

SKRIPSI

HUBUNGAN PENGETAHUAN, MOTIVASI DAN SUPERVISI DENGAN KINERJA PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN *PATIENT SAFETY* DI RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO TAHUN 2012

A. AWALIYA ANWAR

K11108873



*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2012**

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : A. Awaliya Anwar

NIM : K111 08 873

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau karya orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti bahwa pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, Mei 2012

Yang Membuat Pernyataan

A. Awaliya Anwar

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis haturkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul **“Hubungan Pengetahuan, Motivasi dan Supervisi dengan Kinerja Perawat Dalam Melaksanakan *Patient Safety* di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo 2012”**. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada bagian Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.

Penelitian ini dapat penulis rampungkan berkat kesediaan pembimbing untuk meluangkan waktunya guna memberikan petunjuk dan arahan demi menghasilkan hasil yang lebih baik dalam penulisan skripsi ini. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada bapak **Irwandy Kapalawi, S.KM, MSc.Ph, MARS** selaku pembimbing I yang tidak bosan-bosannya berkenan meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, masukan dan semangat dari sejak awal hingga selesainya Skripsi ini dan kepada bapak **Dr. dr. H. Noer Bahry Noor M.Sc** selaku pembimbing II yang dengan penuh kesabaran membimbing dan memberikan masukan dalam proses penyusunan Skripsi ini hingga selesai.

Penulis tak lupa pula menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. **Dr. dr. Citra Kesumasari M.Kes** selaku penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, **Prof. Dr. dr. H. Alimin Maidin, M.PH.**
3. Ketua Bagian Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin, **dr. Hj. A. Indahwaty Sidin, MHSM** yang juga selaku penguji I yang selalu memberikan semangat, bimbingan dan nasehat.
4. **Dr. dr. H. Muh. Tahir Abdullah, M.Sc., MSPH** selaku penguji II dan **dr. Muh. Rum Rahim, M.Sc** selaku penguji III yang telah memberikan banyak masukan dalam penulisan skripsi.
5. **Dr. Syahrir Pasinringi, MS** dan **Fridawati Rivai, SKM, MARS** selaku dosen pengajar bagian Manajemen Rumah Sakit yang telah membekali ilmu dan pengalaman hidup kepada penulis.
6. **Direktur RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo** beserta jajaran, khususnya perawat pelaksana Instalasi Gawat Darurat yang telah membantu proses penelitian hingga selesainya skripsi ini.
7. Staf bagian Manajemen Rumah Sakit (**K'Ruri, K'Masna, K'Eda, K'Adi, K'Mei**) yang telah banyak membantu kelancaran administrasi dari awal penyusunan sampai skripsi ini selesai.

8. Kepada sahabat-sahabatku tercinta (**Mawa, Leli, Ainy, Ima, Dewi, Hikmah**) yang telah menemani penulis sejak menimba ilmu di FKM Unhas hingga sekarang. Terima kasih atas perhatian dan bantuan kalian. Khusus buat Ainy semangat, kamu pasti bisa.

Semoga segala bantuan dan kebaikan yang telah diberikan kepada penulis selama ini dapat memperoleh balasan dari Allah SWT. Akhirnya, penulis dengan bangga mempersembahkan skripsi ini kepada orang tua tercinta **ayahanda Drs. A. Anwar Ishaq** dan **Ibunda A. Armaya**. Terima kasih atas semua do'a, perhatian, pengorbanan dan kasih sayang yang tak henti-hentinya kepada penulis. Terima kasih juga buat kakakku (**Armansyah, S.Sos**) atas dukungan, bantuan dan perhatiannya. Buat adik-adikku (**A.Anca, A.Mamank, A.Uci, A.Putri**) dan seluruh keluarga besarku.

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

Makassar, Mei 2012

P e n u l i s

RINGKASAN

A. Awaliya Anwar, Hubungan Pengetahuan, Motivasi dan Supervisi dengan Kinerja Perawat dalam Melaksanakan Program Patient Safety di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012.

Dibimbing oleh **Irwandy Kapalawi** dan **Noer Bahry Noor**.

(xiv + 102 Halaman + 25 Tabel + 5 Gambar + 8 Lampiran)

Keselamatan pasien didefinisikan sebagai suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien yang lebih aman. Data insiden *patient safety* di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo selama tiga tahun terakhir belum sesuai dengan standar Kepmenkes No 129 tahun 2008. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis variabel yang mempengaruhi kinerja perawat dalam melaksanakan *Patient Safety* di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Jenis penelitian yang digunakan adalah rancangan analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Populasinya adalah seluruh perawat pelaksana di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang berjumlah 74 orang. Metode pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan total sampling sehingga sampelnya sebesar 74 orang. Analisis data yang dilakukan adalah univariat dan bivariat dengan uji *chi square*.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 73 orang perawat pelaksana, 71,2% (52 orang) memiliki pengetahuan baik, 50,7% (37 orang) memiliki motivasi sedang, 75,4% (55 orang) menilai supervisi kepala ruangan baik dan 82,2% (60 orang) memiliki kinerja baik. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan, motivasi dan supervisi terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan program *patient safety* ($p < 0,05$).

Peneliti menyarankan kepada tim KKPRS RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo untuk meningkatkan pengetahuan perawat melalui kegiatan sosialisasi dan pelatihan *patient safety*, kepada kepala ruangan agar menjalankan supervisi dengan benar, kepada peneliti selanjutnya agar menambah variabel penelitian dan melakukan observasi untuk menilai kinerja perawat.

Daftar Pustaka : 31 (1997 – 2012)

Kata Kunci : Pengetahuan, Motivasi, Supervisi, Kinerja, *Patient Safety*

ABSTRACT

A. Awaliya Anwar, Relation of Knowledge, Motivation and Supervision with Performance by Nurses in Implementing Patient Safety in Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital Makassar 2012.

Guided by **Irwandy Kapalawi** and **Noer Bahry Noor**

(xiii + 102 pages + 25 tables + 5 pictures + 8 appendixes)

Patient safety is defined as a system where hospitals make patient care safer. The Incident data of Patient safety in Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital past three years have not been in accordance with the standard Kepmenkes No. 129 of 2008. This research aimed to analyze the variables that affect the nurse's performance in implementing the Patient Safety in Emergency department of RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

This research was using analytic design with cross sectional study approach. Population was all nurses in emergency department of RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital, amounting to 74 people. Sampling method in this research was using the total sample so that the number sample was 74 people. Data analysis was performed with univariate and bivariate chi square test.

The results of this study showed that of 73 nurses, 71.2% (52 people) have a good knowledge, 50.7% (37 people) have the enough motivation, 75.4% (55 people) answer good supervision, 82,2% (60 people) have a good performance. The results of bivariate analysis showed that there is a significant relationship between knowledge, motivation and supervision on the performance of nurses in performing patient safety program ($p < 0.05$).

Researcher suggested to the KKPRS team Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital to improve nursing knowledge through socialization and training of patient safety, to the head of the room in order to exercise supervision to the good , to further research in order to Add variable and do observations to performance of nurses.

Bibliography: 31 (1997 - 2012)

Keywords: Knowledge, motivation, supervision, performance, Patient Safety

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|---------|
| Halaman Judul..... | i |
| Halaman Persetujuan..... | ii |
| Halaman Pengesahan Skripsi | iii |
| Pernyataan Keaslian Skripsi..... | iv |
| Ringkasan..... | v |
| Abstract | vi |
| Kata Pengantar | vii |
| Daftar Isi..... | x |
| Daftar Tabel..... | xii |
| Daftar Gambar | xv |
| Daftar Lampiran | xiv |
| BAB I Pendahuluan | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 6 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 7 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 8 |
| BAB II Tinjauan Pustaka | |
| A. Tinjauan Umum Tentang Patient Safety | 9 |

| | |
|--|----|
| B. Tinjauan Umum Tentang Perawat..... | 22 |
| C. Tinjauan Umum Tentang Kinerja | 24 |
| D. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan..... | 28 |
| E. Tinjauan Umum Tentang Motivasi | 30 |
| F. Tinjauan Umum Tentang Supervisi | 36 |
| G. Matriks Penelitian | 42 |
| H. Kerangka Operasional..... | 45 |
| I. Kerangka Teori..... | 46 |
| BAB III Kerangka Konsep | |
| A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti | 47 |
| B. Kerangka Konsep | 48 |
| C. Defenisi Operasional Variabel yang Diteliti | 48 |
| D. Hipotesis Penelitian..... | 51 |
| BAB IV Metodologi Penelitian | |
| A. Jenis dan Metode Penelitian | 52 |
| B. Lokasi dan Waktu Penelitian..... | 52 |
| C. Populasi dan Sampel | 52 |
| D. Pengumpulan Data | 53 |
| E. Prosedur Penelitian..... | 54 |
| F. Pengolahan dan Analisis Data | 54 |
| G. Penyajian Data..... | 57 |
| BAB V Hasil Dan Pembahasan | |

| | |
|---|-----|
| A. Gambaran Umum Rumah Sakit | 58 |
| B. Pengujian Instrument Penelitian..... | 65 |
| C. Hasil Penelitian | 69 |
| D. Pembahasan..... | 88 |
| E. Keterbatasan Penelitian..... | 100 |
| BAB VI Kesimpulan Dan Saran | |
| A. Kesimpulan..... | 101 |
| B. Saran..... | 101 |
| Daftar Pustaka | |

DAFTAR TABEL

| Tabel | Halaman |
|--|----------------|
| 1. Insiden <i>Patient Safety</i> di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2008 sampai 2010 | 4 |
| 2. Insiden <i>Patient Safety</i> menurut lokasi kejadian di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2008 sampai 2010 | 4 |
| 3. Matriks Penelitian | 42 |
| 4. Distribusi Tenaga Berdasarkan Kualifikasi di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2011 | 60 |
| 5. Hasil uji validitas variabel pengetahuan..... | 66 |
| 6. Hasil uji validitas variabel motivasi | 67 |
| 7. Hasil uji validitas variabel supervisi | 67 |
| 8. Hasil uji validitas variabel kinerja..... | 68 |
| 9. Distribusi frekuensi menurut umur responden di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 69 |
| 10. Distribusi frekuensi menurut jenis kelamin di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 70 |
| 11. Distribusi frekuensi menurut tingkat pendidikan responden di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 71 |
| 12. Distribusi frekuensi menurut masa kerja responden di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 ... | 72 |
| 13. Distribusi frekuensi menurut status pernikahan responden di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 73 |
| 14. Distribusi frekuensi menurut sosialisasi patient safety Responden di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 74 |
| 15. Distribusi jawaban berdasarkan tingkat pengetahuan responden di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo | |

| | |
|--|----|
| Makassar Tahun 2012 | 75 |
| 16. Distribusi frekuensi pengetahuan responden di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 76 |
| 17. Distribusi jawaban berdasarkan motivasi responden di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 78 |
| 18. Distribusi frekuensi motivasi responden di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 80 |
| 19. Distribusi frekuensi jawaban berdasarkan supervisi kepala ruangan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 81 |
| 20. Distribusi frekuensi supervisi kepala ruangan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 82 |
| 21. Distribusi frekuensi jawaban berdasarkan kinerja kepala ruangan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 83 |
| 22. Distribusi frekuensi kinerja di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 84 |
| 23. Hubungan antara pengetahuan dengan kinerja di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 86 |
| 24. Hubungan antara motivasi dengan kinerja di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 87 |
| 25. Hubungan antara supervisi dengan kinerja di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2012 | 88 |

DAFTAR GAMBAR

Gambar

Halaman

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Kerangka operasional Penelitian | 45 |
| 2 | Kerangka Teori Penelitian..... | 46 |
| 3 | Kerangka konsep Penelitian | 48 |
| 4 | Susunan Organisasi Tim Keselamatan Pasien RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2008 | 62 |
| 5 | Alur Pelaporan Kejadian Pada Pasien RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2008 | 64 |

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

- 1 Kuesioner Penelitian

- 2 Master Tabel
- 3 Karakteristik Responden
- 4 Deskripsi Variabel
- 5 Uji Validitas
- 6 Izin Rekomendasi Penelitian Gubernur
- 7 Surat Keterangan Selesai Penelitian
- 8 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan modern adalah suatu organisasi yang sangat kompleks yang didalamnya sangat padat modal, padat teknologi, padat karya, padat profesi, padat sistem, dan padat mutu serta padat resiko sehingga tidak mengejutkan bila kejadian tidak diinginkan (*adverse event*) akan sering terjadi dan akan berakibat terjadinya injuri atau kematian pada pasien.

Dengan makin meningkatnya perkembangan IPTEK kedokteran, meningkatnya tingkat pendidikan dan kesadaran masyarakat akan hak asasi manusia maka rumah sakit tidak hanya dituntut untuk meningkatkan kualitas pelayanan tapi juga menjaga keselamatan pasien secara konsisten dan terus-menerus.

Keselamatan pasien didefinisikan sebagai suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan yang aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commision*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommision*). (Kepmenkes tentang Keselamatan Pasien No.1691 Tahun 2011)

Menurut laporan dari Institute of Medicine USA (IOM) tahun 2000 di Amerika Serikat diproyeksikan terjadi 44.000 sampai dengan 98.000 kematian setiap tahun akibat dari medical error jauh lebih tinggi dibandingkan AIDS (16,516), kanker payudara (42,297) dan kecelakaan (43,458). (Karsh dalam Raidah 2011)

Hasil yang hampir sama juga dilaporkan melalui The Harvard study of Adverse events dalam Said (2010). Dalam temuannya terbukti bahwa biaya yang harus dikeluarkan per pasien akibat medical error adalah sekitar US \$ 2595 (lebih dari Rp 25 juta) dengan perpanjangan masa rawat di rumah sakit rata-rata 2,2 hari.

Di Indonesia sendiri, kasus medical eror sulit diidentifikasi. Laporan insiden baru tercatat di Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) mulai September 2006. Hasil laporan insiden sejak September 2006 sampai Agustus 2007 sebanyak 145 insiden. Kasus medical erorr identik disebut kejadian gunung es, tidak tampak didasar tetapi angka kejadiannya sangat tinggi. (Classen et al dalam Rusmi 2010)

Berdasarkan laporan IOM berbagai negara mulai mengembangkan suatu gerakan yang disebut sebagai Patient Safety (Keselamatan Pasien). Lembaga kesehatan dunia (WHO) sendiri mendirikan lembaga World Alliance for Patient Safety pada tahun 2004 dan Indonesia memulai gerakan keselamatan pasien ini pada tahun 2005 yaitu dengan didirikannya Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) oleh Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) pada tanggal 1 Juni 2005 dan dicanangkannya gerakan Keselamatan Pasien secara nasional oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada tanggal 21 Agustus 2005.

Kegiatan sosialisai Kejadian Tidak Diinginkan dan Kejadian Nyaris Celaka di Indonesia sedang dilakukan di seluruh rumah sakit oleh PERSI (Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia), KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit) dan

KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit). Sosialisasi tersebut dilakukan di 12 kota di Indonesia di 461 rumah sakit. Terlihat bahwa program ini mulai menjadi prioritas di berbagai rumah sakit.

Salah satu rumah sakit yang telah menjalankan program *Patient Safety* adalah RSUP Dr.Wahidin Sudirohuso. RSUP Dr.Wahidin Sudirohuso adalah Rumah Sakit Tipe A yang menjadi pusat rujukan dari berbagai rumah sakit se Indonesia Timur dan sudah menjalankan program patient safety selama 4 tahun sejak tanggal 30 Maret 2008 yang dimulai pada empat unit pelayanan sebagai unit uji coba yaitu Instalasi Rawat Darurat (IRD), Instalasi Bedah Pusat (IBP), Instalasi Care Unit (ICU), Perawatan Obstetri dan Ginekologi.(Hesty 2012)

Program *Patient Safety* memiliki tujuh sasaran yang dapat diukur, sebagai indikator *Patient Safety* yaitu identifikasi pasien, tingkat komunikasi efektif, medikasi yang aman, pencegahan tindakan operasi salah orang, salah sisi, salah prosedur, mengurangi angka kejadian infeksi, mengurangi resiko pasien jatuh, dan mengurangi angka decubitus.(Pedoman Keselamatan Pasien RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo.2008)

Berikut ini adalah laporan insiden *Patient Safety* di RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar sejak tahun 2008 sampai tahun 2010.

Tabel 1
Insiden *Patient Safety* RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
Tahun 2008 sampai 2010

| No | Indikator Kinerja | Standar | Pencapaian | Keterangan |
|----|-------------------|---------|------------|------------|
|----|-------------------|---------|------------|------------|

| | Mutu | (Kepmenkes No 129 tahun 2008) | 2008 | 2009 | 2010 | |
|---|-------------------------|-------------------------------|----------|----------|---------|----------------------|
| 1 | Infeksi Nosokomial | 1,5 % | 4 % | 4,6% | 2,2 % | Belum sesuai standar |
| 2 | <i>Medication Error</i> | 0 kasus | 15 kasus | 10 kasus | 4 kasus | Belum sesuai standar |
| 3 | Pasien Jatuh | 0 kasus | 19 kasus | 13 kasus | 7 kasus | Belum sesuai standar |
| 4 | <i>Medical Error</i> | 0 % | 2 % | 1 % | 2 % | Belum sesuai standar |

Sumber : Laporan TIM KPRS Wahidin Sudirohusodo 2008-2010

Berdasarkan tabel diatas, pencapaian indikator *Patient Safety* di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo baik infeksi nosokomial, *medication error*, pasien jatuh, dan *medical error* belum sesuai standar Kepmenkes No 129 tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal di rumah sakit.

Kejadian insiden *Patient Safety* di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo tersebar di seluruh instalasi. Menurut lokasi kejadian, Insiden *Patient Safety* dapat digambarkan dalam tabel 2 berikut ini.

Tabel 2
Insiden *Patient Safety* RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
Menurut Lokasi Kejadian
Tahun 2008-2010

| No | Tipe Insiden | Lokasi Kejadian | | | | | | | | |
|--------|-------------------------|-----------------|-----|-----|------|------|------|-----|--------|-----|
| | | IRD | ICU | IBP | ICCU | IRNA | IRJA | LAB | APOTIK | RAD |
| 1 | Infeksi Nosokomial | 7 | | | 1 | 6 | | | | |
| 2 | <i>Medication Error</i> | | | | | | | | 29 | |
| 3 | Pasien Jatuh | 20 | 1 | 1 | 1 | 14 | 2 | | | |
| 4 | <i>Medical Error</i> | 1 | 1 | 2 | | 1 | | | | |
| Jumlah | | 28 | 3 | 3 | 2 | 21 | 2 | | 29 | |

Sumber : Laporan TIM KPRS Wahidin Sudirohusodo 2008-2010

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa kejadian insiden *Patient Safety* paling banyak terjadi di Instalasi Rawat Darurat (IRD). Insiden ini juga menggambarkan bahwa program *Patient Safety* yang telah berjalan 4 tahun di RSUP Dr. Wahidin

Sudirohusodo yang merupakan salah satu indikator kinerja rumah Sakit belum berjalan optimal.

Menurut teori Griffiths,dkk (dalam Jeles A. Atihuta,dkk 2010), insiden ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor fasilitas rumah sakit yang belum memenuhi standar, faktor kepemimpinan dan faktor tenaga kerja itu sendiri baik dokter, perawat, bidan, apoteker, fisioterapis, dan profesi kesehatan lainnya. Sedangkan, menurut Nursalam (2011) faktor yang berpengaruh terhadap insiden *Patient Safety* adalah kinerja individu perawat.

Penelitian Huber tahun 1996 menunjukkan bahwa pelayanan yang paling banyak diberikan kepada pasien di rumah sakit adalah pelayanan keperawatan yaitu sebesar 90%. Sehingga dapat dikatakan bahwa baik buruknya pelayanan kesehatan di rumah sakit khususnya dalam melaksanakan *Patient Safety* sangat ditentukan oleh kinerja perawat itu sendiri. (Nursalam 2011)

Menurut Gibson (1987), kinerja individu perawat dipengaruhi oleh 3 variabel yaitu variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Variabel individu, terdiri dari kemampuan, keterampilan, pengetahuan, demografi dan latar belakang keluarga. Variabel psikologi terdiri dari persepsi, sikap, motivasi, kepribadian dan belajar. Sedangkan, variabel organisasi terdiri dari sumber daya, imbalan, beban kerja, struktur, supervisi dan kepemimpinan. (Firmansyah 2009)

Berdasarkan beberapa penelitian terdahulu, terdapat hasil penelitian yang berbeda. Beberapa penelitian memperoleh hasil bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam melaksanakan *Patient Safety* yaitu variabel pengetahuan

dan variabel motivasi. Namun, berdasarkan hasil penelitian Rusdi (2001) di RSUD Ciawi Bogor justru menunjukkan bahwa supervisi merupakan faktor determinan terhadap kinerja perawat pelaksana. Maka, bertolak dari uraian di atas, peneliti tertarik untuk menganalisis ketiga variabel tersebut yaitu variabel pengetahuan, motivasi, dan supervisi terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan program *Patient Safety* khususnya di Instalasi Gawat Darurat.

B. Rumusan Masalah

1. Apakah ada hubungan pengetahuan dengan kinerja perawat dalam melaksanakan *patient safety* di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo?
2. Apakah ada hubungan motivasi dengan kinerja perawat dalam melaksanakan *patient safety* di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo?
3. Apakah ada hubungan supervisi dengan kinerja perawat dalam melaksanakan *patient safety* di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo?

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis variabel yang berhubungan dengan kinerja perawat dalam melaksanakan *Patient Safety* di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

2. Tujuan khusus

- a. Menganalisis hubungan pengetahuan dengan kinerja perawat dalam melaksanakan *patient safety* di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.
- b. Menganalisis hubungan motivasi dengan kinerja perawat dalam melaksanakan *patient safety* di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.
- c. Menganalisis hubungan supervisi dengan kinerja perawat dalam melaksanakan *patient safety* di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin

Diharapkan penulisan ini dapat memperkaya bahasan dalam bidang manajemen sumber daya manusia bidang kesehatan yang berhubungan dengan kinerja perawat menerapkan program patient safety.

2. Manfaat bagi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam upaya pengembangan sumber daya manusia, khususnya meningkatkan pengetahuan, motivasi perawat dan supervisi kepala ruangan kepada perawat pelaksana dalam penerapan *patient safety*.

3. Manfaat bagi peneliti

Peneliti dapat menerapkan ilmu atau teori pada waktu kuliah yang digunakan untuk penelitian ini. Disamping itu penelitian ini menambah wawasan bagi peneliti mengenai faktor pengetahuan dan motivasi terhadap kinerja perawat dalam menerapkan *patient safety*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN UMUM MENGENAI *PATIENT SAFETY*

1. Definisi *Patient Safety*

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

Pada hakekatnya program keselamatan pasien harus meliputi tiga hal: pertama, perubahan budaya yaitu perubahan dari mencari kesalahan personal menjadi mencari kesalahan sistem. Tujuan dari perubahan budaya adalah transparansi. Kedua, perubahan proses. Proses memerlukan standarisasi dan meminimalisir variasi guna meningkatkan kualitas pelayanan dan menurunkan KTD. Ketiga, mengukur proses. Proses harus dapat diukur apakah sudah baik atau belum (Frankel, Gandhi and Bates, 2003 dalam Rusmi Sari Tajuddin).

2. Tujuan *Patient Safety*

Tujuan *patient safety* menurut kebijakan Depkes tentang Panduan Nasional Keselamatan Pasien di rumah Sakit Tahun 2006 (Ariyani 2009) adalah:

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

3. Manfaat Penerapan Sistem Keselamatan Pasien di Rumah Sakit:

- a. Budaya safety meningkat dan berkembang. (Blame Free Culture, Reporting Culture, Learning Culture)
- b. Komunikasi dengan pasien berkembang
- c. KTD menurun, peta KTD selalu ada dan terkini
- d. Resiko klinis menurun
- e. Keluhan litigasi (tuntutan hukum) berkurang
- f. Mutu pelayanan meningkat
- g. Citra rumah sakit dan kepercayaan masyarakat meningkat, diikuti kepercayaan diri yang meningkat.

4. Sasaran *Patient Safety*

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Sasaran tersebut mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions dari WHO Patient Safety* tahun 2007. Sasaran tersebut juga digunakan oleh Komite

Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI) dan dari Joint Commission International (JCI). Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran-sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini.

Enam sasaran keselamatan pasien rumah sakit menurut Kepmenkes No 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan pasien Rumah Sakit adalah sebagai berikut.

a. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki atau meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

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

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

3) Elemen Penilaian Sasaran

- a) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- c) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis
- d) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan /

prosedur.

- e) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

b. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi yang Efektif

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (atau memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang

adalah akurat. Kebijakan dan/atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

3) Elemen Penilaian Sasaran II

- a) Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
- b) Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
- c) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
- d) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

c. Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (*High-Alert*)

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*).

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert*

medications) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look Alike Sound/LASA). Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat = 50 % atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut,

sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/ kurang hati-hati.

3) Elemen Penilaian Sasaran

- a) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- b) Implementasi kebijakan dan prosedur.
- c) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
- d) Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

d. Sasaran IV: Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat Pasien Operasi

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepatlokasi, tepat-prosedur, dan tepat- pasien.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible hand writing*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor sering terjadi. Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*.

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat.

Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang). Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar, memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang, melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant-implant yang dibutuhkan. Tahap “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*.

3) Elemen Penilaian Sasaran

- a) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
- b) Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
- c) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur

“sebelum insisi/ *time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.

- d) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

e. Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai

organisasi nasional dan internasional. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

3) Elemen Penilaian Sasaran

- a) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari *WHO Patient Safety*).
- b) Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
- c) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

f. Sasaran VI : Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien Rawat Darurat. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk

mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit.

3) Elemen Penilaian Sasaran

- 1) Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
- 2) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap beresiko jatuh.
- 3) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- 4) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

5. Standar Patient Safety

Adapun 7 Standar Keselamatan Pasien RS (KARS – DepKes)

- a. Hak pasien
- b. Mendidik pasien dan keluarga
- c. Keselamatan pasien dan asuhan berkesinambungan

- d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja, untuk melakukan evaluasi dan meningkatkan keselamatan pasien
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.

B. TINJAUAN UMUM TENTANG PERAWAT

1. Defenisi Perawat

Perawat berasal dari bahasa latin yaitu dari kata Nutrix yang berarti merawat atau memelihara. Perawat adalah profesi yang difokuskan pada perawatan individu, keluarga, dan masyarakat sehingga mereka dapat mencapai, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan yang optimal dan kualitas hidup dari lahir sampai mati.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesioanl yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan biopsikososial dan spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Lokakarya Keperawatan 1983 dalam A. Aziz alimul hidayat).

2. Peran perawat

Berdasarkan hasil lokakarya keperawatan tahun 1983, peran perawat terbagi menjadi empat (Nursalam.2002).

- a. Peran Perawat sebagai Pelaksana Pelayanan Keperawatan
- b. Peran Perawat sebagai Pendidik dalam Keperawatan
- c. Peran Perawat sebagai Pengelola pelayanan Keperawatan
- d. Peran Perawat sebagai Peneliti dan Pengembang pelayanan Keperawatan

3. Fungsi Perawat

Fungsi perawat meliputi:

- a. Fungsi Independen

Dalam fungsi ini, tindakan perawat tidak memerlukan perintah dokter. Tindakan perawat bersifat mandiri, berdasarkan pada ilmu keperawatan. Oleh karena itu, perawat bertanggung jawab terhadap akibat yang timbul dari tindakan yang diambil. Contoh tindakan perawat dalam menjalankan fungsi independen adalah Pengkajian seluruh sejarah kesehatan pasien/keluarganya dan menguji secara fisik untuk menentukan status kesehatan.

- b. Fungsi Dependen

Perawat membantu dokter memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan khusus yang menjadi wewenang dokter dan seharusnya dilakukan dokter, seperti pemasangan infus, pemberian obat, dan melakukan suntikan.

- c. Fungsi Interdependen

Tindakan perawat berdasar pada kerja sama dengan tim perawatan atau tim kesehatan. Fungsi ini tampak ketika perawat bersama tenaga kesehatan lainnya berkolaborasi mengupayakan kesembuhan pasien. Mereka biasanya tergabung dalam sebuah tim yang dipimpin oleh seorang dokter.

C. TINJAUAN UMUM TENTANG KINERJA

1. Defenisi Kinerja

Kinerja berasal dari kata *performance*. Ada pula yang memberikan pengertian *performance* sebagai hasil kerja atau prestasi kerja. Namun, sebenarnya kinerja mempunyai makna yang lebih luas, bukan hanya hasil kerja, tetapi termasuk bagaimana proses pekerjaan berlangsung (Wibowo dalam Jeles A. Atihuta dkk 2010).

Kinerja merupakan hasil pekerjaan yang mempunyai hubungan kuat dengan tujuan strategis organisasi, kepuasan konsumen, dan memberikan kontribusi pada ekonomi (Armstrong dan Baron, 1998).

Kinerja secara umum dipahami sebagai suatu catatan keluaran hasil suatu fungsi jabatan kerja atau seluruh aktivitas kerjanya dalam periode tertentu. Secara lebih singkat kinerja disebutkan sebagai suatu kesuksesan dalam melaksanakan pekerjaan.

2. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah proses mengukur kinerja pegawai pada umumnya baik aspek kualitatif maupun kuantitatif (Simamora dalam Firmansyah 2009). Tujuan pokok penilaian kinerja adalah menghasilkan informasi yang akurat dan valid berkenaan dengan perilaku kinerja anggota organisasi.

Penilaian kinerja adalah suatu sistem yang digunakan untuk menilai dan mengetahui apakah seorang karyawan telah melaksanakan pekerjaannya masing-masing secara keseluruhan. Penilaian kinerja adalah suatu proses menilai hasil karya personil dalam suatu organisasi melalui instrumen kinerja.

Penilaian kinerja dapat diukur dengan menggunakan beberapa metode pengukuran. Metode penilaian tersebut dapat dikelompokkan menjadi 8 kelompok (Ilyas 1999) yaitu:

1) Penilaian teknik esai

Penilaian menuliskan deskripsi tentang kelebihan dan kekurangan seorang personil yang meliputi prestasi, kerja sama dan pengetahuan personil tentang pekerjaannya.

2) Penilaian komparasi

Penilaian dilakukan dengan cara membandingkan hasil pelaksanaan pekerjaan seorang personil dengan personil lain yang melakukan pekerjaan sejenis.

3) Penilaian daftar periksa

Penilaian daftar periksa berisi komponen yang dikerjakan seorang personil yang dapat diberi bobot “ya” dan “tidak”, “selesai” dan “tidak selesai”

4) Penilaian langsung ke lapangan

Penilaian dilakukan dengan cara pengamatan langsung terhadap personil yang bekerja.

5) Penilaian didasarkan perilaku

Penilaian kinerja didasarkan pada uraian pekerjaan yang sudah disusun sebelumnya. Biasanya uraian pekerjaan tersebut menentukan perilaku apa saja yang diperlukan oleh seorang personil untuk melaksanakan pekerjaan tersebut.

6) Penilaian didasarkan insiden kritis

Penerapan penilaian didasarkan atas insiden kritis yang dilaksanakan oleh atasan melalui pencatatan atau perekaman peristiwa yang berkaitan dengan perilaku personil yang dinilai dalam melaksanakan pekerjaan.

7) Penilaian didasarkan keefektifan

Penilaian berdasarkan keefektifan dengan menggunakan sasaran perusahaan sebagai indikasi penampilan kerja.

8) Penilaian berdasarkan peringkat

Metode penilaian ini didasarkan pada peringkat pembawaan yang ditampilkan oleh personil. Unsur yang dinilai adalah kesetiaan, tanggung jawab, ketaatan, kerjasama, kepemimpinan, dan lainnya.

3. Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut Gibson (1987), secara teoritis ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja, yaitu variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja dan pada akhirnya mempengaruhi kinerja personel. (Firmansyah 2009)

Variabel individu, dikelompokkan pada sub-variabel kemampuan, keterampilan terdiri dari fisik dan mental, sub-variabel demografi terdiri dari, umur, jenis kelamin, dan etnis. Sub-variabel latar belakang terdiri dari keluarga, tingkat sosial, dan pengetahuan. Ketiga variabel tersebut mempengaruhi perilaku dalam bekerja yang akhirnya berpengaruh pada kinerja personal.

Variabel psikologi terdiri dari persepsi, sikap, motivasi, kepribadian dan belajar. Variabel ini banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya, dan faktor demografi. Variabel psikologi seperti persepsi, sikap, kepribadian dan belajar merupakan hal yang komplis yang sulit diukur, karena seorang individu masuk dan bergabung dalam organisasi pada usia, etnis, latar belakang budaya dan keterampilan yang berbeda-beda.

Sedangkan, variabel organisasi terdiri dari sumber daya, imbalan, beban kerja, struktur dan kepemimpinan. Variabel ini berhubungan tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu.

D. TINJAUAN UMUM TENTANG PENGETAHUAN

1. Defenisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah pengetahuan adalah hasil “tahu” manusia setelah melakukan penginderaan terhadap objek tertentu melalui pancaindera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Pengetahuan tersebut dapat diperoleh dari pengalaman langsung maupun dari pengalaman orang lain.

Menurut Jann Hidayat Tjakraatmadja dan Donald Crestofel Lantu dalam bukunya *Knowledge Management* dalam (Ariyani 2009) disebutkan bahwa pengetahuan diperoleh dari sekumpulan informasi yang saling terhubung secara sistematis sehingga memiliki makna. Informasi diperoleh dari data yang sudah diolah (disortir, dianalisis, dan ditampilkan dalam bentuk yang dapat dikomunikasikan melalui bahasa, grafik atau tabel), sehingga memiliki arti. Selanjutnya data ini akan dimiliki seseorang dan akan tersimpan dalam neuron-neuron (menjadi memori) di otaknya. Kemudian ketika manusia tersebut dihadapkan pada suatu masalah maka informasi-informasi yang tersimpan dalam neuron-neuronnya dan yang terkait dengan permasalahan tersebut, akan saling berhubungan dan tersusun secara sistematis sehingga ia memiliki model untuk memahami atau memiliki pengetahuan yang terkait dengan permasalahan yang

dihadapinya. Kemampuan memiliki pengetahuan atas obyek masalah yang dihadapi sangat ditentukan oleh pengalaman, latihan atau proses belajar.

2. Tingkat Pengetahuan

Intensitas atau tingkat pengetahuan seseorang terhadap obyek tertentu tidak sama. Secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkatan pengetahuan, yaitu:

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

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin di ukur dari subyek penelitian atau responden. (Ariyani 2009)

E. TINJAUAN UMUM TENTANG MOTIVASI

Motivasi berasal dari kata latin “Movere” yang artinya adalah rangsangan, dorongan dan ataupun pembangkit tenaga yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut memperlihatkan perilaku tertentu. Sedangkan yang dimaksud dengan motivasi ialah upaya untuk menimbulkan rangsangan, dorongan ataupun kelompok masyarakat tersebut mau berbuat dan bekerjasama secara optimal melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. (Hasibuan, 2007)

Motivasi adalah karakteristik psikologi manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Hal ini termasuk faktor-faktor yang menyebabkan, menyalurkan dan mempertahankan tingkah laku manusia dalam arah tekad tertentu (Stoner & Freeman dalam Ariyani 2009)

Mc Clelland mengemukakan bahwa yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu atau bekerja berfokus pada tiga kebutuhan dasar yaitu:

- 1) Kebutuhan akan prestasi (achievement) dorongan untuk mengungguli atau berprestasi,
- 2) Kebutuhan akan afiliasi atau ikatan hasrat untuk berhubungan antar pribadi yang ramah dan karib

- 3) Kebutuhan akan kekuasaan (power) kebutuhan yang mendorong seseorang untuk menguasai atau mendominasi orang lain.

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

- 1) Mendorong gairah dan semangat karyawan
- 2) Meningkatkan moral dan kepuasan kerja karyawan
- 3) Meningkatkan produktivitas kerja karyawan
- 4) Mempertahankan loyalitas dan kestabilan karyawan perusahaan
- 5) Meningkatkan kedisiplinan dan menurunkan tingkat absensi karyawan
- 6) Mengefektifkan pengadaan karyawan
- 7) Menciptakan hubungan kerja dan suasana kerja yang baik
- 8) Meningkatkan kreativitas dan partisipasi karyawan
- 9) Meningkatkan kesejahteraan karyawan
- 10) Mempertinggi rasa tanggung jawab karyawan terhadap tugas-tugasnya
- 11) Meningkatkan efisiensi penggunaan alat-alat dan bahan baku

1. Teori-teori motivasi

1) Teori Motivasi Klasik oleh F.W Taylor

Teori Motivasi Klasik (Teori Kebutuhan Tunggal) ini dikemukakan oleh Frederick Winslow Taylor. Menurut teori ini motivasi pekerja hanya untuk dapat memenuhi kebutuhan dan kepuasan biologis saja. Kebutuhan biologis adalah kebutuhan yang diperlukan untuk mempertahankan kelangsungan hidup seseorang.

Kebutuhan dan kepuasan biologis akan terpenuhi, jika gaji atau upah yang diberikan cukup besar.

2) Maslow's Need Hierarchy Theory

Maslow's Need Hierarchy Theory atau A Theory Of Human Motivation, dikemukakan oleh A. H. Maslow tahun 1943. Teori ini merupakan kelanjutan dari "Human Science Theory" Elton Mayo (1880-1949) yang menyatakan bahwa kebutuhan dan kepuasan seseorang itu jamak yaitu kebutuhan biologis dan psikologis berupa materiil dan nonmateriil. Menurut Maslow, hirarki kebutuhan manusia terdiri dari lima tingkatan yaitu:

a) Physiological Needs

Physiological Needs (kebutuhan fisik) yaitu kebutuhan yang diperlukan untuk memperthankan kelangsungan hidup seseorang seperti makan, minum, udara, perumahan.

b) Safety and Security Needs

Safety and Security Needs (keamanan dan keselamatan) adalah kebutuhan akan keamanan dari ancaman yakni merasa aman dari ancaman kecelakaan dan keselamatan melukukan pekerjaan.

c) Affiliation or Acceptance Needs

Affiliation or Acceptance Needs adalah kebutuhan sosial, teman, dicintai dan mencintai serta diterima dalam pergaulan. Manusia pada dasarnya adalah mahluk sosial yang selalu ingin hidup berkelompok, sehingga menginginkan kebutuhan-kebutuhan sosial seperti perasaan dihormati, perasaan ikut serta, dan perasaan diterima oleh orang lain.

d) Esteem or Status Needs

Esteem or Status Needs adalah kebutuhan akan penghargaan diri, pengakuan serta penghargaan prestise dari karyawan dan masyarakat lingkungannya. Idealnya, prestise muncul karena adanya prestasi, tetapi tidak juga selamanya demikian.

e) Self Actualization

Self Actualization adalah kebutuhan akan aktualisasi diri dengan menggunakan kecakapan, kemampuan, keterampilan, dan potensi optimal untuk mencapai prestasi kerja yang sangat memuaskan atau sulit dicapai orang lain. Kebutuhan aktualisasi diri tidak dapat dipenuhi dari luar, pemenuhannya hanya berdasarkan keinginan atas usaha individu itu sendiri. Aktualisasi diri berhubungan dengan pertumbuhan seorang

individu, kebutuhan ini berlangsung terus-menerus sejalan dengan meningkatnya jenjang karier seorang individu.

3) Herzberg's Two Factor Theory oleh Frederick Herzberg

Herzberg's Two Factor Theory atau Teori Motivasi Dua Faktor atau Teori Motivasi Kesehatan atau Teori Motivasi Higienis. Menurut teori ini motivasi yang ideal yang dapat merangsang usaha adalah "peluang untuk melaksanakan tugas yang lebih membutuhkan keahlian dan peluang untuk mengembangkan kemampuan.

Herzberg menyatakan bahwa orang dalam melaksanakan pekerjaannya dipengaruhi oleh dua faktor yang merupakan kebutuhan, yaitu:

a) Hygiene Factors

Adalah faktor-faktor pemeliharaan yang berhubungan dengan hakikat manusia yang ingin memperoleh ketentraman badaniah. Faktor-faktor pemeliharaan ini meliputi gaji, kondisi kerja fisik, kepastian pekerjaan, supervisi yang menyenangkan, dan macam-macam tunjangan lainnya. Hilangnya faktor pemeliharaan ini dapat menyebabkan timbulnya ketidakpuasan dan absensi karyawan, bahkan menyebabkan banyak karyawan yang keluar.

b) Motivation Factors

Motivation Factors adalah faktor motivator yang menyangkut kebutuhan psikologis seseorang yaitu perasaan sempuran dalam melakukan pekerjaan. Faktor motivasi ini berhubungan dengan penghargaan terhadap

pribadi yang secara langsung berkaitan dengan pekerjaan, misalnya kursi yang empuk, ruangan yang nyaman, dan penempatan yang tepat.

4) Mc. Celland Achievement Motivation Theory oleh Mc. Celland

Teori ini berpendapat bahwa karyawan mempunyai cadangan energi potensial. Bagaimana energi ini dilepaskan dan digunakan tergantung pada kekuatan dorongan motivasi seseorang dan situasi serta peluang yang tersedia. Mc. Celland mengelompokkan tiga kebutuhan manusia yang dapat memotivasi gairah bekerja yaitu:

- a) Kebutuhan akan prestasi (Need for Achievement)
- b) Kebutuhan akan afiliasi (Need for Affiliation)
- c) Kebutuhan akan kekuatan (Need for Power)

5) Teori X-Y Mc Gregor

Teori ini mengatakan bahwa terdapat dua sikap dasar pada manusia. Sikap seseorang akan mempengaruhi produktivitasnya. Sikap dasar tersebut adalah:

- a) Sikap dasar yang dilandasi oleh teori X

Teori ini berasumsi bahwa pada hakekatnya kebanyakan manusia lebih suka diawasi dari pada diberi kebebasan. Mereka lebih tidak senang menerima tanggung jawab, malas, dan selalu ingin saja aman. Motivasi utama mereka adalah uang dan keuntungan finansial.

b) Sikap dasar yang dilandasi oleh teori Y

Teori ini berasumsi bahwa pada hakekatnya kebanyakan manusia lebih suka bekerja. Bekerja merupakan kegiatan alami seperti halnya bermain.

Sikap dasar ini juga beranggapan bahwa kontrol terhadap diri sendiri merupakan suatu hal yang esensial.

F. TINJAUAN UMUM TENTANG SUPERVISI

1. Pengertian Supervisi

Sebagai salah satu dari fungsi manajemen, pengertian supervisi telah berkembang secara khusus. Secara umum yang dimaksud dengan supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Agus Sudaryanto dkk 2008).

Supervisi adalah salah satu bagian proses atau kegiatan dari fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling*). Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa kegiatan supervisi adalah kegiatan-kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktifitas bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari.

2. Manfaat dan Tujuan Supervisi

Apabila supervisi dapat dilakukan dengan baik, akan diperoleh banyak manfaat. Manfaat tersebut diantaranya adalah sebagai :

- 1) Supervisi dapat meningkatkan efektifitas kerja. Peningkatan efektifitas kerja ini erat hubungannya dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dan bawahan.
- 2) Supervisi dapat lebih meningkatkan efesiensi kerja. Peningkatan efesiensi kerja ini erat kaitannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta dan sarana) yang sia-sia akan dapat dicegah.

Apabila kedua peningkatan ini dapat diwujudkan, sama artinya dengan telah tercapainya tujuan suatu organisasi. Tujuan pokok dari supervisi ialah menjamin pelaksanaan berbagai kegiatan yang telah direncanakan secara benar dan tepat, dalam arti lebih efektif dan efisien, sehingga tujuan yang telah ditetapkan organisasi dapat dicapai dengan memuaskan.

3. Frekuensi Pelaksanaan Supervisi

Supervisi harus dilakukan dengan frekuensi yang berkala. Supervisi yang dilakukan hanya sekali bisa dikatakan bukan supervisi yang baik, karena organisasi/lingkungan selalu berkembang. Oleh sebab itu agar organisasi selalu dapat mengikuti berbagai perkembangan dan perubahan, perlu dilakukan

berbagai penyesuaian. Supervisi dapat membantu penyesuaian tersebut yaitu melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan.

Tidak ada pedoman yang pasti mengenai berapa kali supervisi harus dilakukan. Yang digunakan sebagai pegangan umum, supervisi biasanya bergantung dari derajat kesulitan pekerjaan yang dilakukan, serta sifat penyesuaian yang akan dilakukan. Jika derajat kesulitannya tinggi serta sifat penyesuaiannya mendasar, maka supervisi harus lebih sering dilakukan.

4. Prinsip-prinsip Pokok dalam Supervisi

Kegiatan supervisi mengusahakan seoptimal mungkin kondisi kerja yang kondusif dan nyaman yang mencakup lingkungan fisik, atmosfer kerja, dan jumlah sumber sumber yang dibutuhkan untuk memudahkan pelaksanaan tugas. Untuk itu diperlukan beberapa prinsip pokok pelaksanaan supervisi. Prinsip pokok supervisi secara sederhana dapat diuraikan sebagai berikut :

- 1) Tujuan utama supervisi ialah untuk lebih meningkatkan kinerja bawahan, bukan untuk mencari kesalahan. Peningkatan kinerja ini dilakukan dengan melakukan pengamatan langsung terhadap pekerjaan bawahan, untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan untuk mengatasinya.
- 2) Sejalan dengan tujuan utama yang ingin dicapai, sifat supervisi harus edukatif dan suportif, bukan otoriter.
- 3) Supervisi harus dilakukan secara teratur atau berkala. Supervisi yang hanya dilakukan sekali bukan supervisi yang baik.

- 4) Supervisi harus dapat dilaksanakan sedemikian rupa sehingga terjalin kerja sama yang baik antara atasan dan bawahan, terutama pada saat proses penyelesaian masalah, dan untuk lebih mengutamakan kepentingan bawahan.
- 5) Strategi dan tata cara supervisi yang akan dilakukan harus sesuai dengan kebutuhan masing-masing bawahan secara individu. Penerapan strategi dan tata cara yang sama untuk semua kategori bawahan, bukan merupakan supervisi yang baik.
- 6) Supervisi harus dilaksanakan secara fleksibel dan selalu disesuaikan dengan perkembangan.

5. Pelaksana Supervisi

Dalam melaksanakan supervisi yang bertanggung jawab adalah atasan yang memiliki kelebihan dalam organisasi. Idealnya kelebihan tersebut tidak hanya aspek status dan kedudukan, tetapi juga pengetahuan dan keterampilan.

6. Supervisi Keperawatan

Supervisi keperawatan adalah upaya yang berupa dorongan, bimbingan dan kesempatan bagi pertumbuhan keahlian dan kecakapan para perawat (Depkes, dalam Agus Sudaryanto 2008). Supervisi dapat juga diartikan sebagai proses yang memacu anggota unit kerja untuk berkontribusi secara aktif dan positif agar tujuan organisasi tercapai (Marquis & Huston, 1998). Di rumah sakit yang disebut perawat supervisor adalah:

1) Kepala ruang rawat (Karu).

Karu bertanggung jawab dalam supervisi keperawatan kepada pasien. Karu merupakan ujung tombak tercapai tidaknya tujuan pelayanan keperawatan di rumah sakit. Ia bertanggungjawab mengawasi perawat pelaksana dalam melakukan praktik keperawatan.

2) Pengawas perawatan.

Pengawas bertanggung jawab terhadap supervisi pelayanan keperawatan pada areanya yaitu beberapa Karu yang ada pada Unit Pelaksana Fungsional (UPF).

Supervisi keperawatan merupakan suatu proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Dengan supervisi memungkinkan seorang manajer keperawatan dapat menemukan berbagai kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang yang bersangkutan melalui analisis secara komprehensif bersama-sama dengan anggota perawat secara efektif dan efisien. Melalui kegiatan supervisi seharusnya kualitas dan mutu pelayanan keperawatan menjadi fokus dan menjadi tujuan utama, bukan malah menyibukkan diri mencari kesalahan atau penyimpangan. Teknik supervisi dibedakan menjadi dua, supervisi langsung dan tak langsung.

Ada beberapa prinsip supervisi yang dilakukan di bidang keperawatan (Nursallam, 2007) antara lain: 1) Supervisi dilakukan sesuai dengan struktur organisasi, 2) Supervisi menggunakan pengetahuan dasar manajemen,

keterampilan hubungan antar manusia dan kemampuan menerapkan prinsip manajemen dan kepemimpinan, 3) Fungsi supervisi diuraikan dengan jelas, terorganisasi dan dinyatakan melalui petunjuk, peraturan urian tugas dan standard, 4) Supervisi merupakan proses kerja sama yang demokratis antara supervisor dan perawat pelaksana. 5) Supervisi merupakan visi, misi, falsafah, tujuan dan rencana yang spesifik, 6) Supervisi menciptakan lingkungan yang kondusif, komunikasi efektif, kreatifitas dan motivasi, 7) Supervisi mempunyai tujuan yang berhasil dan berdaya guna dalam pelayanan keperawatan yang memberi kepuasan klien, perawat dan manajer.

G. MATRIKS PENELITIAN

Tabel 3
Matriks Penelitian

| Pengarang | Judul | Masalah | Variabel | Sampel | Metode Penelitian | Hasil |
|---|---|--|--|--|--|---|
| Ariyani (2009) Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang | Analisis Pengetahuan dan Motivasi Perawat yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan Program <i>Patient Safety</i> di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr Moewardi Surakarta Tahun 2008 | Angka kematian baik NDR maupun GDR di Rumah Sakit Dr Moewardi melebihi standar yang ditetapkan oleh Depkes. | Variabel Independen: 1. Pengetahuan 2. Motivasi Variabel Dependen: Sikap Mendukung Penerapan Program <i>Patient Safety</i> | Total perawat pelaksana yang bertugas di Instalasi Perawatan Intensif (76 orang) | Observasional dengan menggunakan pendekatan secara deskriptik analitik | 5. Ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan sikap mendukung penerapan program patient safety di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta 6. Ada hubungan antara motivasi dengan sikap mendukung penerapan program patient safety di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi Surakarta |
| Sri Rahayu, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga 2010 | Pengembangan Program Patient Safety Berdasarkan Analisis Pengaruh Faktor Pengetahuan, Persepsi, Awareness, Komitmen dan Efektifitas Teamwork | Insiden patient safety yang terjadi di Rumah Sakit Ibnu Sina Kabupaten Gresik pada Januari-September 2009 adalah 215 dan 94,42% sebenarnya | Variabel Independen: Pengetahuan, Persepsi, Awareness, Komitmen Dan Efektifitas Teamwork | Seluruh Perawat yang ada di ruang Rawat Darurat. | Observasional dan Analitik | Pengetahuan, persepsi, awareness, komitmen dan efektifitas teamwork berpengaruh terhadap kinerja pelaksanaan <i>Patient Safety</i> |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|
| | terhadap Kinerja Pelaksanaan <i>Patient Safety</i> (Di Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik) | dapat ini dapat dicegah. | Variabel Dependen: Kinerja Pelaksanaan <i>Patient Safety</i> | | | |
| Saptorini Murdyastuti. Tesis : Program Studi Magister Kedokteran Keluarga, Program Pascasarjana, Universitas Sebelas Maret Surakarta 2010 | Pengaruh Persepsi, Pengetahuan, dan Motivasi Perawat Terhadap Pelaksanaan <i>Patient Safety</i> di Ruang Rawat Darurat RSO Prof. Dr. R Soeharto Surakarta | Profesionalitas tenaga kesehatan ditunjukkan dari perilaku tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan termasuk pelaksanaan program menjaga keamanan pasien (patient safety) | Variabel Independen: Pengetahuan, Persepsi, motivasi Variabel Dependen: Pelaksanaan program <i>Patient Safety</i> | Perawat | Explanatory research | Variabel persepsi, pengetahuan tentang patients safety, dan motivasi perawat berpengaruh terhadap pelaksanaan program patients safety |
| Rina Amelia (2009) | Pengaruh Motivasi Berprestasi terhadap Kinerja Perawat dalam Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara, Medan | Rata-rata (LOS) dari tahun 2002 sampai 2006 berkisar 84.6 hari, yang jauh melebihi standar Depkes yaitu 14 hari. | Variabel Independen: Motivasi Variabel dependen: Kinerja | seluruh perawat di ruang Rawat Darurat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara, berjumlah 59 orang. | Penelitian survey dengan metode eksplanatory | Motivasi berpengaruh terhadap kinerja perawat. |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|---|--|---|--|--|--|
| <p>Jeles A.Atihuta,dkk (2010)</p> | <p>Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Mutu Pelayanan di RSUD Dr. M. Haulussi Ambon</p> | <p>Angka kejadian infeksi nosokomial khususnya Flebitis di RSUD Dr. M. Haulussy Ambon pada tahun 2009 masih tinggi yaitu sebesar 9,29% dibandingkan standar pelayanan minimal Depkes RI yaitu sebesar $\leq 1,5\%$.</p> | <p>Variabel Independen: Peran Manajemen Keperawatan (Perencanaan, Pengorganisasian, Pelaksanaan, Pengawasan) dan clinical governance. Variabel Dependen: Kinerja mutu pelayanan</p> | <p>Sub sistem ruang perawatan RSUD Dr. M. Haulussi Ambon</p> | <p>Deskriptif dan analitik dengan pendekatan Cross sectional</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor Manajemen Keperawatan (Perencanaan, Pengorganisasian, Pelaksanaan, Pengawasan) berpengaruh terhadap kinerja. 2. Faktor clinical governance (standar klinik, indikator klinik, audit klinik) berpengaruh terhadap kinerja. |
|-----------------------------------|---|--|---|--|--|--|

H. KERANGKA OPERASIONAL

| Masalah | Variabel | Populasi dan Sampel | Unit Analisis | Instrumen | Metode | Teknik Analisa Data |
|---|--|---|--|------------------|--|--------------------------|
| <p>Kejadian insiden Patient Safety tahun 2008- 2010 di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo.</p> <ol style="list-style-type: none"> Insiden Infeksi nosocomial 4 % tahun 2008, 4,6 % tahun 2009, 2,2% tahun 2010(Standar Kepmenkes 1,5 %) Medication Error 15 kasus tahun 2008, 10 kasus 2009, 4 kasus 2010 (Standar Kepmenkes 0 kasus) Medical error 2 % tahun 2008, 1% tahun 2009, 2% tahun 2010 (Standar Kepmenkes 0 %) Pasien jatuh 19 kasus tahun 2008, 13 kasus tahun 2009, 7 kasus tahun 2010 (Standar Kepmenkes 0 kasus) | <p>Dependen : kinerja perawat dalam penerapan program patient safety</p> <p>Independen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pengetahuan Motivasi Supervisi | <p>Seluruh Perawat yang bekerja di Instalasi rawat darurat RSUP DR Wahidin Sudirohusodo sebanyak 79 orang</p> | <p>Unit pelayanan IRD RSUP DR Wahidin Sudirohusodo</p> | <p>Kuesioner</p> | <p>Penelitian kuantitatif dengan metode crosssectional study</p> | <p>Analisis Bivariat</p> |

Gambar 1. Kerangka Operasional Penelitian

I. KERANGKA TEORI



Gambar 2 Kerangka Teori Penelitian (Modifikasi Teori Gibson, 1987 & Nursalam, 2011)