

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Profil Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah Cimacan pada awalnya adalah Puskesmas Pacet (Cimacan) yang sudah berdiri sejak tahun 1953, kemudian pada tahun 1981 statusnya meningkat menjadi Puskesmas DTP dan berubah status menjadi Rumah Sakit dengan ditetapkannya Surat Keputusan Bupati Cianjur atas nama Pemerintah Daerah Kabupaten Cianjur Nomor 19 Tahun 2007 tentang pembentukan Rumah Sakit Umum Daerah Cimacan dan Peraturan Daerah Kabupaten Cianjur Nomor 07 Tahun 2008 tentang Organisasi Pemerintahan Daerah dan Pembentukan Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Cianjur (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 07 Seri D) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Cianjur Nomor 02 Tahun 2010 tentang Perubahan Pertama Atas Peraturan Daerah Kabupaten Cianjur Nomor 07 Tahun 2008 tentang Organisasi Pemerintahan Daerah dan Pembentukan Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Cianjur (Lembaran Daerah Tahun 2010 Nomor 10 seri D). Dengan keputusan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 267/SK/Menkes/III/2007 tanggal 05 Maret 2007 tentang Penetapan Status Rumah Sakit Umum Daerah Cimacan.

Visi RSUD Cimacan adalah mewujudkan pelayanan kesehatan yang profesional dan terjangkau. Sedangkan misi RSUD Cimacan adalah memberikan pelayanan optimal, mengembangkan pelayanan UGD, Rawat Inap dan Kebidanan yang cepat,

tepat dan akurat 24 jam, meningkatkan pelayanan rujukan, dan meningkatkan kemitraan. Pendirian RSUD Cimacan bertujuan menjadi sarana kesehatan masyarakat yaitu memberikan kepuasan dan kesehatan masyarakat setempat.

Rumah Sakit Umum Cimacan Kelas C dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah. Organisasi dan tatakerja Rumah Sakit Umum Cimacan Kelas C sebagaimana dimaksud ditetapkan dengan Peraturan Daerah Nomor 15 Tahun 2015.

Penerapan program keselamatan pasien di RSUD Cimacan telah diterapkan sejak tahun 2010 yang dimulai dengan pengenalan program keselamatan pasien, pembuatan sistem kerja dan penyusunan TIM KPRS. Salah satu program yang telah dilakukan yaitu pelaksanaan pelatihan keselamatan pasien yang diikuti oleh seluruh petugas medis dan non medis rumah sakit, program tersebut selesai. Susunan panitia tim KPRS RSUD Cimacan adalah sebagai berikut:

Ketua : dr. Juliana

Sekretaris : Hasan

Anggota : Hendrawan

Laily, Amd.Keb.

Dini. Amd. Keb

Shinta, Amd. Keb

2. Karakteristik Responden

Tabel 4. 1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir

No	Karakteristik	Jumlah	Persentase (%)
----	---------------	--------	----------------

1	Jenis Kelamin		
	- Laki-laki	1	14,3
	- Perempuan	6	85,7
2	Usia		
	- < 30 tahun	5	71,4
	- >30 tahun	2	28,6
3	Pendidikan		
	D3 Keperawatan	7	100,0
	S1 Keperawatan	0	0,0

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa 1 responden (14,3%) berjenis kelamin laki-laki, 6 responden (85,7%) berjenis kelamin perempuan. Lima responden (71,43%) berusia kurang dari 30 tahun, 2 responden (28,57%) berusia lebih dari 30 tahun. Sedangkan berdasarkan pendidikan terakhir, 7 responden (100%) memiliki pendidikan terakhir D3 keperawatan.

Tabel 4. 2. Distribusi responden menurut sifat dasar pekerjaan di Unit Perawatan RSUD Cimacan Tahun 2016

No	Sifat Dasar Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
1	Kompleksitas pengobatan		
	- Tidak Kompleks	5	71,43
	- Kompleks	2	28,57
2	Alur Pekerjaan		
	- Patuh	1	14,3
	- Tidak Patuh	6	85,7
3	Kehadiran dan ketidakhadiran staf		
	- Hadir	7	0
	- Tidak hadir	0	100,00

B. Pembahasan

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui analisis sifat dasar pekerjaan perawat terhadap Kejadian Nyaris Cedera (KNC) di unit perawatan RSUD Cimacan. Sifat dasar pekerjaan tersebut meliputi kompleksitas pengobatan, alur pekerjaan, dan kehadiran dan ketidakhadiran staf.

a. Kompleksitas pengobatan

Sesuai dengan pendapat Wiilliam, Dunning, dan Leach (2011) bahwa semakin kompleks pengobatan pasien, semakin dibutuhkan ketelitian dan kewaspadaan dalam merawat pasien agar terhindar dari kesalahan. Penelitian lain juga menyebutkan bahwa polifarmasi dapat meningkatkan resiko interaksi obat yang dapat dicegah dan kejadian tak diharapkan, ketidakpatuhan minum obat, kunjungan instalasi gawat darurat dan masuk rumah sakit, kematian terkait obat, dan mortalitas (Gnjidic, 2012). Perawat lebih banyak terlibat dalam persiapan dan pemberian terapi kepada pasien sehingga perawat harus berhati-hati dalam proses tersebut. Hamid (2011) berpendapat bahwa segala tindakan keperawatan harus dapat menjamin keamanan dan kenyamanan pasien serta terhindar dari cedera. Pasien yang memiliki pengobatan yang kompleks dalam pelayanan sehari-hari harus bisa ditangani perawat dengan kemampuan mengambil keputusan kritis dan segera dimana hal ini juga beresiko menimbulkan kesalahan (Runciman, et al, 2000). Dalam penelitian Saedder, et al (2014) disebutkan bahwa pasien-pasien yang mendapat terapi 7 golongan obat ini (metotrexat, warfarin, Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS), digoxin, opioid, asam salisilat, dan beta bloker harus mendapat perhatian khusus karena dapat meningkatkan lama rawat inap, disabilitas, kondisi yang mengancam jiwa, dan kematian sekitar 50%. Dari sisi responden, perawat tidak merasa kesulitan dengan asuhan keperawatan yang perlu dilakukan dan juga bisa disebabkan oleh diagnosis pasien yang tidak terlalu kompleks.

2. Alur pekerjaan

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa 6 responden (85,7%) tidak patuh terhadap prosedur pekerjaan yang berlaku. Alur pekerjaan/SOP merupakan upaya untuk menjaga

keselamatan pasien yang diterapkan dalam setiap tindakan perawat agar terhindar dari terjadinya cedera (Arma, 2012). Prosedur tersebut biasanya dapat diakui secara menyeluruh dalam profesi atau dalam organisasi tertentu. Perilaku kepatuhan bersifat sementara karena perilaku ini akan bertahan bila ada pengawasan. Jika pengawasan hilang atau mengendur maka akan timbul perilaku ketidakpatuhan. Perilaku kepatuhan ini akan berjalan optimal jika perawat itu menganggap perilaku ini bernilai positif dan akan diimplikasikan dalam tindakan asuhan keperawatan. Perilaku keperawatan ini akan dapat dicapai jika manajer keperawatan merupakan orang yang dapat dipercaya dan dapat memberikan motivasi (Sarwono, 2007). Natasia (2014) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan perawat terhadap SOP adalah kurangnya informasi dan persepsi terhadap tentang SOP sehingga tidak semua perawat mengetahui jenis SOP yang ada di unit kerjanya. Akibatnya perawat bekerja tidak bekerja berdasarkan SOP yang ada.

Belum optimalnya SOP juga merupakan salah satu faktor kontributor utama tingginya angka kematian di instalasi gawat darurat (Limantara et al, 2015). Di sisi lain, alur pekerjaan yang rumit sulit dipahami dan dipatuhi oleh perawat sehingga beberapa rumah sakit merampingkan beberapa proses alur pekerjaan dengan cara menerapkan teknologi untuk meningkatkan produktivitas, mengurangi biaya dan menjaga kualitas perawatan (Potter et al, 2004).

Kegagalan untuk mengikuti alur administrasi pengobatan pasien dapat menyebabkan kegagalan 5 ketepatan keamanan obat (Tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat rute pemberian, dan tepat waktu. Dengan demikian, alur pekerjaan

membutuhkan koordinasi dan komunikasi antara perawat dan staf lain yang terkait (Mazur dan Chen, 2009).

Teori *blunt end sharp end* menjelaskan bahwa interaksi manusia dengan sistem yang dapat menyebabkan terjadinya KNC (Ketring, 2006 dalam Cahyono, 2008). *Blunt end* (sisi tumpul) menggambarkan penampilan organisasi (prosedur kerja) yang berfungsi sebagai pencegah kesalahan. *Sharp end* (sisi tajam) menggambarkan petugas kesehatan yang bertugas (perawat) interaksi keduanya seharusnya seimbang agar KNC dapat terhindar.

3. Kehadiran dan ketidakhadiran staf

Variabel kehadiran tidak dapat diolah secara statistik karena mempunyai nilai variabel yang konstan, yaitu kehadiran responden sesuai. Hal ini disebabkan karena perawat yang berhalangan hadir pada saat jadwal dinas, mereka akan bertukar jadwal dengan perawat lain yang tidak memiliki jadwal dinas pada hari yang sama agar jumlah perawat yang berdinas cukup atau sesuai dengan jumlah yang dijadwalkan.

Adanya perawat yang tidak hadir pada saat jadwal dinas menyebabkan penurunan jumlah tenaga yang bertugas, penurunan kualitas perawat pada saat bertugas, dan peningkatan beban kerja. Menurut penelitian Dwiantoro (2004), terdapat hubungan beban kerja dengan ketidakhadiran perawat pelaksana. Selain itu, meningkatnya beban kerja dapat memberikan dampak terhadap keselamatan pasien (Prawitasari, 2009). Berdasarkan penelitian Sochalski (2004), perawat yang bekerja dengan beban yang lebih tinggi dilaporkan lebih sering melakukan kesalahan dan mengalami kejadian pasien jatuh saat berdinas. Selain berpengaruh terhadap kuantitas tenaga, kurangnya jumlah perawat yang bertugas dapat meningkatkan resiko kelelahan akibat bekerja terlalu lama. Jam

kerja yang terlalu lama dan stress kerja dapat menurunkan kewaspadaan (Henriksen, et al , 2008). Beban kerja terlalu berat juga terkait dengan peningkatan resiko adanya kekerasan verbal terhadap pasien dan keluarganya (Van Bogaert et al., 2013). Hal ini dapat meningkatkan cedera bagi pasien.

Penelitian menunjukkan bahwa dampak negatif dari aspek yang terkait dengan pekerjaan berpengaruh terhadap status mental perawat (Mark dan Smith, 2012). Perawat mudah mengalami stres dan emosional karena mereka bekerja pada lingkungan yang penuh tekanan dan berat. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara stres dan emosi perawat dengan hasil perawatan pasien.

Namun hasil penelitian Van Bogaert et al (2013) menunjukkan bahwa karakteristik pekerjaan perawat seperti beban kerja yang berat, rendahnya kemampuan mengambil keputusan dan rendahnya hubungan sosial kurang relevan dengan kejadian tidak diharapkan.

Dari hasil analisis multivariat dengan uji regresi linier berganda, variabel kompleksitas pengobatan dan alur pekerjaan mempunyai pengaruh sebesar 56,2% terhadap KNC, namun 43,8% dipengaruhi oleh berbagai faktor lain seperti karakteristik individu, interaksi antara sistem dan manusia, lingkungan fisik, lingkungan organisasi dan sosial, manajemen dan lingkungan eksternal (Henriksen, et al, 1993 dalam Henriksen, 2008).