	11/20x100%=55%	Kurang
19.	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	13/20x100%=65%	Cukup
20.	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	11/20x100%=55%	Kurang
21.	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	11/20x100%=70%	Kurang
22.	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	13/20x100%=60%	Cukup

23.	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	13/20x100%=70%	Cukup
24.	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	10/20x100%=50%	Kurang
25.	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	10/20x100%=50%	Kurang
26.	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	12/20x100%=65%	Cukup
27.	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	11/20x100%=50%	Kurang
28.	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	16/20x100%=80%	Baik
29.	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	12/20x100%=60%	Cukup
30	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	13/20x100%=65%	Cukup
Jumlah	5	26	23	12	22	10	14	30	20	9	22	30	25	12	22	14	25	12	25	9		

Jumlah kategori baik = 5, presentase = 5/30 x 100% = 17%

Jumlah kategori cukup = 10, presentase = 10/30 x 100% = 33%

Jumlah kategori kurang = 15, presentase = 15/30 x 100% = 50%

Lampiran 13

Tabulasi Data Khusus

No. responden	Data Khusus						
	Iklim Kerja						Pelaksanaan *Pasient safety*
	Conformity	*Responsibility*	*Standard*	*Reward*	*Clarity*	*Team Spirit*	
1.	2	2	2	1	2	2	2
2.	2	2	2	2	2	2	1
3.	1	2	1	2	2	2	1
4.	2	1	2	2	1	1	1
5.	2	1	2	1	2	2	1
6.	1	2	2	1	2	2	2
7.	2	2	2	2	2	2	1
8.	2	1	2	2	2	2	1
9.	2	2	2	2	2	1	3
10.	2	2	1	1	1	2	1
11.	2	1	2	2	1	2	3
12.	1	2	2	2	1	2	3
13.	1	2	2	1	2	2	2
14.	2	1	2	1	1	1	3
15.	2	2	1	2	2	2	2
16.	2	2	2	1	2	2	1
17.	1	2	2	2	2	2	1
18.	2	2	2	2	2	2	1
19.	2	1	2	2	2	2	2
20.	2	2	1	2	1	1	1

21.	2	1	2	1	2	2	1
22.	1	2	2	1	1	2	2
23.	2	2	2	1	2	2	2
24.	1	2	1	1	2	2	1
25.	2	1	2	2	2	1	1
26.	2	1	2	1	2	2	2
27.	2	2	2	2	2	2	1
28.	2	1	2	2	1	2	3
29.	2	2	2	2	2	2	2
30.	2	2	2	2	2	2	2

Keterangan :

1. Iklim kerja :

   1 = di bawah rata-rata (T < Mean) 2 = di atas rata-rata (T > Mean)

2. Pelaksanaan *pasient safety* :

   1 = Kurang 2 = Cukup 3 = Baik

Lampiran 14

Hasil Descriptive Statistics Iklim Kerja

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Conformity	30	2.00	5.00	4.3667	.85029
Valid N (listwise)	30				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
responsibility	30	2.00	5.00	3.9000	.88474
Valid N (listwise)	30				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Standart	30	3.00	5.00	4.4333	.56832
Valid N (listwise)	30				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Reward	30	2.00	5.00	3.3333	.84418
Valid N (listwise)	30				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Clariti	30	1.00	5.00	4.1333	1.19578
Valid N (listwise)	30				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Team Spirit	30	4.00	5.00	4.8333	.37905
Valid N (listwise)	30				