

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Asuhan Keperawatan Perianestesi

##### 2.1.1 Definisi

Konsep asuhan keperawatan berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan menyatakan pelayanan pemberi asuhan oleh tenaga keperawatan adalah rangkaian interaksi dengan klien dan lingkungan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian dalam merawat dirinya (Pemerintah Republik Indonesia, 2014). Proses asuhan keperawatan adalah suatu system yang menggunakan pendekatan secara sistematis untuk mengumpulkan data masalah dan menetapkan rencana asuhan keperawatan. Pelayanan bersasaran pada pasien atau *Patient Centre Care* dalam memenuhi kebutuhan dan masalah pasien merupakan titik sentral dalam proses penyelesaian masalah. Budiono et al (2017)

Konsep asuhan keperawatan menurut pakar teori keperawatan Lydia Eloise Hall, “Dalam menentukan masalah Kesehatan klien harus selalu ada interaksi antara tim medis dan tim keperawatan. Tim medis menangani permasalahan yang bersifat patologis atau mengarah pada mekanisme penyakit, dan perawat menangani respon yang timbul akibat dari penyakit”.

Konsep asuhan keperawatan menurut pakar teori keperawatan Henderson, “Hubungan antara perawat dan pasien terbagi dalam tiga tingkatan, dimana perawat mempunyai fungsi berdasarkan tingkat ketergantungan pasien,

situasi dan kondisi. Peran perawat dalam hal ini adalah *perawat* sebagai *substitute*, *helper* dan *partner* bagi pasien”. Dari konsep asuhan keperawatan menurut Henderson dapat diuraikan bahwa peran perawat pada area perianestesi dapat dibagi menjadi tiga area meliputi area pra anestesi peran perawat berperan sebagai *partner*, intra anestesi peran perawat sebagai *substitute* dan pasca anestesi peran perawat sebagai *helper*.

### **2.1.2 Pra Anestesi, Intra Anestesi, Pasca Anestesi**

Anesthesiologi adalah cabang ilmu kedokteran dalam pengelolaan pemberian tindakan anestesi pada pasien yang bertujuan untuk memberikan kenyamanan pada pasien yang mendapatkan tindakan pembedahan. Pelayanan anestesi merupakan pelayanan yang meliputi penilaian pra anestesi, intra anestesi dan pasca anestesi yang dilakukan secara tim yang dipimpin oleh dokter spesialis anestesi dengan anggota dokter peserta program pendidikan anestesi dan perawat. PMK NO 519 Thn 20211. Definisi Perawat yang dimaksud dalam PMK 519 thn 2011 adalah perawat yang telah mendapat pelatihan anestesi yang mempunyai peran dan tanggung jawab melakukan asuhan keperawatan perianestesi. Prinsip dari Tindakan anestesi yang ideal meliputi pengelolaan menghilangkan nyeri, membuat tidak sadar dan menyebabkan amnesia *reversible*, dan kondisi yang relaksasi. Anestesi adalah hilangnya seluruh fungsi pertahanan tubuh secara modalitas dari sensasi meliputi pengelolaan nyeri, pengelolaan emosional yang negative menjadi sensasi relaksasi dan kerusakan jaringan dampak dari Tindakan pembedahan. Tiga pilar anestesi yang disebut dengan trias anestesi meliputi manajemen secara emosional dengan pemberian obat hipnotik atau sedative, yaitu membuat pasien tertidur, manajemen nyeri dimana menghilangkan rasa sakit dengan penggunaan analgesia

yang tepat, dan relaksasi otot skelet. Sehingga tindakan anestesi dapat mengakibatkan gejala klinis yaitu tidak ada respon terhadap rasa nyeri efek dari kerusakan jaringan, manajemen status emosional dan psikologi dengan menghilangkan memori atau pengalaman yang tidak menyenangkan yang disebut dengan amnesia anterograde, depresi system pernafasan sehingga pasien kehilangan potensi kemampuan mempertahankan kepatenan jalan nafas yang memadai dan ketidak mampuan mempertahankan system ventilasi secara spontan akibat penggunaan obat *muscle relaxant* dan depresi system sirkulasi atau kardiovaskular sehingga cenderung terjadinya bradikardia dan hipotensi. Pramono (2016). Evaluasi pra anestesi dilakukan dengan melakukan :

#### 1. Asesmen Pra Anestesi

Asesmen atau evaluasi pra anestesi sebelum tindakan anestesi dengan melakukan :

##### 1) Anamnesis

Anamnesis adalah suatu proses interaktif antara perawat dan pasien dengan mekanisme tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak pasien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan mencakup keterampilan verbal dan nonverbal, empatidan rasa kepedulian yang tinggi (Budiono et al 2017).

Unsur-unsur penting proses pengumpulan data meliputi riwayat penyakit yang pernah di derita, obat-obat yang sedang dikonsumsi, riwayat alergi, riwayat operasi atau tindakan anestesi yang pernah di lakukan dan komplikasi bila ada, *implant* atau *protese* yang digunakan.

## 2) Observasi

Asesmen dengan observasi adalah proses pengamatan perilaku situasi dan kondisi pasien untuk memperoleh dan mengumpulkan data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Proses observasi meliputi 2S HFT yaitu:

### a. *Sight*

Pengumpulan data dengan teknik melihat kondisi normal atau kelainan tubuh pasien meliputi anatomi jalan nafas, pola nafas, anatomi tubuh secara umum, adanya perdarahan dan adanya luka bakar.

### b. *Smell*

Pengumpulan data yang diperoleh berdasarkan daya penciuman atau aroma kondisi pasien, meliputi aroma alkohol pada pasien kategori mengkonsumsi minuman beralkohol, aroma rokok pada pasien dengan kategori perokok, aroma *urine* dan *faeces*.

### c. *Hearing*

Pengumpulan data yang diperoleh berdasarkan daya pendengaran dengan metode pengukuran tekan darah, *auscultasi* pada pemeriksaan system pernafasan, batuk dan keluhan yang disampaikan pasien dan keluarga.

### d. *Feeling*

Pengumpulan data yang diperoleh berdasarkan daya rasa dengan metoda pemeriksaan palpasi meliputi perfusi, kekuatan pulse, heart rate dan ritme.

e. *Taste*

Pengumpulan data yang diperoleh berdasarkan daya citta rasa psikologi pasien. Daya empati dan simpati perawat menganalisa pemenuhan kebutuhan psikologi pasien.

3) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dibagi menjadi dua jenis pemeriksaan baik pemeriksaan umum (status generalisata) yaitu periksaan untuk memperoleh gambaran kondisi pasien secara umum dan pemeriksaan secara menyeluruh atau *head to toe*. Pemeriksaan setempat (lokalis) ini dilakukan dengan berfokus pada area kekhususan berdasarkan spesialisasi kondisi, situasi dan masalah inti dimana spesialisasi hanya memperlihatkan daerah yang lebih sempit tetapi lebih mendalam.

1. Gambaran secara umum

Dari gambaran umum dapat diperoleh data meliputi keadaan secara umum meliputi tanda-tanda:

- 1) Evaluasi tingkat kesadaran penderita: komposmentis, apatis, sopor, koma, gelisah.
- 2) Skala nyeri.
- 3) Tanda-tanda vital, berat badan dan tinggi badan.

2. Gambaran sistemik

Asesmen menggunakan metoda *Body System* B1-B6 merupakan pemeriksaan fisik yang mengacu pada asesmen dan analisis kondisi dan masalah setiap bagian organ yang meliputi :

- 1) B1 (*breathing*) merupakan pengkajian yang berfokus pada fungsi dan masalah bagian organ pernapasan meliputi fungsi pola nafas dan kondisi jalan nafas.
  - 2) B2 (*blood*) merupakan pengkajian yang berfokus pada fungsi dan masalah organ yang berkaitan dengan system sirkulasi darah, yakni jantung dan pembuluh darah.
  - 3) B3 (*brain*) merupakan pengkajian yang berfokus pada masalah dan fungsi system neurologi fisik meliputi tingkat kesadaran dan fungsi persepsi sensori.
  - 4) B4 (*bladder*) merupakan pengkajian yang berfokus pada fungsi dan masalah system urinaria meliputi fungsi renalis baik secara anatomi dan fisiologi sistem urologi.
  - 5) B5 (*bowel*) merupakan pengkajian yang berfokus pada anatomi dan fisiologi sistem digestive atau pencernaan.
  - 6) B6 (*bone*) merupakan pengkajian yang berfokus pada anatomi dan fisiologi sistem muskuloskeletal dan integument
  - 7) Lain-lain merupakan data tambahan bila didapatkan kondisi pasien anemia, dehidrasi, dengan kehamilan, *immunosupresan*, riwayat tranfusi, *bleeding tendencies*.
- 4) Pemeriksaan Penunjang
- Pemeriksaan laboratorium dilakukan berdasarkan indikasi yang tepat sesuai dengan penyakitnya. Beberapa fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan penunjang menggunakan system pemeriksaan laboratorium panel operasi meliputi: Daral lengkap, Faan Hemostasis, fungsi liver dan

fungsi ginjal. Pedoman Pelayanan Anestesi Dan Terapi Intensive Care Unit (2022)

5) Informasi Dan Edukasi

Berdasarkan Standar Akreditasi Rumah Sakit (2022) elemen Komunikasi dan Edukasi menyebutkan bahwa, ” Dari hasil asesmen tersebut dijadikan dasar oleh Profesional Pemberi Asuhan dalam menyusun tema informasi dan edukasi sesuai dengan masalah dan tingkat pemahaman pasien dan keluarga.”. Informasi dan edukasi yang dapat diberikan dalam bentuk pemberian informasi tentang:

- a. Rencana tindakan dan hal-hal yang akan dirasakan pasien pada fase intra anestesi dan pasca anestesi.
- b. Jadwal puasa  
Pentingnya kepatuhan pasien dan keluarga tentang menerapkan jadwal puasa dan dijelaskan efek dan komplikasi apabila jadwal puasa tidak dilaksanakan.
- c. Melepas perhiasan, tidak menggunakan pewarna kuku, melepas gigi palsu yang tidak permanen.
- d. Dipastikan pasien tidak mengkonsumsi obat golongan pengencer darah.
- e. Dipastikan pasien dan keluarga mengetahui dan memahami tentang administrasi dan system administrasi penjaminan pembayaran tindakan.
- f. Dipastikan pasien dan keluarga mengerti dan memahami informasi dan edukasi yang telah diberikan, dengan menulis lengkap dan

menandatangani surat persetujuan tindakan anestesi, intervensi diagnostik dan bedah.

#### 1) Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau repon pasien terhadap masalah Kesehatan yang dialami. Diagnosis keperawatan merupakan hal yang terpenting dalam proses asuhan pasien, dimana hal tersebut merupakan penentuan rencana intervensi berdasarkan hasil asesmen. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016)

Tipe diagnosis keperawatan menurut Budiono et al (2017) terdapat tiga tipe meliputi:

##### a. Diagnosis Keperawatan Aktual

Diagnosis keperawatan aktual adalah diagnosis yang menjelaskan masalah yang nyata terjadi saat ini.

##### b. Diagnosis Keperawatan Risiko/Risiko Tinggi

Diagnosis keperawatan risiko/risiko tinggi adalah situasi atau kondisi klinis pasien yang mempunyai kondisi yang sangat rentan untuk mengalami masalah pada situasi yang sama atau kondisi yang lebih berat dengan menyertakan validasi faktor risiko.

##### c. Diagnosis Potensial

Gambaran diagnosis keperawatan potensial adalah kondisi atau masalah yang diduga akan terjadi dengan menggunakan dasar data-data klinis dan keluhan pasien dan gejala utama.

Diagnosis keperawatan merupakan cerminan dari masalah keperawatan secara mandiri dalam menentukan intervensi untuk memenuhi



kebutuhan dasar pasien. Dalam situasi yang sama masalah keperawatan merupakan masalah fisiologi yang dipengaruhi oleh masalah patologi yang berhubungan dengan pengobatan, hal tersebut disebut dengan masalah kolaboratif. Dalam situasi yang berbeda peran perawat adalah memonitor untuk menganalisa status kondisi dan respon pasien.

Masalah asuhan keperawatan pada area perianestesi berdasarkan hasil asesmen dapat dikategorikan sebagai masalah aktual, potensial dan risiko terjadi. Dimana masalah tersebut mempunyai bobot yang sama dalam menentukan atau menyusun strategi intervensinya.

Tabel.2.1 Daftar Diagnosa Keperawatan.

<b>Sistemik</b>	<b>Daftar Diagnosa Keperawatan</b>
<i>Airway</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. D.0001 Bersihan jalan nafas tidak efektif</li> <li>2. D.0002 Gangguan penyapihan ventilator</li> <li>3. D.0006 Risiko Aspirasi</li> </ol>
<i>Breathing</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. D.0003 Gangguan pertukaran gas</li> <li>2. D.0004 Gangguan ventilasi spontan</li> <li>3. D.0005 Pola nafas Tidak Efektif</li> </ol>
<i>Circulation</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. D.0007 Gangguan sirkulasi spontan</li> <li>2. D.0008 Penurunan curah jantung</li> <li>3. D.0009 Perfusi perifer tidak efektif</li> <li>4. D.0010 Risiko gangguan sirkulasi spontan</li> <li>5. D.0011 Risiko penurunan curah jantung</li> <li>6. D.0012 Risiko perdarahan</li> <li>7. D.0013 Risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif</li> <li>8. D.0014 Risiko perfusi miokard tidak efektif</li> <li>9. D.0015 Risiko perfusi perifer tidak efektif</li> <li>10. D.0016 Risiko perfusi renal tidak efektif</li> <li>11. D.0017 Risiko perfusi serebral tidak efektif</li> </ol>
<i>Brain</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. D.0062 Gangguan memori</li> <li>2. D.0066 Penurunan kapasitas adaptif intracranial</li> <li>3. D.0067 Risiko disfungsi neuro vaskular perifer</li> <li>4. D.0085 Gangguan persepsi sensori</li> </ol>
<i>Bladder</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. D.0016 Risiko perfusi renal tidak efektif</li> <li>2. D.0040 Gangguan eliminasi urin</li> <li>3. D.0043 Inkontinensia urin berlebih</li> <li>4. D.0050 Retensi urin</li> </ol>
<i>Bowel</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. D.0013 Risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif</li> <li>2. D.0076 Nausea</li> </ol>

<b>Sistemik</b>	<b>Daftar Diagnosa Keperawatan</b>
	3. D.0021 Disfungsi motilitas gastrointestinal
<i>Bone</i>	1. D.0054 Gangguan mobilitas fisik 2. D.0056 Inteloransi aktivitas
Lain-lain	1. D.0022 Hipervolumia 2. D.0023 Hipovolumia 3. D.0074 Gangguan rasa nyaman 4. D.0077 Nyeri Akut 5. D.0080 Ansietas 6. D.0129 Gangguan integritas kulit / jaringan 7. D.0130 Hipertermia 8. D.0131 Hipotermi 9. D.0134 Risiko alergi 10. D.0142 Risiko infeksi 11. D.0143 Risiko jatuh 12. D.0144 Risiko luka tekan 13. D.0149 Termoregulasi tidak efektif 14. D.0133 Perlambatan pemulihan pascabedah 15. D.0036 Risiko ketidakseimbangan cairan 16. D.0037 Risiko ketidak seimbangan elektrolit

Sumber: SDKI (2017)

Tabel 2.2 Perbedaan Diagnosis Keperawatan Dan Masalah Kolaboratif.

<b>Masalah Kolaboratif</b>	<b>Diagnosis Keperawatan</b>
Disusun oleh perawat dan dokter	Disusun oleh perawat
Tindakannya monitoring untuk mendeteksi masalah	Tindakannya menyelesaikan, mengurangi dan mencegah masalah
Tipe tujuan tanpa kriteria hasil	Tipe tujuan dengan kriteria hasil

Sumber : Budiono et al (2017)

Tabel 2.3 Pebedaan Diagnosis Keperawatan Dan Diagnosis Medis.

<b>Diagnosis Medis</b>	<b>Diagnosis Keperawatan</b>
Fokus pada pengobatan penyakit	Fokus respon pasien terhadap perubahan fungsi atau anatomi tubuh dan tindakan medis atau keperawatan
Orientasi pada keadaan patologis	Orientasi kebutuhan dasar individu
Mengarah pada tindakan medis yang Sebagian dilimpahkan kepada perawat	Mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan dan evaluasi
Kondisi tetap mulai sakit sampai sembuh	Adanya perubah sebagai reaksi tubuh sesuai perubahan respons pasien
Melengkapi diagnosis keperawatan	Melengkapi diagnosis medis

Sumber: Budiono et al (2017)

## 2) Rencana Asuhan Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan adalah mengembangkan strategi atau desain untuk melakukan preventif sebagai upaya mengurangi dan mengatasi masalah yang telah teridentifikasi didalam diagnosis keperawatan. Strategi dan desai seperti apa yang mampu perawat tetap untuk mengatasi masalah dengan efektif dan efisien. Budiono et al (2017)

Rencana asuhan keperawatan anestesi berdasarkan hasil Kongres Nurse Anesthetists, Glasgow, Scotland (2016) dilakukan secara kolaborasi interpersonal meliputi:

- a. Bekerjasama dalam pemilihan persiapan tindakan anestesi meliputi persiapan alat *airway device*, bahan habis pakai, obat anestesi, obat emergensi dan obat rumatan
- b. Memastikan alat siap pakai dan berfungsi dengan baik, meliputi mesin anestesi, *suction pump*, monitor *vitalsign*, *syring pump*, *blanked warmer*.
- c. Memastikan alat S (*scope*) T (*tube*) A (*airway device*) T (*tape*) I (*introducer*) C (*conector*) S (*suction pump*) siap pakai dan berfungsi baik.

## 2 Intervensi Keperawatan Fase Intra Anestesi

Intervensi dalam asuhan keperawatan pada area anestesi memerlukan keterampilan kognifit dan interpersonal. Keterampilan kognitif dan interpersonal menurut Budiono et al (2017) adalah, keterampilan kognitif merupakan pengetahuan perawat dalam memahami respon fisiologi dan patologi, mampu menganalisa dan mengambil tindakan yang cepat dan

tepat. Dan keterampilan interpersonal adalah bagaimana perawat mampu berkomunikasi baik dengan profesi pemberi asuhan lain dan berkomunikasi dengan pasien dan keluarga.

Intervensi asuhan keperawatan anestesi berdasarkan hasil Kongres Nurse Anesthetists, Glasgow, Scotland (2016) dilakukan secara kolaborasi interpersonal meliputi:

a. *Monitoring Airway and Ventilation*

Melakukan pemantauan fungsi kepatenan jalan nafas, efektifitas pola nafas secara kontinyu, minimal dengan observasi dan auskultasi dada. Evaluasi dan memantau ketepatan konsentrasi atau dosis gas, *breathing system*, kantong reservoir dapat berkembang secara maksimal dan regular. Pemantauan pada *system ventilation* meliputi volume tidal dengan indikator nilai CO<sup>2</sup> melalui *capnografi* dan alarm saturasi oksigen, melakukan intervensi secara kolaborasi interpersonal jika hasil monitoring menunjukkan kelainan.

b. *Monitoring Oxygenation*

Pemantauan fungsi oksigenasi dilakukan secara terus menerus meliputi kecukupan kadar oksigen dalam darah dengan indikator oksimetri nadi, warna kulit terutama di daerah perifer, warna darah pada area luka operasi. Memastikan verifikasi integritas oksigen sesuai dengan dosis yang ditentukan. Memastikan fungsi alarm apabila terjadi kegagalan suplai oksigen dan *system interlock* untuk mencegah *misconnection*.

c. *Monitoring Circulation*

Memantau system kardiovaskular secara terus menerus meliputi tiga parameter yaitu warna kulit perifer, isi ulang kapiler atau capillary time, palpasi nadi kekuatan pulss dan irama, auskultasi jantung, tekanan darah, oksimetri nadi, gambaran elektro kardiografi, dan intra arteri sesuai indikasi. Observasi dilakukan secara terus menerus setiap 5 menit. Dipastikan pemenuhan kebutuhan cairan terpenuhi dengan menghitung jumlah perdarahan dengan menggantikan komponen cairan. Penggantian cairan dihitung berdasarkan penggantian kebutuhan cairan saat puasa, rumatan kebutuhan cairan dan dengan menghitung jumlah estimasi *blood loss*.

d. *Monitoring Temperature*

Pemantauan suhu tubuh pada area anestesi dilakukan pada anak-anak atau pada pasien dewasa berdasarkan indikasi. Suhu tubuh pasien mengalami perubahan disebabkan faktor suhu ruangan kamar operasi dan faktor depresi sistim kardiovaskular pengaruh obat-obat anestesi. Hipotermi merupakan kejadian yang mempunyai risiko tinggi terhadap komplikasi anestesi.

e. *Monitoring Neuromuscular Function*

Pemantauan system neuromular dilakukan berdasarkan jenis tindakan operasi yang memerlukan blok neuromuskuler harus dilakukan monitoring fungsi neuromuskuler dengan menggunakan stimulator pada saat pemberian agen yang memblokir sistem neuromuskuler.

f. *Monitoring Depth of Anesthesia*

Melakukan pemantauan terhadap kedalaman anestesi secara teratur dengan observasi secara klinis dan menggunakan monitor *Indeks bispektra*

g. *Positioning*

Pengkajian dan pemantauan posisi pada pasien yang mendapatkan tindakan operasi sangat penting untuk diperhatikan. Memastikan posisi secara fisiologi akan mencegah terjadi dislokasi, cedera syaraf perifer karena tekanan dan terjadinya luka tekan. Menggunakan bahan-bahan dari silicon dan memberikan cream pada area yang tertekan salah satu tindakan untuk mencegah terjadinya luka tekan.

3 Evaluasi Fase Pasca Anestesi

Evaluasi pada proses asuhan keperawatan anestesi merupakan fase pasca anestesi yang memerlukan pemantauan di ruang pemulihan. Ruang pemulihan merupakan area transisi sebelum pasien di pindahkan ke ruang rawat inap atau dipulangkan. Pada fase pasca anestesi merupakan fase pemulihan dari kondisi pasien yang terpengaruh dengan agen anestesi yang mempunyai potensi mengganggu system sistemik tubuh. Maka periode ini sangat penting untuk memulihkan kondisi pasien setelah pembiusan.

Gangguan haemodinamik yang terjadi pada periode intra anestesi akan menjadi berat bila tidak dikelola dengan baik. Beberapa hal yang perlu dipantau di ruang pemulihan yaitu observasi dan monitoring tekanan darah,

nadi, dan saturasi oksigen. Pengelolaan nyeri pasca tindakan merupakan kebutuhan primer pada pasien post operasi. Pemenuhan kebutuhan cairan dipastikan harus terpantau jumlah cairan masuk dan jumlah cairan keluarannya.

Kriteria untuk menilai kelayakan pasien untuk dipindahkan ke ruang rawat inap dapat menggunakan kriteria Aldrete Score untuk pasien dewasa dan menggunakan Steward Score pada pasien anak-anak. Sedangkan penggunaan skoring pada pasien rawat jalan menggunakan *Post Anesthesia Discharge Scoring System*. Skoring pada pasien yang dilakukan tindakan regional anestesi *Spinal Anestesi Block*, menggunakan *Bromage Scor*

Tabel 2.4 Kriteria *Aldrete Score*

Sistemik	Kriteria	Skor
Sirkulasi	Tekanan darah +/- 20 mmHg dari normal	2
	Tekanan darah +/- 20 – 50 mmHg dari normal	1
	Tekanan darah +/- >5 0 mmHg dari normal	0
Kesadaran	Sadar penuh	2
	Respon terhadap panggilan	1
	Tidak ada respon	0
Oksigenasi	SpO <sup>2</sup> > 92 % dengan udara bebas	2
	SpO <sup>2</sup> > 90 % dengan suplemen oksigen	1
	SpO <sup>2</sup> < 90 % dengan suplemen oksigen	0
Pernafasan	Bisa menarik nafas dalam dan batuk bebas	2
	Dispneu atau limitasi bernafas	1
	Apnea / tidak bernafas	0
Aktifitas	Menggerakkan 4 ekstremitas	2
	Menggerakkan 2 ekstremitas	1
	Tidak mampu menggerakkan ekstremitas	0
Keterangan : Skor 8 pasien dapat dipindahkan ke ruang rawat inap Skor < 8 pasien dindahkan ke ICU setelah dilakukan observasi 2 jam di ruang pemulihan.		

Sumber: McGrath B, Chung F. *Anesthesiol Clin North America*. 2003;21(2):367–86.

Tabel 2.5 Kriteria *Steward Score*

Tanda	Kriteria	Skor
Kesadaran	Menangis	2
	Bereaksi terhadap rangsangan	1
	Tidak bereaksi	0
Pernafasan	Batuk, menangis	2
	Pertahankan jalan nafas	1
	Perlu bantuan	0
Motorik	Gerak bertujuan	2
	Gerak tak bertujuan	1
	Tidak bergerak	0
Keterangan : Jika skor > 5 pasien dapat dipindahkan ke rawat inap		

Sumber: McGrath B, Chung F. *Anesthesiol Clin North America*. 2003;21(2):367–86.

Kriteria	Skor
Gerakan penuh dari tungkai	0
Tak mampu ekstensi tungkai	1
Tak mampu fleksi lutut	2
Tak mampu fleksi pergelangan kaki	3
Jika skor 2 pasien dapat dipindahkan ke ruang rawat inap	

Tabel 2.6 Kriteria *Bromage Score*

Sumber: McGrath B, Chung F. *Anesthesiol Clin North America*. 2003;21(2):367–86.

Tabel 2.7 Kriteria *Post Anesthesia Discharge Scoring System*

Tanda	Kriteria	Skor
Kesadaran	Sadar penuh	2
	Respon terhadap rangsang minimal	1
	Respon hanya bila dirangsang fisik	0
Aktifitas Fisik	Mampu menggerakkan semua anggota gerak sesuai perintah	2
	Ada kelemahan pada bagian anggota gerak	1
	Tidak mampu menggerakkan semua anggota gerak	0
Stabilitas Haemodinamik	Tekanan darah, $\pm 15\%$ dari nilai MAP awal	2
	Tekanan darah, 15%–30% dari nilai MAP awal	1
	Tekanan darah, > 30% dari nilai MAP awal	0
Stabilitas Respirasi	Mampu bernafas dalam	2
	Takipneu tapi mampu batuk	1
	Dispneu dan tidak mampu batuk	0
Saturasi oksigen	Saturasi > 90% dengan udara bebas	2
	Saturasi > 90% dengan bantuan oksigen via nasal canul	1
	Saturasi < 90% dengan oksigen tambahan	0
Nyeri pasca bedah	Tidak ada atau minimal	2
	Nyeri sedang sampai berat dengan tambahan analgetik IV	1
	Nyeri berat yang menetap	0
Muntah pasca bedah	Tidak ada atau mual minimal tanpa muntah	2
	Muntah kadang-kadang	1
	Muntah sering dengan derajat sedang sampai berat	0
Jika skor minimal 9 dengan minimal keluhan pasien dapat dipulangkan		

Sumber: White PF, Song D. *New Criteria for Fast-Tracking After Outpatient Anesthesia: A Comparison with the Modified Aldrete's Scoring System*. *Int Anesth Res Soc*. 1999;88:1069–72.

### 3.1.1 Jenis Kegawatdaruratan Perianestesi

Gawat artinya kondisi dan situasi multi system tubuh yang tidak normal dan mempunyai potensi mengancam nyawa, sedangkan darurat



adalah kondisi dan situasi yang berhubungan dengan kecepatan waktu yang digunakan untuk melakukan tindakan secara cepat dan tepat untuk mencegah ancaman nyawa korban. Jadi, gawat darurat adalah kondisi dan situasi yang mengancam nyawa dan harus dilakukan tindakan segera untuk menghindari kecacatan bahkan kematian korban (Hutabarat & Putra, 2016).

Kegawatdaruratan pada pasien tidak sadar atau dalam keadaan anestesi merupakan masalah yang mengancam jiwa bila tidak mendapatkan intervensi yang cepat dan tepat. Sebelum kegawatan perioperatif terjadi, tim anestesi dan perawat harus memahami peran mereka dan bagaimana mengoptimalkan komunikasi. Preparasi atau persiapan merupakan upaya yang dapat meningkatkan keberhasilan upaya resusitasi. Preparasi yang dimaksud adalah preparasi pasien, perparasi alat, praparasi tim. Pedoman Pelayanan Anestesi Dan Intensif (2022)

Kegawatan perianestesi dapat sebabkan pengaruh dari agen anestesi yang mempunyai efek tidak dapat merespon terhadap rangsangan yang menyakitkan, terjadi amnesia anterograde, depresi kepatenan jalan nafas sehingga menimbulkan gangguan ventilasi spontan karena pengaruh kelumpuhan otot dan depresi kardiovaskular yang mempunyai efek bradikardia dan hipotensi. Pramono (2017)

Dari kegawatdaruratan diatas yang mempunyai nilai risiko mengancam jiwa dalam singkat adalah:

1. System respirasi

Pasien yang mendapatkan tindakan anestesi mempunyai risiko gangguan system respirasi, dimana pasien yang mendapatkan tindakan

anestesi pasien tidak sadar dengan posisi terlentang, maka tonus otot jalan nafas, otot genioglossus hilang, sehingga menyebabkan pangkal lidah jatuh yang menyebabkan obstruksi jalan nafas baik total maupun parsial. Tanda tanda terjadinya obstruksi jalan nafas stridor atau mendengkur atau snoring, nafas dengan menggunakan cuping hidung, adanya retraksi trakea, retraksi dinding thorak dan tidak dapat dirasakan adanya udara ekspirasi. Said et al (2015) Keadaan ini sering terjadi dan harus segera diketahui dan dievaluasi dengan cara manuver *triple* jalan nafas yaitu *triple airway manuver* dengan teknik head tilt, chin lift dan jaw thrust. Atau dievaluasi menggunakan pemasangan alat *airway device* yaitu *oropharyngeal airway*, *naroparingeal airway*, *endotracheal tube* atau *laryngeal mask airway*. Penyebab obstruksi jalan nafas yang lain disebabkan terjadinya spasme jalan nafas area laring, kejadian spasme laring disebabkan pemberian dosis anestesi yang dangkal atau anestesi ringan dan mendapatkan rangsangan nyeri atau rangsangan yang disebabkan produksi lender yang berlebih.

## 2. System kardiovaskular

Tindakan anestesi dapat diberikan secara umum anestesi dan regional anestesi. Faktor yang berpengaruh terhadap mekanisme anestesi diantaranya factor system respirasi, system kardiovaskular dan jaringan. Pada system kardiovaskular sangat dipengaruhi oleh system respirasi, khususnya pada teknik anestesi inhalasi. Obat inhalasi masuk melalui inspirasi dan mencapai alveoli paru. Di dalam alveoli paru agen anestesi mencapai konsentrasi tertentu sehingga cukup kuat untuk

menyebabkan proses difusi ke dalam sistem sirkulasi tubuh yang kaya pembuluh darah. Perubahan haemodinamik dapat terjadi sebagai akibat depresi pada jantung oleh agen anestesi. Manifestasi dari perubahan haemodinamik adalah penurunan curah jantung ditandai dengan penurunan tekanan darah yang disebabkan pengaruh vasodilatasi pembuluh darah dan bradikardia (Pramono, 2017). Gangguan penurunan curah jantung harus segera dilakukan evaluasi dan koreksi dengan pengaturan dosis gas anestesi, pemberian obat vasoaktif dan pemberian cairan berdasarkan indikasi hasil pemantauan.

#### 2.1.4 Algoritma

Donald Ervin Knuth (1938) mengatakan bahwa algoritma adalah alur atau kumpulan aturan-aturan yang berjenjang dan berfungsi memberikan serangkaian instruksi atau komando untuk memecahkan suatu permasalahan yang sedang terjadi. Dalam konsep secara umum, algoritma artinya adalah urutan langkah yang sistematis dan logis dalam proses penyelesaian suatu masalah. Praktik penerapannya pada asuhan keperawatan pada area anestesi, algoritma merupakan alur atau instruksi yang tidak tertulis dalam melakukan intervensi kegawatdaruratan perianestesi.

Fungsi utama dari penggunaan algoritma tidak lain adalah mencari solusi atas sebuah permasalahan. Menurut Donald E Knuth (1938) indikator algoritma terdapat 5 indikator, yaitu:

1. *Finiteness*

Sebagaimana dijelaskan di definisi algoritma di atas, bahwa algoritma digunakan sebagai *guide line* hanya untuk menyelesaikan suatu masalah tertentu dengan melakukan intervensi berdasarkan kondisi dan situasi yang tidak normal dalam waktu tertentu. Intervensi pada kegawatan perianestesi mempunyai *respon time* yang singkat diawali munculnya masalah sampai dengan teratasi masalah secara cepat dan tepat. Dengan demikian, ada batasan khusus dari rangkaian prosedur yang ada pada sebuah algoritma. Ciri *finiteness* dari sebuah algoritma juga bermakna bahwa dalam pembuatan sebuah algoritma, ada tujuan akhir yang hendak dicapai. Setelah tujuan akhir ini tercapai, algoritma tersebut tidak lagi berlaku.

## 2. *Definiteness*

Alur instruksi atau komando prosedur dalam sebuah algoritma didefinisikan secara jelas dan tak bermakna ganda (ambigu). Hal ini ditujukan agar tidak ada kesalahan ketika algoritma tersebut digunakan untuk mencapai sebuah *output* tertentu. Alur intervensi pada kegawatan perianestesi merupakan komando yang jelas dari dokter spesialis anestesi dan atau bimbingan dari perawat senior yang tidak tertulis.

## 3. *Input*

*Input* dalam konteks algoritma adalah sebuah permasalahan yang terjadi dengan indikator penyimpangan nilai normal fungsi system tubuh yang direspon oleh perawat. *Input* merupakan alasan mengapa sebuah algoritma dibuat, dan menjadi dasar mengapa algoritma tersebut diberlakukan. Gangguan pada system airway, breathing dan circulation

pada perianestesi, merupakan masalah yang mempunyai risiko terhadap kematian apabila tidak mendapatkan intervensi yang cepat dan tepat.

#### 4. *Output*

Adalah gambaran solusi dan ketepatan sikap dan tindakan perawat dalam melakukan intervensi untuk mengatasi masalah kegawatdaruratan perianestesi secara terstruktur.

#### 5. *Effectiveness*

Sebuah algoritma disusun secara sistematis, singkat dengan Bahasa yang mudah untuk dipahami dan mempunyai sifat yang terstruktur secara ringkas dan terbukti dapat digunakan secara mangkus dan sangkil (efektif dan efisien). Waktu yang digunakan dalam penyelesaian sebuah masalah pun harus ditekan sesingkat mungkin.

## 2.2 Konsep *Patient Safety*

### 2.1.1 Definisi

Konsep keselamatan pasien (*patient safety*) secara mendasar diartikan sebagai “*freedom from accidental injury*”, hal tersebut sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit pada elemen Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) yang mendefinisikan bahwa keselamatan pasien sebagai upaya dari seluruh Profesional Pemberi Asuhan dalam memberikan pelayanan berdasarkan pada keselamatan pasien dengan indikator pasien bebas dari cedera (*harm*). Hal tersebut harus dipastikan dengan cara melakukan monitoring dan dievaluasi pada kejadian yang tidak diharapkan dan pencegahan potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan yang disebabkan kejadian *error*; meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memaknai rencana

yang salah dalam mencapai tujuan (Danielsson *et al.*, 2019; Kusumawati, Handiyani and Rachmi, 2019).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, keselamatan pasien adalah suatu sistem yang disusun berdasarkan fenomena risiko atau potensial masalah yang berhubungan dengan tingginya kejadian kecacatan atau kematian apabila asuhan pasien dilakukan tidak berdasarkan standar pelayanan yang telah ditentukan. Dengan menerapkan membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan 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 (Latuconsina, Dewi and Susantyo, 2019).

### **2.1.2 Tujuan Keselamatan Pasien**

Penerapan keselamatan pasien di rumah sakit menjadi hal yang penting untuk diperhatikan seluruh Profesional Pemberi Asuhan Kesehatan, tujuan dari keselamatan pasien berdasarkan Dinius *et al.*, (2017) yaitu:

- a. Menerapkan budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- b. Sebagai pengembangan dan upaya meningkatnya akuntabilitas rumah sakit dalam pelaksanaan pelayanan kepada masyarakat.
- c. Meminimalkan kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit dan sebagai upaya pencegahan dan menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.

- d. Sebagai upaya penerapan program yang sudah disusun berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (KTD)

### 2.1.3 Prinsip Keselamatan Pasien

Berdasarkan ketentuan Kemenkes RI tahun 2015, standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar (Salawati, 2020), yang terdiri dari:

- a. Hak pasien

Rumah sakit menjamin hak pasien dan keluarga untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kondisi perjalanan penyakit, rencana tindakan dan pengobatan, asas manfaat dari tindakan dan pengobatan, komplikasi yang terjadi dari tindakan yang akan dilakukan dan alternatif tindakan sebagai pilihan pasien dan keluarga.

- b. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit melalui para Profesional Pemberi Asuhan mempunyai tugas dan tanggung jawab terhadap pasien dan keluarga dalam memberikan pendampingan dan pendidikan sesuai dengan kebutuhan pasien dan spesialisasi atau disiplin ilmu para pemberi asuhan pasien.

- c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Penerapan pelayanan yang berkesinambungan dengan menggunakan system koordinasi pada para pemberi asuhan dan antar unit pelayanan di rumah sakit dengan mengutamakan kaidah *patient safety*.

- d. Penerapan peningkatan *patient safety*

Strategi pengembangan pelayanan di rumah sakit dengan menerapkan system pelayanan terpadu dengan menggunakan desain atau metode pembaharuan

system pelayanan berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif kejadian tidak diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien.

e. Peran *leadership* terhadap *patient safety*.

Peran seorang *leader* adalah memastikan pelayanan diselenggarakan sesuai dengan standar yang berkualitas, menjamin implementasi program diselenggarakan sesuai rencana kerja, menjamin berlangsungnya program, menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit, mengukur dan mengkaji efektivitas kontribusinya dalam meningkatkan *patient safety*.

f. Training dan edukasi staf

1. Rumah sakit menyelenggarakan proses pendidikan, pelatihan, dan orientasi kepada seluruh para pemberi asuhan pasien berdasarkan peran dan tugas yang berhubungan dengan keselamatan pasien secara jelas.
2. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan berkelanjutan secara terus menerus sebagai upaya meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

g. Komunikasi efektif merupakan dasar utama tercapainya *patient safety*.

1. Secara periodik rumah sakit melakukan monitoring dan evaluasi sebagai upaya menyusun strategi peningkatan system manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
2. Penerapan monitoring dan evaluasi transmisi data dan informasi secara tepat waktu dan akurat.



#### 2.1.4 Penerapan Keselamatan Pasien

Penerapan standar keselamatan pasien berdasarkan Pedoman Nasional Keselamatan Pasien di Rumah Sakit adalah dengan menggunakan dan melaksanakan tujuh langkah keselamatan pasien (Latuconsina, Dewi and Susantyo, 2019; Salawati, 2020), yaitu:

a. Motivasi dan membangun kesadaran staf terhadap nilai keselamatan pasien, membangun jiwa *leadership* untuk menciptakan budaya yang terbuka dan adil. Upaya tersebut dapat diterapkan dengan langkah sebagai berikut:

##### 1. Bagi Rumah Sakit

Faktor utama adalah memastikan bahwa di rumah sakit memiliki kebijakan yang mengatur alur apabila terjadi insiden yang pada area lingkup rumah sakit, memastikan staf memahami system pelaporan apabila terjadi insiden, memberikan dukungan kepada staf, pasien dan keluarga yang terlibat dalam insiden. Peranan para *leadership* untuk membentuk dan menumbuhkan budaya pelaporan sebagai upaya untuk melakukan evaluasi alur atau system pelayanan di rumah sakit.

##### 2. Bagi Unit/Tim

Pentingnya peranan dari unit untuk memberikan dukungan kepada staf untuk mengemukakan atau melaporkan bila terjadi insiden. Menumbuhkan rasa percaya diri terhadap kemampuan untuk berbicara secara terbuka bilamana ada insiden dan mampu mendemonstrasikan indikator yang dipakai di rumah sakit untuk memastikan semua laporan

dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.

b. Peranan *Leadership*

*Leadership* sangat menentukan keberhasilan dalam membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang penerapan program keselamatan pasien rumah sakit, langkahnya adalah:

1. Untuk Rumah Sakit

Peran aktif para pimpinan yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien. Mengidentifikasi orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi “penggerak” dalam menerapkan program keselamatan pasien, serta memprioritaskan keselamatan pasien pada setiap rapat direksi.

2. Untuk Tim/Unit

Memberikan penjelasan kepada seluruh staf pemberi asuhan tentang pentingnya pengaruh, manfaat dan dampak dari gerakan menjalankan keselamatan pasien. Menumbuhkan sikap yang bertanggung jawab terhadap kejadian dan melaporkan semua insiden yang terjadi di lingkungan pelayanan rumah sakit.

c. Manajemen pengelolaan risiko

Pengembangan sistem dan proses pengelolaan resiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen yang mempunyai potensial masalah dengan:

1. Untuk Rumah Sakit

Dengan melakukan evaluasi terhadap struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan non klinis, memastikan manajemen risiko mencakup dan terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf.

Mengembangkan strategi kinerja rumah sakit sebagai salah satu metoda pengelolaan risiko yang dimonitor oleh Direksi/Pimpinan rumah sakit. Menggunakan dan menerapkan system informasi yang benar dan jelas untuk mengelola sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.

## 2. Untuk Unit/Tim

Peran aktif *leadership* dalam membangun pelayanan pada masing masing unit dengan membentuk FGD (*Focum Group Discussion*) untuk mendiskusikan isu- isu keselamatan pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait. Melakukan proses assesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan menentukan strategi yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut.

### d. Mengembangkan Sistem Pelaporan

Menerapkan peran aktif para staf dengan melibatkan pada proses audite dan menyusun laporan secara rutin setiap bulan. Rumah sakit memberikan kemudahan dengan menyediakan fasilitas pelaporan yang kejadian/insiden yang terintegrasi dengan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS). Langkah penerapannya:

#### 1. Peran Rumah Sakit

Menyediakan system pelaporan dan melakukan monitoring dan evaluasi rencana kerja dari sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke KKP-RS.

#### 2. Peran Unit/Tim

Peran *leadership* untuk memberikan informasi dan edukasi kepada staf, untuk menumbuhkan rasa percaya diri dan memberikan semangat kepada staf untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga.

e. Melibatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien

Menerapkan dan mengembangkan sistem komunikasi yang terbuka dengan pasien dan keluarga. Langkah penerapannya:

1. Peran Rumah Sakit

Berdasarkan kebijakan pelayanan di rumah sakit secara jelas diputuskan pemberlakuan system komunikasi efektif dan terbuka jika terjadi insiden selama proses asuhan terkait dengan pasien dan keluarga. Dipastikan pasien dan keluarga mendapatkan informasi yang benar dan jelas. Rumah sakit memberikan dukungan, pelatihan, dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarga.

2. Peran Unit/Tim

Peran *leadership* dalam melakukan pengelolaan manajemen risiko dengan memprioritaskan pasien dan keluarga jika terjadi insiden dengan memberikan informasi yang jelas dan benar. Memastikan kepada staf pemberi asuhan segera setelah kejadian untuk menyusun laporan kronologi kejadian. Memastikan tim menunjukkan rasa empati kepada pasien dan keluarganya.

f. Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien

Memberikan dukungan dan dorong kepada staf pemberi asuhan untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul, langkah penerapannya adalah:

1. Peran Rumah Sakit

Kebijakan rumah sakit bahwa seluruh staf yang bekerja di lingkup pelayanan dipastikan telah mengikuti pelatihan tentang manajemen keselamatan pasien. Mengembang kebijakan dengan menyusun standar prosedur operasional tentang *Risk Management* yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*Root Cause Analysis/ RCA*) yang membahas insiden yang terjadi dan minimum satu kali per tahun melakukan *Failure Modes and Effect Analysis* (FMEA) untuk proses risiko tinggi.

2. Peran Unit/Tim

Peran leadership untuk melibatkan staf dalam proses diskusi untuk melakukan hasil analisis insiden. Melakukan identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak. Menyusun rencana kerja sebagai upaya perbaikan pelayanan.

- g. Mencegah Risiko Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Menggunakan sistem informasi yang ada untuk melakukan evaluasi tingkat kejadian untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan. Langkah penerapannya:

1. Peran Rumah Sakit

Menggunakan system informasi yang benar dan jelas untuk proses pengumpulan data melalui sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi yang tepat. Melakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan. Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Kemenkes RI.

## 2. Peran Unit/Tim

Peran leadership untuk melibatkan staf dalam pembentukan tim dan mengembangkan berbagai untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala dengan menelaah kembali perubahan-perubahan yang telah disusun oleh tim dan memastikan program dilaksanakan secara efektif dan konsekuen. *Leader* memastikan staf yang terbentuk dalam tim menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

### 2.1.5 Insiden *Patient Safety*

Kejadian atau *Insident Report* terkait keselamatan pasien adalah pelaporan setiap kejadian yang terjadi secara tidak disengaja dan mempunyai efek terhadap perubahan kondisi pasien yang mengakibatkan atau berpotensi cedera yang dapat dicegah. Kejadian tersebut terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera, dan kejadian potensial cedera (Danielsson *et al.*, 2019; Gurková *et al.*, 2020). Jenis insiden keselamatan pasien (Dhamanti *et al.*, 2019):

- a. Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang mempunyai potensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Contohnya obat-obatan LASA (*look a like sound a like*) disimpan berdekatan.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu kejadian insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Contohnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan kepada pasien, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat tersebut diberikan kepada pasien.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seluruhnya diambil (omission) yang dapat mencederai pasien tetapi cedera tidak terjadi.
- d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan (omission) dan bukan karena penyakit dasarnya (underlying disease) atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis. Contoh KTD yaitu pasien yang diberikan obat A dengan dosis lebih karena kesalahan saat membaca dosis obat pada resep sehingga pasien mengeluhkan efek samping dari obat tersebut.
- e. Kejadian Sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk memperthankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien. Kejadian sentinel biasanya dipakai untuk kejadian tidak diharapkan atau tidak dapat diterima

seperti operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata sentinel terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi misalnya amputasi pada lokasi yang salah, dll, sehingga pencarian fakta-fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

### 2.1.6 Sasaran *Patient Safety*

Berdasarkan standar Sasaran Keselamatan Pasien ini mengacu pada *Nine Life saving Patient Safety Solution* dari WHO (2007) dan *Joint Commission International (JCI)* disebut “*International Patient Safety Goals (IPSG)*” (Simamora, 2020). Sasaran *patient safety* terdiri dari :

a. Sasaran I : Identifikasi

Identifikasi merupakan proses penerapan atau melakukan *double chek* sebelum melakukan Tindakan atau intervensi kepada pasien. Identifikasi dilakukan kepada pasien secara individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan dan kedua untuk memastikan kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Prosedur tersebut memerlukan minimal dengan dua cara untuk melakukan identifikasi yaitu dengan pertanyaan secara terbuka dengan cara pasien menyebutkan nama, nomor rekam medis, atau tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-code, dan lain (Ananya *et al.*, 2019).

Indikator atau elemen penilaian untuk sasaran proses indentifikasi ini adalah sebagai berikut (Gamal Attia, Saeed Ahmed and Moustafa Safan, 2021):

1. Prosedur identifikasi pasien yang dirawat dengan menggunakan gelang identitas sedikitnya dua identitas pasien (nama, tanggal lahir atau nomor rekam medik).



2. Prosedur identifikasi pasien yang dirawat diidentifikasi dengan menggunakan penanda warna gelang yang ditentukan dengan ketentuan biru untuk laki-laki dan merah muda untuk perempuan, merah untuk pasien yang mengalami alergi dan kuning untuk pasien dengan risiko jatuh (risiko jatuh telah diskoring dengan menggunakan protap penilaian skor jatuh yang sudah ada).
  3. Prosedur identifikasi pada pasien yang dirawat sebelum pemberian obat atau produk darah.
  4. Prosedur identifikasi pada pasien yang dirawat sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
  5. Prosedur identifikasi pada pasien yang dirawat sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
- b. Sasaran II: Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif adalah proses komunikasi yang dilakukan secara akurat, tepat waktu, lengkap, jelas, dan yang mudah dipahami. Komunikasi efektif merupakan prosedur yang mempunyai efek yang sangat baik terhadap pencegahan kejadian insiden dan dapat meningkatkan keselamatan pasien. Risiko kejadian insiden yang berhubungan dengan system komunikasi adalah proses pelaporan hasil kritis. Kebijakan rumah sakit atau standar prosedur operasional dalam proses identifikasi menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat (Abdullah, Abdullah and Abo Elmagd, 2020). Indikator elemen penilaian pada sasaran keselamatan ke II ini terdiri dari beberapa hal sebagai berikut:

1. “*READ BACK*” prosedur yang dilakukan pada saat menerima permintaan secara lisan atau menerima pesanan program pelayanan melalui telepon dan pasang stiker “*SIGN HERE*” sebagai pengingat para pemberi asuhan untuk melakukan tanda tangan dengan Batasan waktu satu kali 24 jam.
  2. Menggunakan metode komunikasi yang tepat yaitu SBAR saat melaporkan keadaan pasien kritis, melaksanakan serah terima pasien antara shift (*hand off*) dan melaksanakan serah terima pasien antar ruangan dengan menggunakan singkatan yang telah ditentukan oleh manajemen.
- c. Sasaran III: Peningkatan Keamanan Obat yang Membutuhkan Perhatian.

Rumah sakit perlu mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*). Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen rumah sakit harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien agar terhindar dari resiko kesalahan pemberian obat. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit tersebut. Kebijakan atau prosedur juga dapat 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 (Aguiar *et al.*, 2017; Seliem, Shazly and Mostafa, 2019). Elemen yang merupakan standar penilaian sasaran III adalah sebagai berikut :

1. Melakukan sosialisasi dan mewaspadaikan obat *Look Like dan Sound Alike* (LASA) atau Nama Obat Rupa Mirip (NORUM)
  2. Menerapkan kegiatan *DOUBLE CHECK* dan *COUNTER SIGN* setiap distribusi obat dan pemberian obat pada masing-masing instansi pelayanan.
  3. Menerapkan agar Obat yang tergolong *HIGH ALERT* berada di tempat yang aman dan diperlakukan dengan perlakuan khusus
  4. Menjalankan Prinsip Delapan Benar dalam pelaksanaan pendelegasian Obat (Benar Instruksi Medikasi, Pasien, Obat, Masa Berlaku Obat, Dosis, Waktu, Cara, dan Dokumentasi).
- d. Sasaran IV: Mengurangi Risiko Salah Lokasi, Salah Pasien dan Tindakan Operasi.

Rumah sakit dapat mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan pemberian pelayanan dilakukan dengan tepat lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien. Salah lokasi, salah pasien, salah prosedur, pada operasi adalah sesuatu yang menkhawatirkan dan kemungkinan terjadi di rumah sakit (Saptarini, Sujianto and Nurjazuli, 2021). Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator 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 (bagian tulang belakang). Proses verifikasi praoperatif ditujukan untuk memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar; memastikan bahwa semua dokumen, foto (imaging), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia dan diberi label dengan baik

serta dipampang dan melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant-implant yang dibutuhkan. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan checklist dan sebagainya (Aiken *et al.*, 2018; Alquwez *et al.*, 2018).

Elemen yang menjadi penilaian pada sasaran IV ini adalah memberi tanda spidol skin marker pada sisi operasi (*Surgical Site Marking*) yang tepat dengan cara yang jelas dimengerti dan melibatkan pasien dalam hal ini (*Informed Consent*).

e. Sasaran V: Mengurangi Risiko Infeksi

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan yang diberikan. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan hal yang menjadi perhatian besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah dan pneumonia (Abdullah, Abdullah and Abo Elmagd, 2020; Saptarini, Sujianto and Nurjazuli, 2021).

Elemen yang menjadi penilaian sasaran V adalah sebagai berikut.

1. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *Five Moment Hand Hygiene* dan digunakan dalam tatanan kesehatan untuk pelayanan ke pasien.
2. Menggunakan *Hand rub* di ruang perawatan dan melakukan pelatihan cuci tangan efektif.

3. Memberikan tanggal dengan menggunakan spidol atau tinta yang jelas setiap melakukan prosedur invasif (infuse, dower cateter, CVC, WSD, dan lain-lain)

f. Sasaran VI: Pecegahan Risiko Pasien Jatuh

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks 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 pasien yang berkemungkinan mengkonsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien (Dhamanti *et al.*, 2019; Simamora, 2020). Elemen yang menjadi penilaian sasaran VI adalah sebagai berikut.

1. Melakukan pengkajian risiko jatuh pada pasien yang dirawat di rumah sakit.
2. Melakukan tindakan untuk mengurangi atau menghilangkan risiko jatuh.
3. Memberikan tanda bila pasien berisiko jatuh dengan gelang warna kuning dan kode jatuh yang telah ditetapkan oleh manajemen.

### **2.2.7 Standar Akreditasi Rumah Sakit tentang Keselamatan Pasien**

- 1) Sasaran 1: Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar
  - a. Standar SKP.1: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien.

b. Maksud dan Tujuan SKP.1

Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Keadaan yang dapat membuat identifikasi tidak benar adalah jika pasien dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, tidak sepenuhnya sadar, dalam keadaan koma, saat pasien berpindah tempat tidur, berpindah kamar tidur, berpindah lokasi di dalam lingkungan rumah sakit, terjadi disfungsi sensoris, lupa identitas diri, atau mengalami situasi lainnya.

c. Elemen Penilaian SKP 1

Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien. Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit. Identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katektisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.

2) Sasaran 2: Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

a. Standar SKP.2

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telpon antar-PPA.

b. Standar SKP.2.1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis.

c. Standar SKP.2.2

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi “Serah Terima” (*hand over*).

d. Maksud dan Tujuan SKP.2 sampai SKP.2.2

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (*ambiguous*), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk verbal, elektronik, atau tertulis. Komunikasi yang buruk dapat membahayakan pasien. Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah saat perintah lisan atau perintah melalui telepon, komunikasi verbal, saat menyampaikan hasil pemeriksaan kritis yang harus disampaikan lewat telpon. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan aksen dan dialek. Pengucapan juga dapat menyulitkan penerima perintah untuk memahami perintah yang diberikan. Misalnya, nama-nama obat yang rupa dan ucapannya mirip (*look alike, sound alike*), seperti phenobarbital dan phentobarbital, serta lainnya.

e. Elemen Penilaian SKP.2

Ada regulasi tentang komunikasi efektif antarprofesional pemberi asuhan. (lihat juga TKRS 3.2). Ada bukti pelatihan komunikasi efektif antarprofesional pemberi asuhan. Pesan secara verbal atau verbal lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan. Penyampaian hasil pemeriksaan diagnostik secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap.

f. Elemen Penilaian SKP.2.1

Rumah sakit menetapkan besaran nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan hasil diagnostik kritis.

g. Elemen Penilaian SKP.2.2

Ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara profesional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (*hand over*).

3) Sasaran 3: Meningkatkan Keamanan Obat-Obat Yang Harus Diwaspadai (*High Alert Medications*)

a. Standar SKP.3

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.

b. Standar SKP.3.1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat.

c. Maksud dan Tujuan SKP.3 dan SKP.3.1



Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien.

d. Elemen Penilaian SKP.3

Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai.

Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat.

Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasar atas data spesifik sesuai dengan regulasi.

Tempat penyimpanan, pelabelan, dan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai termasuk obat NORUM diatur di tempat aman.

e. Elemen Penilaian SKP.3.1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mencegah kekurang hati-hatian dalam mengelola elektrolit konsentrat.

Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi atau depo farmasi.

4) Sasaran 4: Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar

a. Standar SKP.4

Rumah sakit memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien sebelum menjalani tindakan dan atau prosedur.

b. Standar SKP.4.1

Rumah sakit memastikan dilaksanakannya proses Time-out di kamar operasi atau ruang tindakan sebelum operasi dimulai.

c. Maksud dan Tujuan SKP.4 dan SKP.4.1

Salah-Lokasi, Salah-Prosedur, dan salah-Pasien yang menjalani tindakan serta prosedur merupakan kejadian sangat mengkhawatirkan dan dapat terjadi. Kesalahan ini terjadi antara lain akibat komunikasi yang tidak efektif dan tidak adekuat antaranggota tim; tidak ada keterlibatan pasien untuk memastikan ketepatan lokasi operasi dan tidak ada prosedur untuk verifikasi; asesmen pasien tidak lengkap; catatan rekam medik tidak lengkap; budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antaranggota tim; masalah yang terkait dengan tulisan yang tidak terbaca, tidak jelas, dan tidak lengkap; penggunaan singkatan yang tidak terstandarisasi dan dilarang.

d. Elemen Penilaian SKP.4

Ada regulasi untuk melaksanakan penandaan lokasi operasi atau tindakan invasive (*site marking*).

Ada bukti rumah sakit menggunakan satu tanda di empat saya

e. Elemen Penilaian SKP.4.1

Ada regulasi untuk prosedur bedah aman dengan menggunakan “*surgical check list*” (Surgical Safety Checklist dari WHO Patient Safety 2009).

Sebelum operasi atau tindakan invasif dilakukan, rumah sakit menyediakan “*check list*” atau proses lain untuk mencatat, apakah informed consent sudah benar dan lengkap, apakah Tepat-Lokasi, Tepat-

Prosedur, dan Tepat-Pasien sudah teridentifikasi, apakah semua dokumen dan peralatan yang dibutuhkan sudah siap tersedia dengan lengkap dan berfungsi dengan baik.

Rumah sakit menggunakan Komponen *Time-Out* terdiri atas identifikasi Tepat- Pasien, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan sebelum melakukan irisan.

Rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang Tepat-Lokasi, Tepat- Prosedur, dan Tepat-Pasien jika operasi dilakukan di luar kamar operasi termasuk prosedur tindakan medis dan gigi.

5) Sasaran 5: Mengurangi Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

a. Standar SKP.5

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan evidence- based hand hygiene guidelines untuk menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

b. Maksud dan Tujuan SKP.5

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan sebuah tantangan di lingkungan fasilitas kesehatan. Kenaikan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan bagi pasien dan petugas kesehatan. Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan terjadi di semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator.

c. Elemen Penilaian SKP.5

Ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) yang mengacu pada standar WHO terkini.

Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh rumah sakit sesuai dengan regulasi.

Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur.

Ada bukti staf melaksanakan lima saat cuci tangan.

Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan.

6) Sasaran 6: Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

a. Standar SKP.6

Rumah sakit melaksanakan upaya mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh.

b. Maksud dan Tujuan SKP.6

Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain: kondisi pasien; gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif); lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit; riwayat jatuh pasien; konsumsi obat tertentu; konsumsi alkohol.

c. Elemen Penilaian SKP.6

Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cedera karena jatuh.

Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, dan lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan regulasi.

## 2.3 Konsep Teori *Work Productivity*

### 2.3.1 Definisi *Work Productivity*

Istilah *work productivity* atau produktivitas kerja berasal dari kata produktivitas dan kerja. Menurut kamus Besar Bahasa Indonesia, produktivitas berarti kemampuan untuk menghasilkan sesuatu daya untuk berproduksi. Kata kerja atau bekerja secara sederhana dapat diartikan sebagai suatu aktivitas kehidupan manusia ditandai oleh suatu aktivitas, yaitu bekerja untuk mempertahankan hidup.

Produktivitas kerja selalu dilihat dari 2 segi, yaitu segi *output* (keluaran) dan segi *input* (masukan). Produktivitas sendiri selalu melibatkan waktu atau masukan yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu produk atau keluaran. Barnes (1980) menyatakan bahwa produktivitas adalah perbandingan antara *output* dengan beberapa atau semua sumber yang digunakan untuk memproduksi *input*. Produktivitas karyawan dapat didefinisikan sebagai perunit waktu atau *output* perjam kerja (Nursalam, 2020a). Sinungan (2000) dalam (Nursalam, 2020b) mendefinisikan pengertian produktivitas yang dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu :

1. Rumusan tradisional bagi keseluruhan produktivitas tidak lain ialah ratio apa yang dihasilkan (*output*) terhadap keseluruhan peralatan produksi yang dipergunakan (*input*).

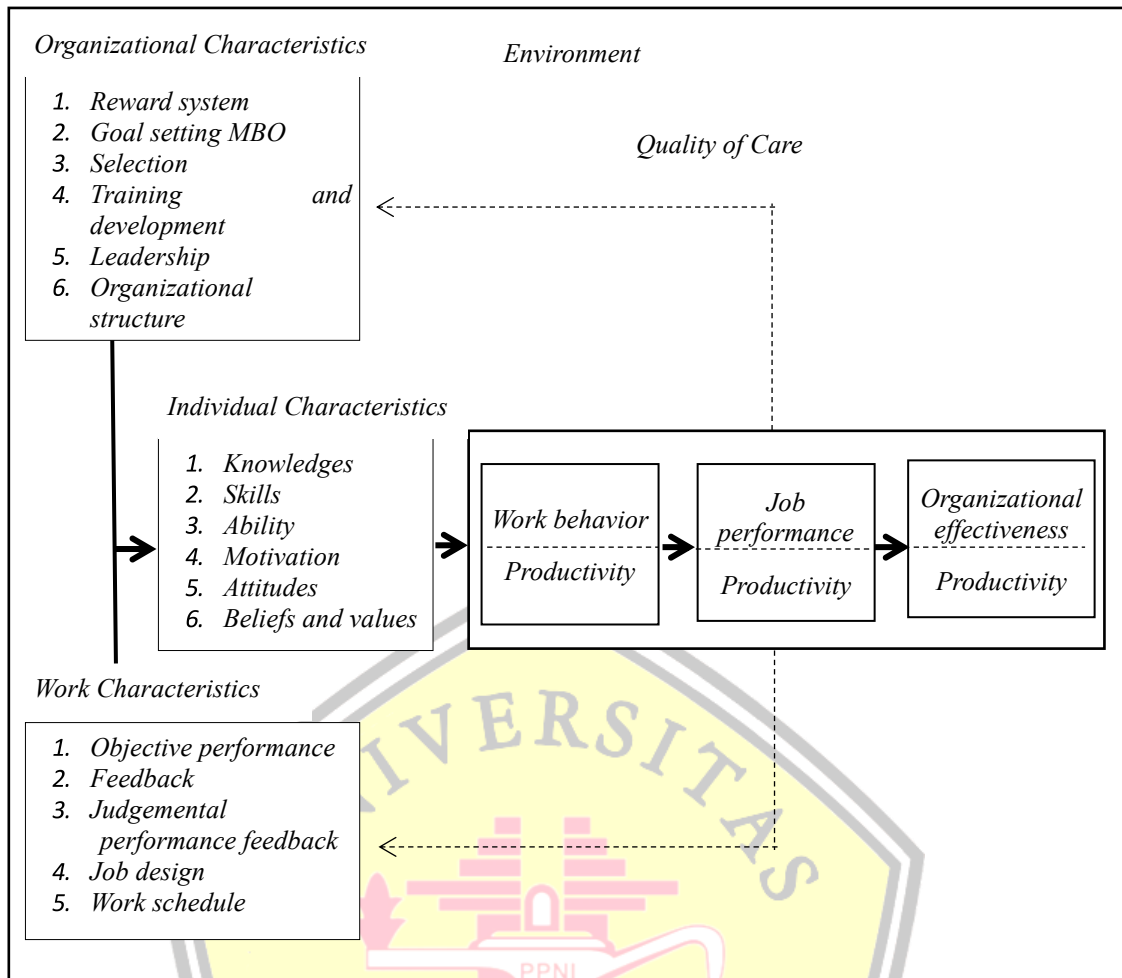
2. Produktivitas pada dasarnya adalah suatu sikap mental yang selalu mempunyai pandangan bahwa mutu kehidupan hari ini lebih baik daripada kemarin, dan hari esok lebih baik dari hari ini.
3. Produktivitas merupakan interaksi terpadu secara serasi dari tiga faktor esensial, yakni : investasi termasuk penggunaan pengetahuan dan teknologi serta riset, manajemen, dan tenaga kerja.

Sinungan (2000) juga mengartikan produktivitas sebagai hubungan antara hasil nyata maupun fisik (barang-barang atau jasa) dengan masukan yang sebenarnya. Produktivitas dikatakan sebagai suatu perbandingan antara hasil keluaran dan masukan. Masukan seringkali dibatasi dengan masukan tenaga kerja, sedangkan keluaran diukur dengan satuan fisik, bentuk dan nilai (Nursalam, 2020a).

Berdasarkan rangkaian dan uraian teori-teori di atas, dapat dikatakan bahwa produktivitas kerja adalah perbandingan antara *output* atau hasil yang meliputi kualitas dan kuantitas, dengan *input* atau masukan dalam satuan waktu tertentu.

### 2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Produktifitas Kerja

Teori produktifitas disampaikan oleh Kopelman yaitu sebagai berikut Kopelman (1986) faktor penentu organisasi yakni kepemimpinan dan sistem imbalan berpengaruh ke kinerja individu atau organisasi melalui motivasi, sedangkan faktor penentu organisasi lainnya, yakni pendidikan berpengaruh ke kinerja individu atau organisasi melalui variabel pengetahuan, keterampilan, atau kemampuan. Kemampuan dibangun oleh pengetahuan dan keterampilan tenaga kerja. Bagan teori kinerja dan produktifitas dari Kopelman (Nursalam, 2020a):



Gambar 2.1 Teori Produktifitas Kerja Kopelman (1986) (Nursalam, 2020a)

Beberapa faktor yang mempengaruhi produktifitas kerja sebagai berikut (Nursalam, 2020a):

1. Karakteristik Organisasi (*organizational characteristics*)

Organisasi ada sebagai kumpulan individu-individu yang sepakat bergabung dan mengupayakan pencapaian tujuan masing-masing melalui pencapaian tujuan organisasi (Santoso, 2019). Adapun karakteristik organisasi menurut Kopelman adalah (Nursalam, 2020a, 2020b):

1) Sistem Imbalan (*reward system*)

Pemberian penghargaan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan sesuatu yang diinginkan rumah sakit dalam jangka panjang

untuk mengembangkan dan menerapkan kebijakan, praktik, dan proses pemberian penghargaan yang mendukung pencapaian tujuan dan memenuhi kebutuhan. Penghargaan diartikan sebagai suatu stimulus terhadap perbaikan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

Sistem penghargaan didefinisikan apa yang ingin diberikan oleh pemberi kerja, yang berdampak langsung pada apa yang diinginkan dan dikontribusikan oleh karyawan sebagai hasil pekerjaannya. Imbalan Jasa (*compensation*) memiliki cakupan yang lebih luas dari upah atau gaji karena semua imbalan yang diterima karyawan sebagai hasilnya pekerjaan oleh organisasi mereka, moneter maupun non-moneter (Franco-Santos & Gomez-Mejia, 2015).

## 2) Penetapan Tujuan (*goal setting, Management By Objective/MBO*)

Visi adalah pernyataan tentang tujuan organisasi yang diekspresikan dalam produk dan pelayanan yang ditawarkan, kebutuhan yang dapat ditanggulangi, kelompok masyarakat yang dilayani, nilai-nilai yang diperoleh serta aspirasi dan cita-cita masa depan. Tenaga keperawatan sebagai perpanjangan tangan dari rumah sakit dalam menerjemahkan visi dan misi. Untuk itu perlu memahami dan menerapkan visi dan misi organisasi dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Tujuan utama MBO adalah untuk memperjelas peran yang diharapkan dimainkan karyawan dalam mencapai tujuan organisasi dengan mengizinkan individu untuk berpartisipasi dalam penetapan tujuan dan evaluasi kinerja, sehingga MBO mampu meningkatkan motivasi pekerja.



Filosofi MBO yang diadaptasi oleh organisasi didasarkan pada dua asumsi umum, yaitu:

- (1) Perilaku manajer lebih penting daripada kepribadiannya,
- (2) Perilaku harus ditentukan oleh hasil dari tujuan yang ditetapkan (Hoffmann-Burdzińska & Flak, 2016; Ross, 1971).

Menurut Ross (1971) Keberhasilan pendekatan tergantung pada tiga variabel:

- (1) Umpan balik yang diberikan satu sama lain di antara karyawan dalam suatu organisasi
- (2) Dukungan dari manajer puncak di bidang orientasi dan akibatnya dalam menerapkan metode manajemen berdasarkan tujuan
- (3) Sikap manajer yang berorientasi pada tujuan.

3) Seleksi (*selection*)

Seleksi tenaga harus didasarkan pada prinsip tepat orang (*the right man*), di tempat yang tepat (*on the right place*), dan waktu yang tepat (*on the right time*).

4) Pelatihan dan Pengembangan (*training and development*)

Pelatihan adalah proses pendidikan jangka pendek dengan menggunakan prosedur yang sistematis dan terorganisasi dalam pembelajaran kepada tenaga keperawatan. Pelatihan bermanfaat agar pegawai bekerja lebih terampil, menguasai pekerjaan dan tugas yang diberikan serta menyelesaikan semua tugas dan pekerjaan dengan baik. Manfaat bagi perusahaan atau organisasi agar pegawai terlatih dan bekerja dengan kualitas kerja yang tinggi serta kuantitas kerja yang besar (Karinda *et al.*, 2016).

5) Kepemimpinan (*leadership*)

Pengertian kepemimpinan yaitu kegiatan atau seni mempengaruhi orang lain agar mau bekerja sama yang didasarkan pada kemampuan orang tersebut untuk membimbing orang lain dalam mencapai tujuan-tujuan yang diinginkan kelompok (Nursalam, 2020a). Dalam kepemimpinan situasional, proses kepemimpinan memerlukan peran tiga elemen yaitu pemimpin, pengikut, dan lingkungan situasional (Santoso, 2019).

6) Struktur dan Budaya organisasi (*organization structure and culture*)

Struktur organisasi menggambarkan dengan jelas pemisahan kegiatan pekerjaan antara yang satu dengan yang lain dan bagaimana hubungan aktivitas dan fungsi dibatasi. Dalam struktur organisasi yang baik harus menjelaskan hubungan wewenang siapa melapor kepada siapa.

2. Karakteristik Individu (Perawat)

1) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan dapat diartikan sebagai actionable information atau informasi yang dapat ditindaklanjuti atau informasi yang dapat digunakan sebagai dasar untuk bertindak, untuk mengambil keputusan, dan untuk menempuh arah atau strategi tertentu.

2) Keahlian (*skill*)

Definisi keahlian sebagai kapasitas yang dibutuhkan dalam melaksanakan beberapa tugas. *Hard skill* merupakan penguasaan ilmu pengetahuan, teknologi, dan keterampilan teknis yang berhubungan dengan bidang ilmunya.

3) Kemampuan (*ability*)

Kemampuan seorang untuk melakukan sesuatu, ada banyak aspek yang dapat dinilai dari variabel kemampuan, diantaranya kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor. Perawat perlu terus mengembangkan diri melalui uji kompetensi, pendidikan formal, dan nonformal.

#### 4) Motivasi (*motivation*)

Motivasi adalah proses yang menjelaskan intensitas, arah, dan ketekunan seorang individu untuk mencapai tujuannya. Tiga elemen utama dalam motivasi ini adalah intensitas, arah, dan ketekunan. Perawat perlu memupuk motivasi yang tinggi sebagai bentuk pengabdian dan altruisme pada kebutuhan pasien untuk kesembuhan (Nursalam, 2020a). Motivasi dapat berasal dari dalam individu, misalnya bangga dan merasa baik tentang pekerjaan yang dilakukan dengan baik, sedangkan dari eksternal berkaitan dengan hadiah yang diberikan oleh orang lain (Buchbinder *et al.*, 2021).

#### 5) Sikap (*attitudes*)

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang yaitu kognitif, afektif dan konatif.

#### 6) Nilai dan Norma (*value and norm*)

Nilai sebagai suatu sistem merupakan salah satu bentuk kebudayaan disamping sistem sosial serta karya. Nilai berfungsi sebagai pedoman menentukan kehidupan setiap manusia. Norma merupakan perwujudan martabat manusia sebagai makhluk budaya, moral, religi, dan sosial. Perawat perlu memperhatikan aspek nilai dan norma dalam melayani pasien. Bisa dikenal juga dengan mental model atau kemandirian.

### 3. Karakteristik Pekerjaan

#### 1) Kinerja Objektif (*objective performance*)

Tujuan dari manajemen kinerja adalah mengatur kinerja, mengetahui seberapa efektif dan efisien suatu kinerja organisasi, membantu pembentukan keputusan organisasi, kinerja tiap bagian dalam organisasi, dan kinerja individual, meningkatkan kemampuan organisasi, dan mendorong karyawan agar bekerja sesuai prosedur, dengan semangat, dan produktif sehingga hasil kerja optimal.

#### 2) Umpan balik (*feedback*)

Umpan balik adalah hal yang penting dalam perbaikan kinerja perawat, karena umpan balik merupakan informasi yang obyektif mengenai prestasi individu atau kolektif dan dapat menjadi motivasi untuk meningkatkan kinerja dalam organisasi (Mutakallim, 2016).

#### 3) Koreksi

Koreksi atau membetulkan (memperbaiki) kesalahan merupakan salah satu tugas pemimpin (Nursalam, 2020a). Perawat sebagai karyawan yang memiliki keterikatan kerja yang tinggi akan bekerja sesuai dengan komitmen untuk fokus pada tujuan, menggunakan kecerdasan dalam mengambil keputusan, bertanggung jawab atas suatu tugas, memantau perilaku mereka untuk menentukan apa yang dilakukan dengan benar dan sesuai dengan tujuan dan standar untuk dapat dicapai dan akan diperbaiki jika ada kesalahan yang dibuat (Noor, 2021; Noor *et al.*, 2021).

#### 4) Desain Pekerjaan (*job design*)

Desain pekerjaan adalah fungsi penetapan kegiatan kerja seorang atau sekelompok karyawan secara organisasional. Tujuannya untuk mengatur penugasan kerja supaya dapat memenuhi kebutuhan organisasi. Desain pekerjaan dapat juga

diartikan rincian tugas dan cara pelaksanaan tugas atau kegiatan yang mencakup siapa yang mengerjakan tugas, bagaimana tugas itu dilaksanakan, di mana tugas dikerjakan dan hasil apa yang diharapkan.

#### 5) Jadwal Kerja (*work schedule*)

Dalam proses berjalan suatu organisasi dapat eksis dibidangnya, perlu pengaturan waktu yang efektif sehingga memperoleh hasil sesuai tujuan yang diharapkan. Lingkungan kerja yang mencakup fleksibilitas penjadwalan (yaitu, sistem yang mempertimbangkan kebutuhan individu) dapat dianggap sumber daya yang signifikan untuk mempromosikan keseimbangan kehidupan kerja seorang perawat dan untuk mempertahankan kesejahteraan emosional mereka (Leineweber *et al.*, 2016).

#### 2.3.3 Upaya Peningkatan Produktivitas Kerja

Bahwa peningkatan produktivitas kerja dapat dilihat sebagai masalah berperilaku, tetapi juga dapat mengandung aspek-aspek teknis. Untuk mengatasi hal itu perlu pemahaman yang tepat tentang faktor-faktor penentu keberhasilan meningkatkan produktivitas kerja, sebagian diantaranya berupa etos kerja yang harus dipegang teguh oleh semua karyawan dalam organisasi (Nursalam, 2020a).

Adapun faktor-faktor tersebut menurut adalah:

##### 1. Perbaikan terus menerus

Dalam upaya meningkatkan produktivitas kerja, salah satu implikasinya ialah bahwa seluruh komponen organisasi harus melakukan perbaikan secara terus menerus.

##### 2. Peningkatan mutu hasil pekerjaan

Berkaitan erat dengan upaya melakukan perbaikan secara terus menerus ialah peningkatan mutu hasil pekerjaan oleh semua orang dan segala komponen organisasi. Padahal, mutu tidak hanya berkaitan dengan produk yang dihasilkan dan dipasarkan, baik berupa barang maupun jasa, akan tetapi menyangkut segala jenis kegiatan dimana organisasi terlibat.

### 3. Pemberdayaan SDM

Bahwa SDM merupakan unsur yang paling strategis dalam organisasi. Karena itu, memberdayakan sdm merupakan etos kerja yang sangat mendasar yang harus dipegang teguh oleh semua eselon manajemen dalam hierarki organisasi. Memberdayakan SDM mengandung berbagai kiat seperti mengakui harkat dan martabat manusia, perkayaan mutu kekayaan dan penerapan gaya manajemen yang partisipatif melalui proses demokratisasi dalam kehidupan berorganisas (Nursalam, 2020a).

#### 2.4 Kinerja Perawat

##### 2.4.1 Definisi Kinerja Perawat

Menurut Robbins (2016:260) indikator kinerja adalah alat untuk mengukur sejauh mana pencapaian kinerja perawat. Berikut beberapa indikator untuk mengukur kinerja perawat dalam memberikan asuhan pasien adalah: (1) Kualitas Kerja; (2) Kuantitas; (3) Ketepatan Waktu; (4) Efektifitas; (5) Kemandirian.

Kualitas kerja perawat dapat diukur dari persepsi perawat terhadap kualitas asuhan keperawatan yang dihasilkan serta kesempurnaan tugas terhadap keterampilan dan kemampuan perawat pada area anestesi (Robbins, 2016: 260). Kualitas kerja dapat digambarkan dari tingkat baik buruknya hasil kerja perawat

dalam menyelesaikan asuhan pasien juga kemampuan dan keterampilan perawat dalam mengerjakan tugas yang diberikan padanya.

Kuantitas merupakan jumlah yang dihasilkan dinyatakan dalam istilah jumlah unit, jumlah siklus aktivitas yang diselesaikan (Robbin, 2016: 260). Kuantitas yaitu ukuran jumlah hasil pelayanan dalam tindakan dalam satu kali siklus perianestesi yang diselesaikan oleh perawat sehingga kinerja perawat dapat diukur melalui jumlah (unit/siklus) tersebut. misalnya perawat dengan kompetensi anestesi dapat menyelesaikan pekerjaannya dengan cepat dan tepat dari batas waktu yang dibutuhkan untuk mempersiapkan, melakukan dan menyelesaikan asuhan keperawatan perianestesi.

Ketepatan waktu merupakan tingkat aktivitas diselesaikan pada awal waktu yang dinyatakan, dilihat dari sudut koordinasi dengan hasil output serta memaksimalkan waktu yang tersedia untuk aktivitas lain (Robbins, 2016: 261). Kinerja perawat juga dapat diukur dari ketepatan waktu perawat dalam menyelesaikan asuhan pasien yang ditugaskan kepadanya. Sehingga tidak mengganggu pekerjaan yang lain yang merupakan bagian dari tugas perawat tersebut

Efektifitas disini merupakan tingkat penggunaan sumber daya organisasi (tenaga, uang, teknologi dan bahan baku) dimaksimalkan dengan maksud menaikan hasil dari setiap unit dalam menggunakan sumber daya (Robbins, 2016: 261). Bahwa dalam pemanfaatan sumber daya baik itu sumber daya manusia itu sendiri maupun sumber daya yang berupa teknologi, modal, informasi dan bahan baku yang ada di organisasi dapat digunakan semaksimal mungkin oleh karyawan.

Kemandirian merupakan tingkat perawat yang nantinya akan dapat menjalankan fungsi kerjanya tanpa menerima bantuan, bimbingan dari atau pengawas (Robbins, 2016: 261). Kinerja perawat itu meningkat atau menurun dapat dilihat dari kualitas kerja perawat, kuantitas kerja perawat, ketepatan waktu perawat dalam bekerja disegala aspek, efektifitas dan kemandirian perawat dalam bekerja. Artinya perawat yang mandiri, yaitu perawat ketika melakukan pekerjaannya tidak perlu diawasi dan bisa menjalankan sendiri fungsi kerjanya tanpa meminta bantuan, bimbingan dari orang lain atau pengawas.

Kinerja menurut kamus besar bila dikaitkan dengan kata benda adalah terjemahan dari kata *performance*, yaitu hasil kerja. Menurut (Triwibowo, 2013) Kinerja merupakan pencapaian/prestasi seseorang berkenaan dengan seluruh tugas yang dibebankan kepadanya. Kinerja atau *performance* menurut Nursalam, (2020) adalah *efforts* (upaya atau aktivitas) ditambah *achievements* (hasil kerja atau pencapaian hasil upaya). Selanjutnya kinerja dirumuskan sebagai  $P = E + A$ .

$$Performance = Efforts + Achievement$$

Kinerja berasal dari kata *to perform* artinya (1) melakukan, menjalankan, melaksanakan (*To do or carry of a execute*), (2) memenuhi atau melaksanakan kewajiban suatu intense atau niat (*to discharge of fulfill*), (3) melaksanakan atau menyempurnakan tanggung jawab (*to execute or complete an understanding*), (4) melakukan sesuatu yang diharapkan oleh seseorang atau mesin (*to do what is expected of a person, machine*).



Kinerja sebagai fungsi interaksi antara kemampuan ( $A=ability$ ), motivasi ( $M=motivation$ ) dan kesempatan ( $O=opportunity$ ) Robbins S (1996) dalam(Nursalam, 2020a).

$$Performance = f.(A \times M \times O)$$

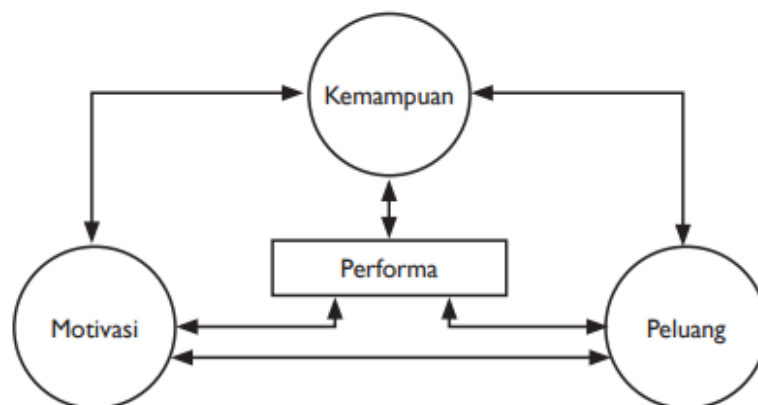
Dalam perkembangannya disadari bahwa dalam melaksanakan fungsi dan kegiatan karyawan berhubungan dengan kepuasan dan tingkat besaran imbalan, sehingga dapat ditambahkan faktor lain yaitu (1) harapan mengenai imbalan, (2) persepsi terhadap tugas, (3) dorongan eksternal atau kepemimpinan (4) kebutuhan A Maslow, (5) faktor pekerjaan (desain, umpan balik, pengawasan dan pengendalian).

Jadi kinerja merupakan gambaran pencapaian pelaksanaan (*achievement*) suatu program kegiatan perencanaan strategis dan operasional organisasi (*efforts*) oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi baik secara kuantitas dan kualitas, sesuai dengan kewenangan dan tugas tanggung jawabnya, legal dan tidak melanggar hukum, etika dan moral. Kinerja sendiri merupakan penjabaran visi, misi, tujuan dan strategi organisasi.

Robbins (1996) mendefinisikan kepuasan kerja sebagai sikap umum individual terhadap pekerjaannya. Menurut Robbins ada yang perlu diingat yaitu bahwa pekerjaan lebih dari sekadar menghadapi kertas, menunggu pelanggan, atau mengendarai truk. Namun termasuk di dalamnya adalah bagaimana berhubungan dengan rekan kerja dan atasan, mengikuti aturan dan kebijakan organisasi, menaati standar kinerja, dan tinggal di dalam kondisi kerja yang sering kali tidak ideal. Dari teori produktivitas menurut Kopelman, 1986. Faktor penentu organisasi yakni

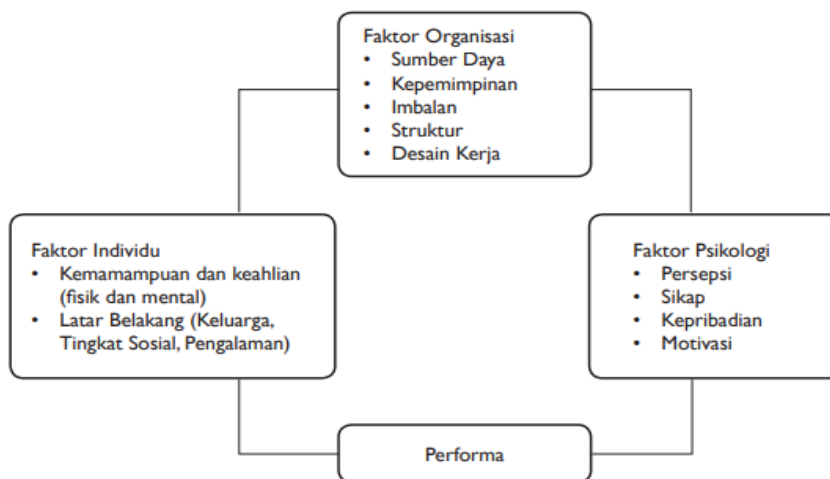
kepemimpinan dan sistem imbalan berpengaruh ke kinerja individu atau organisasi melalui motivasi, sedangkan faktor penentu organisasi, yakni pendidikan berpengaruh pada kinerja individu atau organisasi melalui variabel pengetahuan, keterampilan atau kemampuan. Kemampuan dibangun oleh pengetahuan dan keterampilan tentang kerja (Nursalam, 2020a).

#### 2.4.2 Faktor yang Mempengaruhi Kinerja



Gambar 2.2 Hubungan Kinerja dengan Faktor Kinerja (Nursalam, 2020)

*Ability (can do factors)* dibangun oleh pengetahuan, keterampilan dan aptitude seseorang, sedangkan motivasi (*will do factors*) dibangun oleh motivasi, personality. Kinerja adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam satu organisasi sesuai wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam rangka upaya mencapai tujuan organisasi secara legal, tidak melanggar hukum dan sesuai moral maupun etika. Kinerja merupakan penampilan hasil karya personel baik kualitas maupun kuantitas dalam suatu organisasi. Kepuasan kerja sebagai sikap mum individual terhadap pekerjaannya. Kinerja adalah upaya (aktivitas) ditambah hasil kerja (Nursalam, 2020a).



Gambar 2.3 Hubungan Faktor Organisasi, Individu dan Kinerja Gibson (Nursalam, 2020)

Kinerja merupakan perilaku organisasi yang secara langsung berhubungan dengan produksi barang atau penyampaian jasa. Informasi tentang kinerja organisasi merupakan suatu hal yang sangat penting digunakan untuk mengevaluasi apakah proses kinerja yang dilakukan organisasi selama ini sudah sejalan dengan tujuan yang diharapkan atau belum. Akan tetapi dalam kenyataannya banyak organisasi yang justru kurang atau bahkan tidak jarang ada yang tidak mempunyai informasi tentang kinerja dalam organisasinya. Pengertian kinerja dalam organisasi merupakan jawaban dari berhasil atau tidaknya tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Para atasan atau manajer sering tidak memperhatikan, kecuali jika keadaan sudah menjadi sangat buruk atau segala sesuatu menjadi serba salah. Kadang beberapa atasan atau manajer tidak mengetahui betapa buruknya kinerja yang ada sehingga perusahaan/ instansi menghadapi krisis yang serius. Kinerja merupakan perilaku yang nyata yang ditampilkan setiap orang sebagai prestasi kerja yang dihasilkan oleh karyawan sesuai dengan perannya dalam perusahaan (Nursalam, 2020a).

Menurut Gibson (1997), ada 3 faktor yang berpengaruh terhadap kinerja (Nursalam, 2020a) adalah :

1. Faktor individu: kemampuan, ketrampilan, latar belakang keluarga, pengalaman kerja, tingkat sosial dan demografi seseorang.
2. Faktor psikologis: persepsi, peran, sikap, kepribadian, motivasi dan kepuasan kerja.
3. Faktor organisasi: struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, sistem penghargaan (*reward system*).

Sementara itu yang dimaksud dengan dimensi kinerja yakni memperluas dimensi prestasi kerja karyawan yang berdasarkan:

1. *Quantity of work*; jumlah kerja yang dilakukan dalam suatu periode waktu yang ditentukan.
2. *Quality of work*; kualitas kerja berdasarkan syarat-syarat kesesuaian dan kesiapannya.
3. *Job knowledge*; luasnya pengetahuan mengenai pekerjaan dan ketrampilannya.
4. *Creativeness*; Keaslian gagasan-gagasan yang dimunculkan dan tindakan-tindakan untuk menyelesaikan persoalan-persoalan yang timbul.
5. *Cooperation*; kesetiaan untuk bekerja sama dengan orang lain.
6. *Dependability*; kesadaran dan kepercayaan dalam hal kehadiran dan penyelesaian kerja.
7. *Initiative*; semangat untuk melaksanakan tugas-tugas baru dan dalam memperbesar tanggung jawabnya.

8. *Personal qualities*; menyangkut kepribadian, kepemimpinan, keramahan, dan integritas pribadi (Nursalam, 2020a).

#### 2.4.3 Komponen Kinerja Perawat

Selain faktor-faktor tersebut diatas, kinerja mengandung dua komponen penting yaitu: *competency* berarti individu atau organisasi memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi tingkat kinerjanya dan produktivitas yaitu kompetensi tersebut dapat diterjemahkan kedalam tindakan atau kegiatan yang tepat untuk mencapai hasil kinerja (*outcome*). Menurut (Triwibowo, 2013) terdapat dua komponen penting, yaitu:

1. Kompetensi berarti individu atau organisasi memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi tingkat kinerjanya
2. Produktifitas yaitu kompetensi tersebut dapat diterjemahkan dalam tindakan atau kegiatan-kegiatan yang tepat untuk mencapai hasil kinerja (*outcome*)

Terdapat beberapa hal penting tentang kinerja perawat adalah:

1. Kinerja mencerminkan hasil akhir seseorang, yaitu perbandingan antara target dan tingkat pencapaian
2. Kinerja berkaitan dengan seluruh tugas-tugas yang diberikan kepada seseorang
3. Kinerja diukur dalam waktu tertentu.

#### 2.4.4 Karakteristik Kinerja

Faktor penentu organisasi yakni kepemimpinan dan sistem imbalan berpengaruh ke kinerja individu atau organisasi melalui motivasi, sedangkan faktor penentu organisasi lainnya, yakni pendidikan berpengaruh ke kinerja individu atau

organisasi melalui variabel pengetahuan, keterampilan atau kemampuan (Nursalam, 2020a).

Karakteristik kinerja menurut Mangkunegaran (2017:67) adalah prestasi kerja adalah kualitas dan kuantitas yang dicapai dalam memberikan asuhan keperawatan pada area anestesi oleh seorang perawat dalam melaksanakan peran dan tugas sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan. Indikator kinerja yang tersebut diatas dapat diukur adalah kualitas asuhan keperawatan, kuantitas atau target capaian asuhan yang telah dilaksanakan, kecepatan waktu dalam merespon kejadian kegawatdaruratan perianestesi, efektifitas dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan kemandirian dalam menjalankan peran sebagai pemberi asuhan keperawatan pada area anestesi.

1. Karakteristik organisasi

- 1) *Reward system*

Penghargaan atau reward adalah sebagai suatu stimulus terhadap perbaikan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Pemberian penghargaan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan apa yang diinginkan rumah sakit dalam jangka panjang untuk mengembangkan dan menerapkan kebijakan, praktik dan proses pemberian penghargaan yang mendukung pencapaian tujuan dan memenuhi kebutuhan.

- 2) *Goal setting and MBO*

Visi adalah pernyataan tentang tujuan organisasi yang diekspresikan dalam produk dan pelayanan yang ditawarkan, kebutuhan yang dapat ditanggulangi, kelompok masyarakat yang

dilayani, nilai-nilai yang diperoleh serta aspirasi dan cita-cita masa depan. Tenaga keperawatan sebagai perpanjangan tangan dari rumah sakit dalam menerjemahkan visi dan misi dalam memberikan pelayanan keperawatan.

3) *Selection*

Seleksi tenaga harus didasarkan pada prinsip *the right man, on the right place and on the right home*.

4) *Training and development*

Pelatihan adalah proses pendidikan jangka pendek dengan menggunakan prosedur yang sistematis dan terorganisir dalam pembelajaran kepada tenaga keperawatan.

5) *Leadership*

Kepemimpinan yaitu kegiatan atau seni mempengaruhi orang lain agar mau bekerjasama yang didasarkan pada kemampuan orang tersebut untuk membimbing orang lain dalam mencapai tujuan-tujuan yang diinginkan kelompok.

6) *Organization structur and culture*

Struktur organisasi menggambarkan dengan jelas pemisahan kegiatan pekerjaan antara yang satu dengan yang lain dan bagaimana hubungan aktivitas dan fungsi dibatasi.

2. Karakteristik perawat

1) *Knowledge*

Pengetahuan dapat diartikan sebagai *actionable* information atau informasi yang dapat ditindak lanjuti atau informasi yang dapat

digunakan sebagai dasar untuk bertindak, untuk mengambil keputusan dan untuk menempuh arah atau strategi tertentu.

2) *Skills*

*Skill* sebagai kapasitas yang dibutuhkan dalam melaksanakan beberapa tugas. *Hard skills* merupakan penguasaan ilmu pengetahuan, teknologi, dan keterampilan teknis yang berhubungan dengan bidang ilmunya.

3) *Ability*

Kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu, ada banyak aspek yang dapat dinilai dari variabel kemampuan, diantaranya kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor. Perawat perlu terus mengembangkan diri melalui uji kompetensi, pendidikan formal dan non formal.

4) *Motivation*

Motivasi adalah proses yang menjalankan intensitas, arah, dan ketekunan seseorang individu untuk mencapai tujuannya. Perawat perlu dipupuk motivasi yang tinggi sebagai bentuk pengabdian dan altruisme pada kebutuhan pasien untuk kesembuhan.

5) *Attitude*

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Komponen sikap, struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang yaitu kognitif, afektif, dan konatif.

6) *Value and Norm*



Nilai sebagai suatu sistem merupakan salah satu wujud kebudayaan disamping sistem sosial dan karya. Nilai berperan sebagai pedoman menentukan kehidupan setiap manusia. Norma adalah perwujudan martabat manusia sebagai makhluk budaya, moral, religi, dan sosial. Perawat perlu memperhatikan nilai dan norma dalam melayani pasien (Nursalam, 2020a).

### 3. Karakteristik Kerja

#### 1) *Objectif performance*

Tujuan dari manajemen kinerja adalah mengatur kinerja, mengetahui seberapa efektif dan efisien suatu kinerja organisasi, membantu penentuan keputusan organisasi yang berkaitan dengan kinerja, kinerja tiap bagian organisasi, dan kinerja individual, meningkatkan kemampuan dan mendorong karyawan agar bekerja sesuai prosedur, dengan semangat, dan produktif sehingga hasil kerja optimal.

#### 2) *Feedback*

Umpan balik adalah hal yang penting dalam perbaikan kinerja perawat. Hal ini karena membetulkan (memperbaiki) kesalahan yaitu salah satu tugas pemimpin.

#### 3) *Job design*

Desain pekerjaan adalah fungsi penetapan kegiatan kerja seseorang atau sekelompok karyawan secara organisasi. Tujuannya untuk mengatur penugasan kerja supaya dapat memenuhi kebutuhan organisasi.

#### 4) *Work scedule*

Dalam proses berjalan suatu organisasi dapat eksis dibidangnya, perlu pengaturan waktu yang efektif sehingga memperoleh hasil sesuai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2020b).

#### 2.4.5 Indikator Kinerja

Ada beberapa pengertian tentang indikator yang disampaikan oleh para pakar yaitu:

1. Indikator adalah pengukuran tidak langsung suatu peristiwa atau kondisi
2. Indikator adalah variabel yang mengindikasikan atau menunjukkan satu kecenderungan situasi, yang dapat dipergunakan untuk mengukur perubahan
3. Indikator adalah variabel untuk mengukur suatu perubahan baik langsung maupun tidak langsung.

Karakteristik suatu indikator antara lain; benar (*valid*) artinya indikator dapat dipakai untuk mengukur aspek yang akan dinilai, dapat dipercaya (*reliable*) mampu menunjukkan hasil yang sama pada saat yang berulang kali, untuk waktu sekarang maupun waktu yang akan datang, peka (*sensitive*): cukup peka untuk mengukur sehingga jumlahnya tidak terlalu banyak, spesifik (*specifik*) memberikan gambaran perubahan ukuran yang jelas dan tidak tumpang tindih, relevan: sesuai dengan aspek kegiatan yang akan diukur dan kritikal (Nursalam, 2020a).

Menurut Robbins (2006) dalam (Rosman, 2018) ada enam aspek kinerja pada karyawan secara individu yaitu:

1. Kualitas

Kualitas kerja diukur dari persepsi karyawan terhadap kualitas pekerjaan yang dihasilkan serta kesempurnaan tugas terhadap keterampilan dan kemampuan karyawan.

## 2. Kuantitas

Kuantitas merupakan jumlah yang dihasilkan, dinyatakan dalam istilah seperti jumlah unit, jumlah siklus aktivitas yang diselesaikan.

## 3. Ketepatan Waktu

Tingkat aktivitas diselesaikan pada awal waktu yang dinyatakan, dilihat dari sudut koordinasi dengan hasil output serta memaksimalkan waktu yang tersedia untuk aktivitas lain.

## 4. Efektivitas

Merupakan tingkat penggunaan sumber daya organisasi (tenaga, uang, teknologi, bahan baku) dimaksimalkan dengan maksud menaikkan hasil dari setiap unit dalam penggunaan sumber daya.

## 5. Kemandirian

Tingkat seorang karyawan yang nantinya akan dapat menjalankan fungsi kerjanya.

## 6. Komitmen Kerja

Suatu tingkat yang mana karyawan mempunyai komitmen kerja dengan instansi dan tanggung jawab karyawan terhadap kantor.

### 2.4.6 Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah tinjauan formal dan evaluasi kinerja individu atau tugas tim (Tuttas 2018). Penilaian kinerja adalah mengevaluasi kinerja

relatif karyawan saat ini dan/atau di masa lalu terhadap standar prestasinya.

Kegunaan dari penilaian kinerja, adalah:

1. Perencanaan sumber daya manusia
2. Rekrutmen dan seleksi
3. Pelatihan dan pengembangan
4. Perencanaan dan pengembangan karir
5. Program kompensasi
6. Hubungan karyawan internal
7. Penilaian potensi tenaga kerja.

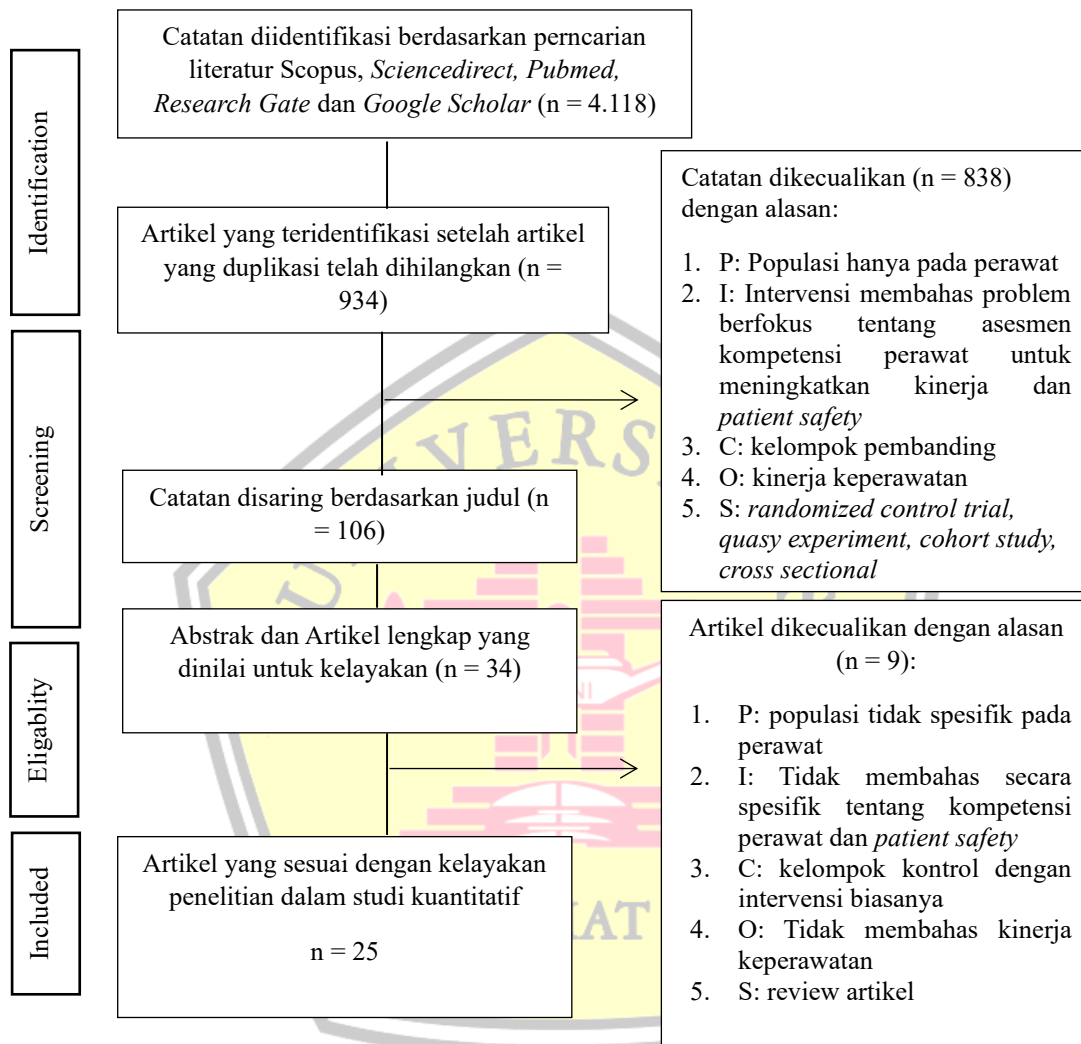
#### 2.5 Keaslian Penelitian

Pencarian literatur untuk keaslian penelitian ini menggunakan artikel yang berbahasa *inggris* yang berasal dari Scopus, *Sciencedirect*, *Pubmed*, *Research Gate* dan *Google Scholar* mulai tahun 2017 sampai dengan tahun 2022. Pencarian literatur menggunakan *key word* “*nursing assessment*”, “*competency*”, “*patient safety*”, “*clinical nursing*”, and “*nursing*”, Pencarian literatur didapatkan ada 4.118 artikel yang tersaring menggunakan *keyword* di atas.

Artikel kemudian dikerucutkan dan diidentifikasi berdasarkan PICOS (*population, intervention, comparison, outcomes* dan *study design*) dan didapatkan sebanyak 934 artikel yang bisa masuk dalam proses skrining artikel. Pada tahapan skrining artikel sesuai dengan kesesuaian artikel dan penelitian yang akan dilakukan telah di keluarkan artikel sebanyak 838 dan tersisa 106 artikel yang sesuai. Kemudian dilakukan seleksi eligibilitas berdasarkan intisari dan cakupan bahasan dalam artikel secara menyeluruh didapatkan sebanyak 34 artikel bisa dilakukan seleksi berikutnya, yaitu sebanyak 25 artikel telah masuk dalam inklusi

dan sebanyak 9 artikel dikeluarkan karena tidak memenuhi kualitas studi dalam *critical appraisal*. Hasil pencarian lebih lanjut dapat lihat berdasarkan pada gambar

#### 2.4 Diagram *flow* pencarian literatur.



Gambar 2.4 Diagram *flow* Pencarian Literature Berdasarkan PRISMA 2009 (Polit & Beck, 2013)

Judul dan abstrak literatur yang tidak membahas tentang komponen penelitian dikecualikan dan artikel dengan sumber yang kurang jelas juga dikecualikan. Kemudian didapatkan hasil akhir yaitu 25 artikel yang sesuai dengan penelitian. Artikel tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 Penelitian Terkait

No	Judul Penelitian & Penulis: Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1.	<i>Development and application of a mobile-based multimedia nursing competency evaluation system for nursing student: A mixed method randomized control study.</i> (Jang & Suh, 2022)	D: <i>Mixed method randomized control study posttest design</i> S: 60 mahasiswa keperawatan terbagi dalam kelompok kontrol dan intervensi V: Independen: mata kuliah keperawatan kesehatan dewasa, dependen: Pengetahuan, Keterampilan Klinik dan sikap I: NCE System and text-based system. Kuesioner yang digunakan adalah MCTxt (Tes Kompetensi Moral diperpanjang), terdiri dari tiga moral dilema A: Paired T-Test	Tidak ada perbedaan yang signifikan dalam skor kompetensi keperawatan antara kedua kelompok. Namun, skor rata-rata untuk keefektifan dan kepuasan belajar secara signifikan lebih tinggi pada kelompok eksperimen dibandingkan kelompok kontrol. Sembilan belas peserta kelompok eksperimen mengambil bagian dalam wawancara, dengan banyak yang menjelaskan bahwa sistem Evaluasi Kompetensi Keperawatan memungkinkan mereka untuk mengalami konten pembelajaran baru dan secara efisien mempelajari keterampilan keperawatan praktis yang dapat berguna dalam pengaturan klinis..
2.	<i>Effect of Patient Safety Culture and Patient Safety Competence on Safety Nursing Activity among Nurses working in Anesthetic and Recovery Rooms</i>	D: Cross sectional S: 156 nurses in anesthetic and recovery rooms di 13 rumah sakit V: patient safety culture, safety competence and safety nursing activity	Kegiatan keperawatan keselamatan berbeda secara signifikan dalam kaitannya dengan tingkat pendidikan perawat, posisi di tempat kerja, karir klinis, karir klinis di ruang anestesi dan pemulihan, dan pengalaman kerja dalam keselamatan pasien. Kegiatan keperawatan keselamatan

No	Judul Penelitian & Penulis: Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	<i>(Jin-Joo KIM; Hyang-Mi JUN, 2020).</i>	I: the factors contributing to safety nursing activity questionnaire A: descriptive statistics, t-test, Mann-Whitney U test, one-way ANOVA, Pearson's correlation and multiple regression	menunjukkan korelasi positif yang signifikan dengan budaya keselamatan pasien dan kompetensi keselamatan pasien. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap aktivitas keselamatan keperawatan adalah pengetahuan, keterampilan dan sikap keselamatan pasien, karir klinis, karir klinis di ruang anestesi dan pemulihan, dan sistem peningkatan keselamatan pasien yang menjelaskan 57,0% dari total varians aktivitas keselamatan keperawatan. Untuk meningkatkan keselamatan kegiatan keperawatan di ruang anestesi dan pemulihan, perlu dikembangkan program keselamatan pasien dengan peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap untuk menjadikan keselamatan pasien sebagai prioritas utama.
3.	<i>Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. (Vogelsang, et.al. 2019)</i>	D: review article S: nursing operating room	Semua profesional kesehatan harus memiliki kompetensi inti umum, terlepas dari disiplin mereka. Konten spesifik dalam kompetensi ini berbeda antar disiplin ilmu. Perawat ruang operasi khusus adalah satu-satunya profesional perawat kesehatan yang memiliki kompetensi untuk bertanggung jawab atas asepsis, instrumentasi, infeksi dan komplikasi, kontrol dan pengelolaan spesimen biologis

No	Judul Penelitian & Penulis: Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
			selama prosedur pembedahan. Selain perawat ruang operasi, tidak ada profesi kesehatan lain yang memiliki pendidikan formal, kompetensi atau keterampilan untuk melakukan asuhan keperawatan ruang operasi di ruang operasi selama prosedur pembedahan. Oleh karena itu, kompetensi perawat ruang operasi sangat diperlukan untuk memastikan keselamatan pasien selama operasi.
4.	<i>Patient Participation in Patient Safety and Its Relationships with Nurses' Patient-Centered Care Competency, Teamwork, and Safety Climate</i> (Hwang, et.al, 2019)	D: Cross sectional S: 479 perawat dari 2 rumah sakit V: patient safety, kompetensi perawat, Kerjasama dan budaya keselamatan I: a questionnaire designed to collect data on patient participation A: multiple logistic regression analysis	Tingkat partisipasi pasien dalam kegiatan keselamatan pasien tidak tinggi. PCC Perawat, kerja tim, dan iklim keselamatan berhubungan positif dengan partisipasi pasien. Secara khusus, temuan menunjukkan bahwa meningkatkan kompetensi perawat untuk perawatan yang berpusat pada pasien dan menciptakan iklim keselamatan yang kuat penting untuk mempromosikan partisipasi pasien untuk perawatan kesehatan yang lebih aman.
5.	<i>Evaluation of Nurse Practioners' Professional Competence and Comparison of Assesments Using Multiple Methods; Self- Assesment, Peer Assesment and Supervisor Assesment</i> (Liang	D: cross-sectional study S: 211 participants in the teaching hospital V: Karakteristik peserta meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan	Kompetensi praktisi perawat dinilai sedang. Namun, masing-masing metode menghasilkan perbedaan kompetensi untuk skor total dan dimensi. Kompetensi tertinggi pada perawatan pasien langsung, dan terendah skor berada di pemantauan kualitas perawatan pasien. Perawat membutuhkan upaya peningkatan



No	Judul Penelitian & Penulis: Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	<i>Hui Yu, et all. 2020)</i>	tingkat, unit kerja, jumlah tahun, dan jabatan pada tenaga klinis.  I: kuisisioner demographic characteristics and professional competence.  A: Statistik deskriptif termasuk frekuensi, persentase, rata-rata, dan standar deviasi.	pembelajaran berkelanjutan untuk meningkatkan kompetensi profesional. Selain itu, menggunakan beberapa metode penilaian untuk mendapatkan penilaian yang lebih komprehensif dan akurat evaluasi kompetensi profesional TN.
6.	<i>The self assesemnt of clinical competence and the need for further training : A cross-sectional survey of advance practice nursing student (Taylor et al., 2020)</i>	<i>D : A cross-sectional survey</i> <i>S: 99 mahasiswa dari universities/university colleges in norway</i> <i>V: Direct clinical practice, professional development, ethical decision-making, clinical leadership, cooperation and consultation, and critical thinking</i>  <i>I: The Nurse Competence Scale (NCS)</i>  <i>A: Descriptive, correlation and regresion analyses</i>	Para siswa memberikan peringkat penilaian diri tertinggi untuk kompetensi klinis mereka dalam mengambil tanggung jawab penuh dan kebutuhan mereka untuk pelatihan lebih lanjut dalam efek pengobatan dan interaksi. Meskipun siswa memberikan penilaian rendah untuk penggunaan perangkat elektronik, mereka menilai kebutuhan mereka untuk pelatihan lebih lanjut di bidang ini sebagai rata-rata. Pengalaman kerja klinis sebagai perawat terdaftar dan tingkat pendidikan tinggi sebelumnya bukanlah prediktor signifikan dari kompetensi klinis maupun kebutuhan untuk pelatihan lebih lanjut

No	Judul Penelitian & Penulis: Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
7.	<p><i>Nurse's perception and satisfaction towards the competencies assessmen process</i></p> <p>(Handiyani &amp; Purwaningsih, 2020)</p>	<p><i>D: cross sectional</i></p> <p><i>S: purposive sample 410 nurse</i></p> <p><i>V: Nursing competency consists of four domains, namely skills, knowledge, attitudes, and the ability to think critically</i></p> <p><i>I: questioner</i></p> <p><i>A: Chi Square</i></p>	<p>63,38% perawat setuju jika pelaksanaan asesmen kompetensi berjalan dengan baik, dan perawat tidak puas mengikuti asesmen kompetensi.</p>
8.	<p><i>Change Over Time in Ratings of New Nurses on the Appraisal of Nursing Practice</i></p> <p>(Becker et al., 2019)</p>	<p><i>D: Observational study</i></p> <p><i>S: 353 perawat ruangan</i></p> <p><i>V: patient-centered care, teamwork and collaboration, evidence-based practice (EBP), quality improvement, safety, and informatics.</i></p> <p><i>I: The ANP's content areas reflect the Quality and Safety Education for Nurses competencies</i></p> <p><i>A: Competency assessment is a challenge for nurse residency programs</i></p>	<p>Faktor yang mempengaruhi lintasan dalam mengembangkan kompetensi keperawatan dalam berbagai pengaturan. Hasil dari uji coba ini menyebabkan perubahan kecil, dan 37 item yang direvisi diuji lapangan pada tahun 2016. Peningkatan peringkat yang signifikan secara statistik ditemukan untuk semua subskala antara waktu 1 (T1) data yang dikumpulkan dalam 1 bulan sejak masuk ke dalam program residensi dan data waktu 2 (T2) dikumpulkan sekitar 5 bulan, ketika perawat baru tidak lagi diajari.</p>

No	Judul Penelitian & Penulis: Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
			<i>and often focuses on skills checklists and confidence self-reports.</i>
9.	<i>Anaesthesia personnels' perspectives on digital anaesthesia information management systems – a qualitative study (Leonardsen et al., 2022)</i>	<p><i>D: The quantitative design</i></p> <p><i>S: 9 perawat anaesthetists dan 9 perawat anaesthetists</i></p> <p><i>V: Functionality, installation designs, benefits and challenges associated with implementing and using AIMS. Hence, the aim of this study was to qualitatively explore anaesthesia personnel's perspectives on implementing and using digital AIMS.</i></p> <p><i>I: Implementation of digital AIMS impacts the clinical workflow patterns and distracts the anaesthesia providers</i></p> <p><i>A: Qualitative content analysis according to the recommendations of Graneheim and Lundman.</i></p>	<p>Melalui analisis kami mengidentifikasi empat kategori: 1) Keseimbangan antara penilaian dan pemantauan klinis, 2) Kewaspadaan dalam kaitannya dengan pasien, 3) Kolaborasi perawat-dokter, dan 4) Masalah perangkat lunak. Empat kategori diidentifikasi: 1) Keseimbangan antara penilaian dan pemantauan klinis, 2) Kewaspadaan dalam kaitannya dengan pasien, 3) Kolaborasi perawat-dokter, dan 4) Masalah perangkat lunak. Peserta menggambarkan bahwa anestesi mencakup keseimbangan berkelanjutan antara penilaian dan pemantauan klinis. Mereka mengalami bahwa AIMS digital berdampak pada kewaspadaan mereka terhadap pasien selama anestesi. AIMS digital memengaruhi kolaborasi perawat-dokter. Selain itu, peserta menekankan kurangnya partisipasi pengguna dan aspek keramahan pengguna terkait implementasi AIMS digital.</p>
10.	<i>The core qualities and competencies of the intensive and critical care nurse,</i>	<p><i>D: Meta-ethnography</i></p> <p><i>S: 19 artikel</i></p> <p><i>V: qualities and competencies of the</i></p>	<p>Sembilan belas studi dimasukkan dan disintesis ke dalam kerangka kerja konseptual. Tema menyeluruh: merasa aman dan aman,</p>

No	Judul Penelitian & Penulis: Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	<i>a meta-ethnography</i> (Henriksen et al., 2021)	intensive and critical nurse  I: Noblit and Hare's understanding of meta-ethnography and the work of the eMERGE project have directed the synthesis.  A: Analisis deskriptif	subtema: menciptakan kepercayaan diri dan motivasi dan kategori konseptual: keterampilan teknis dan pengetahuan biofisik: keterampilan kerja tim antar/intra profesional: keterampilan komunikasi (dengan pasien dan keluarga mereka); kehadiran yang konstan dan penuh perhatian, menciptakan perawatan partisipatif, menciptakan rasa percaya diri melalui perawatan sehari-hari, menciptakan suasana yang baik dan memiliki sikap mendukung dan mendorong serta membangun hubungan untuk mempertahankan harga diri.
11.	<i>Issues Affecting Nurses' Capability to Use Digital Technology at Work: An Integrative Review</i>  (Brown et al., 2020)	D: <i>descriptive study</i> S: <i>35 studi tentang kompetensi perawat</i> V: <i>kapabilitas perawat dalam memanfaatkan teknologi digital</i>  I: <i>The Joanna Briggs Institute (JBI-MAStARI and JBI-QARI)</i>  A: <i>Methodological Appraisal tools</i>	Perawat menggunakan teknologi untuk mengakses data di titik perawatan, khususnya mengakses bukti untuk memandu perawatan serta mengakses catatan medis. Perawat memiliki beberapa kekhawatiran terkait penggunaan teknologi di point of care (tema 3), beberapa di antaranya dapat diselesaikan melalui investasi untuk implementasi. Keterlibatan perawat sebagai pengguna akhir dalam pengembangan sistem digital untuk memastikan mereka sesuai dengan tujuan, di samping investasi dalam peluang pengembangan profesional bagi perawat untuk

No	Judul Penelitian & Penulis: Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
			mengembangkan kemampuan digital, harus diprioritaskan.
12.	<i>Learning Practical Nursing Skills in Simulation Centers – A Narrative Review</i> (Hilleren et al., 2022)	D: Descriptive study S: 108 perawat V: Pembelajaran praktis, skil keperawatan I: We used Rayyan QCRIt for the initial screening and the Mixed Method Appraisal Tool for quality assessment. A: Analisis deskriptif	Keterampilan teknis adalah pilihan keterampilan yang lebih disukai, sementara keterampilan yang melibatkan komunikasi dan kolaborasi yang adil hanya dipelajari dengan hemat. Proses pembelajaran siswa hampir tidak tersentuh dalam studi yang disertakan. Mereka menemukan bahwa hanya dua dari 20 studi empiris pada simulasi fidelitas tinggi yang menyertakan kerangka teoritis. Dalam ulasan ini, begitu sedikit peneliti yang menyertakan kerangka teoritis sehingga informasi ini tidak disertakan dalam analisis. Meskipun beberapa kesamaan dalam jenis hasil belajar dan keterampilan diselidiki dalam studi termasuk, keragaman intervensi dan instrumen yang digunakan untuk pengukuran juga menghalangi sebagian besar perbandingan hasil dan dengan demikian kemungkinan mengumpulkan pengetahuan.
13.	<i>Nurse career mapping: a qualitative case study of a new hospital</i> (Sandehang et al., 2019)	D: qualitative S: 14 participants V: Career stage mapping requirements based on education level, work experience,	Penelitian ini menghasilkan tujuh tema yang menggambarkan keseluruhan proses pemetaan karir. Di rumah sakit, peta karir perawat tertentu didasarkan pada jenjang pendidikan formal, lama dan sifat pengalaman kerja serta penilaian

No	Judul Penelitian & Penulis: Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
		<p><i>work duration and competencies</i></p> <p><i>I: peneliti, lembar observasi dan wawancara</i></p> <p><i>A: An inductive content analysis of all transcripts from the FGDs and file notes was</i></p>	<p>kompetensi. Proses penilaian diri dan pertimbangan yang berkaitan dengan kompetensi semua aspek keperawatan telah dimasukkan dalam proses untuk perawat di rumah sakit. Gagasan bahwa perawat harus ditempatkan di lingkungan kerja yang sesuai dengan tingkat kompetensinya adalah prinsip dasar manajer keperawatan.</p>
14.	<p><i>Predictors of Patient Safety Competency Among Emergency Nurses in Iran: a Cross-Sectional Correlational Study</i> (Habibi Soola et al., 2022)</p>	<p><i>D: Cross-sectional correlational research.</i></p> <p><i>S: 254 perawat gawat darurat dari lima rumah sakit pendidikan</i></p> <p><i>V: Kompetensi keselamatan pasien mencakup tidak adanya bahaya yang tidak perlu atau potensial saat memberikan perawatan kesehatan kepada pasien.</i></p> <p><i>I: Patient Safety in Nursing Education Questionnaire</i></p> <p><i>A: Descriptive statistics, t-test</i></p>	<p>Hasil menunjukkan bahwa pembuat kebijakan dan manajer rumah sakit harus memperbaiki dan meningkatkan struktur tim dan kepemimpinan melalui pengawasan dan kerjasama dengan staf keperawatan. Pengembangan program pelatihan kegiatan keselamatan pasien, peningkatan, dan peningkatan keamanan psikologis di tingkat unit keperawatan sangat penting untuk meningkatkan kompetensi keselamatan pasien dalam program keperawatan gawat darurat.</p>
15.	<p><i>Development of a website for wound assessment Website for wound assessment</i></p>	<p><i>D: a methodological study</i></p> <p><i>S: 30 experienced wound professionals</i></p> <p><i>V: Penilaian luka seperti: jenis dan</i></p>	<p>Pengembangan website terdiri dari analisis tanggapan yang diberikan oleh pengguna, yang diwakili oleh para profesional kesehatan. Jadi, dari data ini, dimungkinkan untuk</p>

No	Judul Penelitian & Penulis: Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
(de Paiva Santos et al., 2022)	etiologi, lokasi, luas dan dalam, aspek dasar dan tepi luka, adanya edema, nyeri, eksudat dan karakteristiknya <i>I: Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT), Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) and Expected Result of the Evaluation of Chronic Wound Healing (RESVECH).</i> <i>A: Deskriptif analisis</i>	menghasilkan penilaian tentang keadaan luka pasien saat ini. Dengan demikian, tenaga kesehatan akan menjawab tujuh kuesioner yang dimulai dengan pendaftaran pasien adalah data mereka, dan enam kuesioner lainnya sesuai dengan proses evaluasi luka mengenai kriteria yang telah disebutkan (dimensi, kedalaman, tepi, jenis jaringan, eksudat dan infeksi/radang). Alternatif untuk setiap questionnaire akan menampilkan skor. Pada akhirnya, setelah menganalisis tanggapan, skor total penilaian akan dikeluarkan. Skor total berkisar antara 0 dan 35 poin: 0 berarti “luka sembuh” dan 35 berarti “kondisi luka terparah”.	
16.	<i>Professional Competence among registered nurses working in hospitals in Saudi Arabia and Their Experiences of Quality of Nursing Care and Patient Safety</i> (Halabi et al., 2021)	<i>D: Cross sectional design</i> <i>S: 541 perawat</i> <i>V: Kompetensi profesional dan kualitas perawatan</i> <i>I: Kuisisioner Professional Competence among registered nurses</i> <i>A: Chi Square</i>	Pengalaman skor RN tentang kualitas asuhan keperawatan dan keselamatan pasien di tempat kerja masing-masing unit. Membandingkan skor rata-rata di berbagai unit kerja, skor rata-rata tertinggi untuk kualitas perawatan (M=88.85, SD=12.15) dan untuk keselamatan pasien (M=88.85) dilaporkan di unit CCU/ICU. Sebaliknya, skor rata-rata terendah dilaporkan dalam OR (M=70.43, SD=17.96; M=69.57, Sd=19.88, masing-masing). Skor rendah serupa dilaporkan dari OPD dan Departemen Darurat (UGD).

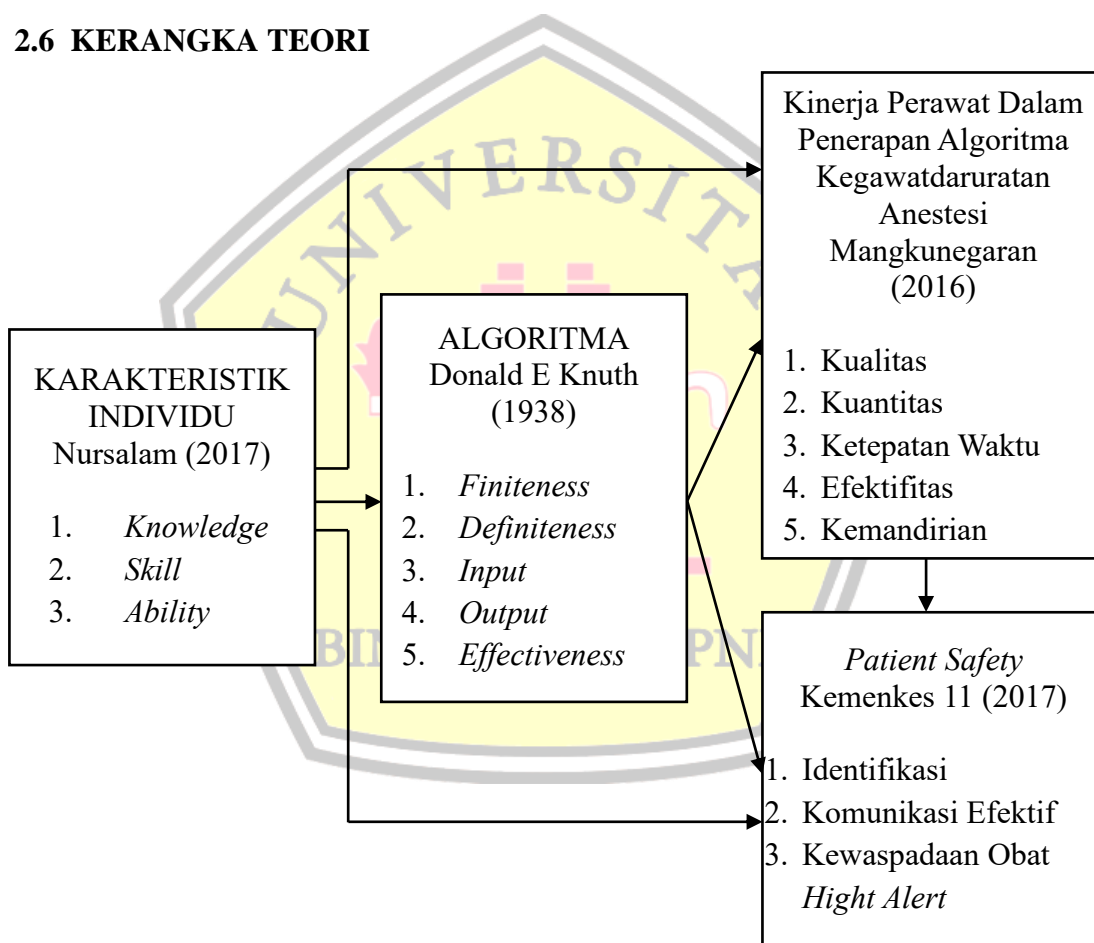
No	Judul Penelitian & Penulis: Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
17.	<i>Nurse staffing, Nurses Prioritization, Missed Care, Quality of Nursing Care, and Nurse Outcomes.</i> (Cho et al., 2020)	<i>D: Cross-sectional survey</i> <i>S: 2114 staff nurses</i> <i>V: Kualitas pelayanan keperawatan dan luaran layanan keperawatan</i> <i>I: Quality of nursing worklife questionnaire</i> <i>A: The data were analysed using SAS statistical software version</i>	Prevalensi perawatan yang hilang berbeda dengan aktivitas keperawatan. Staf yang lebih buruk dikaitkan dengan peningkatan jumlah kegiatan yang terlewatkan. Jumlah yang lebih tinggi dari kegiatan yang terlewat dan staf yang lebih buruk dikaitkan dengan keselamatan pasien yang lebih buruk, kualitas asuhan keperawatan dan kepuasan kerja, dan niat yang lebih tinggi untuk keluar. Perawat memberikan prioritas tertinggi untuk penilaian ulang pasien terfokus, pengobatan tepat waktu, dan pengajaran pasien, di bawah kondisi hipotetis peningkatan kepegawaian.
18.	<i>Knowledge, Attitude, and Practice of Health Professionals for Oxygen Therapy Working in South Gondar zone Hospitals, 2021: Multicenter Cross-Sectional Study</i> (Demilew et al., 2022)	<i>D: Cross-sectional study</i> <i>S: 510 health professionals</i> <i>V: Dependent variables: Knowledge (Good vs Poor), attitude (Positive vs Negative), and practice (Good vs Poor) level of health professionals were the outcome variables.</i> <i>Independent variables: sociodemographic and workrelated characteristics were the explanatory variables.</i>	Berdasarkan hasil penelitian kami, kami sangat merekomendasikan untuk memiliki pedoman dan protokol lokal yang berfungsi di semua bidang perawatan pasien untuk semua jenis profesi. Selain itu, pelatihan di tempat kerja sangat dianjurkan untuk semua jenis profesional terkait terapi oksigen. Perbandingan pengetahuan, sikap, dan praktik terapi oksigen pada wilayah kerja dan profesi yang berbeda lebih baik untuk diteliti lebih lanjut oleh peneliti lain.



No	Judul Penelitian & Penulis: Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
19.	<p><i>Development of competencies for advanced nursing practice in intensive care units across Europe: A modified e-Delphi study</i></p> <p>(Endacott et al., 2022)</p>	<p><i>I: Kuisisioner data demografi dan Knowledge, Attitude, and Practice of Health Professionals</i></p> <p><i>A: Multivariate logistic regression</i></p> <hr/> <p><i>D: Cross sectional</i></p> <p><i>S: 184 nurses from 20 countries</i></p> <p><i>V: Four domains were identified from these sources: knowledge skill and clinical performance; clinical leadership, teaching and supervision; personal effectiveness; safety and systems management.</i></p> <p><i>I: Questionare</i></p> <p><i>A: Descriptive statistics were used to analyse the quantitative data from round 2 and 3 using SPSS version 24</i></p>	<p>Pada babak 1, 4 domain (pengetahuan, keterampilan, dan kinerja klinis; kepemimpinan klinis; pengajaran dan pengawasan; efektivitas pribadi; keselamatan dan manajemen sistem). Ini diubah kata menjadi sattaem kompetensi dan disempurnakan pada pertemuan konsensus yang menghasilkan 230 pernyataan dalam 30 sub domain. Panel ahli menilai pentingnya setiap pernyataan di Putaran 2; penyempurnaan lebih lanjut pada rapat konsensus dan penambahan deskriptor untuk sub domain menghasilkan 95 pernyataan kompetensi yang dipresentasikan ke panel putaran 3.</p>
20.	<p><i>Patient-Level and Organizational-Level Factors Influencing in-hospital Falls</i></p> <p>(Kim et al., 2022)</p>	<p><i>D: A multicentre retrospective observational study.</i></p> <p><i>S: 43,286 patients dari 86 rumah sakit</i></p> <p><i>V: Patient-level and organizational-level factors influencing in-hospital falls.</i></p>	<p>Mengingat jumlah pasien dengan risiko jatuh meningkat karena penuaan, faktor organisasi harus didukung untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas bagi pasien risiko jatuh. Oleh karena itu, pemimpin perawat terutama harus memastikan tingkat staf perawat yang sesuai. Mereka juga perlu</p>

No	Judul Penelitian & Penulis: Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
		<p><i>I: Instrument for measuring nursing needs in patients admitted to an integrative care unit.</i></p> <p><i>A: Mixed-effect logistic regression</i></p>	<p>melakukan upaya penguatan kompetensi klinis perawat. Agar strategi diterapkan secara stabil pada pasien, faktor organisasi harus didukung.</p>

## 2.6 KERANGKA TEORI



Gambar 2.5 Kerangka Teori Pengaruh Algoritma kegawatdaruratan perianestesi terhadap kinerja perawat dan *patient safety* pada area anestesi