

LAPORAN PENELITIAN HIBAH INTERNAL



**Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya
Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit**

TIM PENGUSUL

Dr. Mundakir, S.Kep., NS., M.Kep (0023037401)

Laksita Barbara, M.Kep

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA

TAHUN 2017/2018

LEMBAR PENGESAHAN

PENELITIAN HIBAH INTERNAL

Judul Penelitian : Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit

Skema : Penelitian

Jumlah Dana : Rp. 10.000.000

Ketua Penelitian :

a. Nama Peneliti : Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep

b. NIDN/NIDK : 0023037401

c. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli

d. Program Studi : S1 Keperawatan

e. Nomor Hp : 08214082356

f. Alamat Email : mundakir.ners@fik.um-surabaya.ac.id

Anggota Peneliti 1

a. Nama Lengkap : Laksita Barbara, M.Kep

b. NIDN : -

c. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Surabaya

Anggota Peneliti 2

a. Nama mahasiswa : Yoga Firmansyah Ariyono

b. NIM : 20141660013

Anggota Peneliti 3

a. Nama mahasiswa : Rachmat Wihanda Agasi

b. NIM : 20141660015

Surabaya, 18 Juni 2018

Mengetahui,

Ketua Peneliti



Dekan/Ketua

Dr. Mundakir

Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197403232005011

Dr. Mundakir

Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0023037401



Menyetujui,
Ketua LP/EPPM

Dr. Sujinah
Dr. Sujinah, M.Pd
NIK.01202196590004

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	iii
ABSTRAK	v
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	3
1.4.1 Manfaat Teoritis	3
1.4.2 Manfaat Praktis.....	4
BAB 2	5
TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Keselamatan, Kesehatan, dan Kerja	5
2.1.1 Penerapan K3	5
1. Pengertian Keselamatan Kerja	5
2.1.2 Karakteristik Individu	7
2.1.3 Perilaku Tidak Aman	10
2.1.4 Jenis-Jenis Perilaku Tidak Aman.....	13
2.2 Keperawatan Holistik.....	19
2.2.1 Pengertian Holistic Care.....	19
BAB 3	26
TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	26
3.1 Tujuan Penelitian.....	26
3.1.1 Tujuan Umum.....	26
3.1.2 Tujuan Khusus.....	26
3.2 Manfaat Penelitian.....	26
3.2.1 Manfaat Teoritis.....	26
3.2.2 Manfaat Praktis.....	27
BAB 4	28
METODE PENELITIAN	28
4.1 Desain Penelitian.....	28
4.2 Populasi, Sampel, Sampling.....	28
4.2.1 Populasi.....	28

4.2.2 Sampel	29
4.2.3 Sampling	29
4.3 Identifikasi Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	29
4.3.1 Variabel Penelitian.....	29
4.4 Pengumpulan dan Analisis Data	29
4.4.1 Pengumpulan Data.....	29
4.5 Instrumen Penelitian	31
4.6 Teknik Analisis	31
BAB 5	32
HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI	32
5.1 Hasil.....	32
5.1.1 Identifikasi Tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit ..	32
5.2 Pembahasan.....	36
5.2.1 Identifikasi Tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit ..	36
BAB 6	40
RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA.....	40
6.1 Rencana Jangka Pendek :.....	40
6.2 Rencana Jangka Panjang :.....	40
BAB 7	41
PENUTUP	41
7.1 Kesimpulan	41
7.2 Saran.....	41
DAFTAR PUSTAKA	42

ABSTRAK

PENDEKATAN MODEL ASUHAN KEPERAWATAN HOLISTIK SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN KEPUASAN DAN KESELAMATAN PASIEEN DI RUMAH SAKIT

Oleh
Mundakir, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Tujuan: Mengembangkan Model Asuhan Keperawatan Holistik sebagai upaya untuk meningkatkan kepuasan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit.

Metode: Metode Campuran Eksplorasi dengan pendekatan siklus Litbang digunakan. Ada 3 langkah dalam penelitian ini yaitu prapengembangan langkah, langkah pengembangan, dan langkah implementasi model. Perawat di ruang rawat inap RS Siti Khodijah Sepanjang dijadikan sampel dalam penelitian ini. Teknik pengambilan sampel total adalah pertunjukan. Variabel kemandirian adalah asuhan keperawatan holistik model dan variabel dependen adalah kepuasan pasien dan keamanan. Survei, observasi, diskusi kelompok terfokus, dan kuesioner digunakan sebagai teknik pengumpulan data. Tematik Analisis digunakan untuk menganalisis data kualitatif dan deskriptif analisis digunakan untuk menganalisis data kuantitatif.

Hasil: Kepuasan dan keamanan pasien menjadi masalah dalam asuhan keperawatan di RS Siti Khodijah Sepanjang. NS pelaksanaan asuhan keperawatan di RS Siti Khodijah Sepanjang hampir ke model asuhan keperawatan holistik. Studi ini menetapkan konseptual model holistik asuhan keperawatan untuk meningkatkan kepuasan dan keamanan.

Kesimpulan: Implementasi model asuhan keperawatan holistik adalah tanggung jawab perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk memecahkan masalah pasien. Terselenggaranya asuhan keperawatan secara holistik model adalah teknik berorientasi pasien. Pesanan ini telah dilakukan untuk pengambilan masalah pasien dan memberikan solusi yang tepat.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, holistik, pasien kepuasan, keselamatan pasien

ABSTRACT

Nursing Care Approach Model Holistics As An Improvement Effort Patient Satisfaction And Safety At Home Sick

Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep

Objective: *to develop Holistic Nursing Care Model as effort to enhance patients' satisfaction and safety in Hospital.*

Methods: *Exploratory Mixed-Method with R & D cycle approach was used. There were 3 steps in this study which are predevelopment step, development step, and step of implementation model. Nurses in in-patient ward Siti Khodijah Sepanjang Hospital were become a sample in this study. Total sampling technique was performance. The independence variable was nursing care holistic model and the dependent variables were patients' satisfaction and safety. Survey, observation, focus group discussion, and questionnaire were used as data collection technique. Thematic analysis was used to analyzed the qualitative data and descriptive analysis was used to analyzed the quantitative data.*

Results: *Patients' satisfaction and safety were the problems in nursing care in Siti Khodijah Sepanjang Hospital. The implementation of nursing care in Siti Khodijah Sepanjang Hospital was nearly to nursing care holistic model. This study established the conceptual of nursing care holistic model to enhance patients' satisfaction and safety.*

Conclusion: *The implementation of nursing care holistic model is nurse's responsibility in provide comprehensive nursing care to solve patient's problems. The implementation of nursing care holistic model is patient oriented technique. This order has done to retrieval patient problems and provided the right solutions.*

Keywords: *Nursing care, holistic, patient satisfaction, patient safety*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan keperawatan adalah pelayanan profesional yang dilakukan secara holistik mencakup pelayanan biologis, psikologis, sosiologis dan spiritual yang mengacu pada standar profesional keperawatan dan menggunakan etika keperawatan sebagai tuntutan utama (Nursalam, 2011). Pelayanan yang dilakukan perawat ini sangat penting karena perawat sebagai bagian integral dari tenaga kesehatan di rumah sakit, merupakan tenaga kesehatan yang paling lama, dan paling dekat dengan klien. Dengan demikian perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam memberikan pelayanan secara menyeluruh (holistik). Namun dalam kenyataannya, pelayanan keperawatan secara menyeluruh belum terlaksana secara optimal terutama pada pasien/klien dengan penyakit kronis atau pasien yang beresiko mengalami masalah psikologis. Kondisi tersebut diatas sejalan dengan pernyataan yang disampaikan oleh King dan Gates (2006) bahwa pelayanan keperawatan lebih memfokuskan pada perencanaan medis dan hanya sedikit waktu untuk melaksanakan aspek-aspek keperawatan holistik.

Berdasarkan data laporan bidang pemasaran disebutkan bahwa pelayanan perawat untuk mengingatkan dan mengajari pasien beribadah selama dirawat hanya dilakukan oleh sekitar 15% perawat (Laporan Bidang Pemasaran RSSK, 2013). Belum optimalnya pelayanan keperawatan pada aspek psiko-sosio-spiritual di RSSK dapat dikarenakan beberapa faktor yaitu pengetahuan, beban kerja, dan kebijakan pimpinan.

Pelayanan keperawatan secara holistik perlu dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien. Kualitas pelayanan sangat menentukan kepuasan pasien, sebagaimana hasil penelitian yang dilakukan oleh Susi Andriani dan Sunarto (2009) menunjukkan bahwa kualitas pelayanan mempunyai hubungan yang positif dan signifikan dengan tingkat kepuasan pasien rawat inap di rumah sakit. Sementara itu, data keluhan atau komplain klien (pasien/keluarga pasien) terhadap pelayanan keperawatan berdasarkan data rekapitulasi Bagian Humas dan Pemasaran RSSK tahun 2013 menunjukkan bahwa kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan masih rendah terutama terkait tentang sikap perawat, ketrampilan dan ketanggapan perawat untuk mengatasi masalah pasien. Kinerja perawat yang masih rendah dapat mempengaruhi kepuasan dan keselamatan pasien.

Kepuasan dan keselamatan pasien dengan tatakelola klinis serta efisiensi merupakan hal penting dalam menjamin kualitas pelayanan kesehatan (Boy, 2007). Hal ini sesuai dengan pendapat dari Institute of Medicine, bahwa kualitas pelayanan kesehatan dapat berdasarkan : (1) keselamatan pasien (patient safety); (2) efisiensi (efficiency); (3) efektifitas (effective); (4) ketepatan waktu (timeliness); (5) berorientasi pasien (patient centered) dan (6) keadilan (equity). Keenam hal tersebut merupakan tolok ukur bagi penilaian kualitas pelayanan kesehatan (Fynn, 2004). Isu tentang keselamatan pasien mendapatkan perhatian pemerintah seperti yang dituangkan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 dan Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009, bahwa rumah sakit wajib melaksanakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif, dengan mengutamakan kepentingan pasien. Rumah sakit wajib memenuhi hak pasien memperoleh keamanan dan keselamatan selama dalam perawatan di

rumah sakit. Tujuan penelitian ini adalah mengembangkan model asuhan keperawatan holistic sebagai upaya peningkatan kepuasan dan keselamatan pasien di RS.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik responden yang dilakukan tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit
2. Mengidentifikasi tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber

informasi dan sebagai referensi untuk penerapan tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit

2. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat dan sekaligus menambah wawasan mengenai tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai masukan bagi profesi keperawatan khususnya dalam manajemen keperawatan untuk memberikan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit.

2. Bagi Peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keselamatan, Kesehatan, dan Kerja

2.1.1 Penerapan K3

1. Pengertian Keselamatan Kerja

Keselamatan kerja juga dimaksudkan untuk memberikan perlindungan kepada tenaga kerja, yang menyangkut aspek keselamatan, kesehatan, pemeliharaan moral kerja, perlakuan sesuai martabat manusia dan moral agama. Hal tersebut dimaksudkan agar para tenaga kerja secara aman dapat melakukan pekerjaannya guna meningkatkan hasil kerja dan produktivitas kerja. Dengan demikian, para tenaga kerja harus memperoleh jaminan perlindungan keselamatan dan kesehatannya di dalam setiap pelaksanaan pekerjaannya sehari-hari (Tarwaka, 2014).

Sedangkan syarat dalam keselamatan dan kesehatan kerja dalam peraturan perundangan No. 1 tahun 1970 Pasal 3 sebagai berikut:

- a. Mencegah dan mengurangi kecelakaan
- b. Mencegah, mengurangi, dan memadamkan kebakaran
- c. Memberi kesempatan atau jalan penyelamatan diri pada waktu kebakaran atau kejadian - kejadian lain yang membahayakan
- d. Memberi pertolongan pada kecelakaan
- e. Memberi alat pelindung diri pada para pekerja

- f. Mencegah dan mengendalikan timbulnya atau menyebar luasnya suhu, kelembapan, debu, kotoran, asap, uap, gas, aliran udara, cuaca, sinar radiasi, kebisingan dan getaran.
- g. Mencegah dan mengendalikan timbulnya penyakit akibat kerja baik fisik maupun psikis, peracunan, infeksi dan penularan
- h. Memperoleh penerangan yang cukup dan sesuai
- i. Menyelenggarakan suhu dan kelembapan udara yang baik
- j. Menyelenggarakan penyegaran udara yang cukup
- k. Memelihara kebersihan, kesehatan dan ketertiban
- l. Menerapkan ergonomi di tempat kerja
- m. Mengamankan dan mengamankan pengangkutan orang dan barang
- n. Mengamankan dan memelihara segala jenis bangunan
- o. Mengamankan dan memperlancar pekerjaan bongkar muat, perlakuan dan penyimpanan barang
- p. Mencegah terkena aliran listrik yang berbahaya
- q. Menyesuaikan dan menyempurnakan pengamanan pada pekerjaan yang bahaya kecelakaannya menjadi bertambah tinggi

2. Kesehatan Kerja

Kesehatan kerja (*Occupational Health*) sebagai suatu aspek atau unsur kesehatan yang erat berkaitan dengan lingkungan kerja dan pekerjaan yang secara langsung maupun tidak langsung dapat mempengaruhi efisiensi dan produktivitas kerja (Tarwaka, 2014).

Menurut Lidya dalam Sayuti (2013) pengertian kesehatan kerja adalah hal yang menyangkut kemungkinan ancaman terhadap kesehatan

seseorang yang bekerja pada sesuatu tempat atau perusahaan selama waktu kerja yang normal. Sedangkan menurut Santoso dalam Sayuti (2013) pengertian kesehatan kerja adalah kesehatan jasmani dan rohani.

3. Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Secara filosofi K3 didefinisikan sebagai upaya dan pemikiran untuk menjamin keutuhan dan kesempurnaan baik jasmani maupun rohani diri manusia pada umumnya dari tenaga kerja pada khususnya beserta hasil karyanya dalam rangka menuju masyarakat yang adil, makmur dan sejahtera. Secara keilmuan K3 didefinisikan sebagai ilmu dan penerapannya secara teknis dan teknologis untuk melakukan pencegahan terhadap munculnya kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja dari setiap pekerjaan yang dilakukan. Sedangkan dari sudut ilmu hukum, K3 didefinisikan sebagai salah satu upaya perlindungan agar setiap tenaga kerja dan orang lain memasuki tempat kerja senantiasa dalam keadaan yang sehat dan selamatn serta sumber-sumber proses produksi dapat dijalankan secara aman, efisien dan produktif (Tarwaka, 2014).

2.1.2 Karakteristik Individu

Menurut ILO (1998) dalam Triwibowo dan Puspilandani (2013), mengemukakan bahwa kecelakaan akibat kerja pada dasarnya disebabkan oleh tiga faktor yaitu :

1. Faktor manusia : umur, tingkat pendidikan, pengalaman kerja
2. Faktor pekerjaannya : giliran kerja (*shift*), jenis (*unit*) pekerjaan
3. Faktor lingkungan di tempat kerja : lingkungan fisik, lingkungan kimia, dan lingkungan biologi

Menurut Winarsunu (2008), beberapa karakteristik personal (pribadi) yang berperan dalam kecelakaan kerja yang telah diteliti oleh pakar psikologi antara lain : kemampuan kognitif, kesehatan, kelelahan, pengalaman kerja, karakteristik kepribadian. Adapun karakteristik pekerja pada penelitian ini meliputi :

1. Umur

Umur mempunyai pengaruh yang penting terhadap kejadian kecelakaan akibat kerja. Golongan umur tua mempunyai kecenderungan yang lebih tinggi untuk mengalami kecelakaan akibat kerja dibandingkan dengan golongan umur muda karena umur muda mempunyai reaksi dan kegesitan yang lebih tinggi. Namun umur muda pun sering pula mengalami kasus kecelakaan akibat kerja, hal ini mungkin karena kecerobohan dan sikap suka tergesa-gesa. Dari hasil penelitian di Amerika Serikat diungkapkan bahwa pekerja muda usia lebih banyak mengalami kecelakaan dibanding dengan pekerja yang lebih tua. Pekerja muda usia biasanya kurang berpengalaman dalam pekerjaannya. Banyak alasan mengapa tenaga kerja golongan umur muda mempunyai kecenderungan untuk menderita kecelakaan akibat kerja lebih tinggi dibandingkan dengan golongan umur yang lebih tua. Beberapa faktor yang mempengaruhi tingginya kejadian kecelakaan akibat kerja pada golongan umur muda antara lain karena kurang perhatian, kurang disiplin, cenderung menuruti kata hati, ceroboh, dan tergesa-gesa (Triwibowo dan Puspilandani, 2013).

Menurut Suma'mur (2009), kinerja yang semakin menurun dengan meningkatnya usia hal ini dikarenakan keterampilan-keterampilan fisik

seperti kecepatan, kelenturan, kekuatan, dan koordinasi akan menurun dengan bertambahnya umur.

2. Tingkat pendidikan

Menurut Triwibowo dan Puspilandani (2013), pendidikan seseorang berpengaruh dalam pola pikir seseorang dalam menghadapi pekerjaan yang dipercayakan kepadanya, selain itu pendidikan juga akan mempengaruhi tingkat penyerapan terhadap pelatihan yang diberikan dalam rangka melaksanakan pekerjaan dan keselamatan kerja. Hubungan tingkat pendidikan dengan lapangan yang tersedia bahwa pekerja dengan tingkat pendidikan rendah, seperti Sekolah Dasar atau bahkan tidak pernah bersekolah akan bekerja di lapangan yang mengandalkan fisik. Hal ini dapat mempengaruhi terjadinya kecelakaan kerja karena beban fisik yang berat dapat mengakibatkan kelelahan yang merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya kecelakaan akibat kerja. Pendidikan adalah pendidikan formal yang diperoleh di sekolah dan ini sangat berpengaruh terhadap perilaku pekerja. Namun disamping pendidikan formal, pendidikan non formal seperti penyuluhan dan pelatihan juga dapat berpengaruh terhadap pekerja dalam pekerjaannya.

3. Masa Kerja

Menurut Suma'mur (2009), masa kerja adalah jangka waktu orang sudah bekerja dari pertama mulai masuk hingga sekarang masih bekerja. Masa kerja dapat diartikan sebagai sepenggal waktu yang cukup lama dimana seseorang tenaga kerja masuk dalam satu wilayah tempat usaha sampai batas waktu tertentu.

Menurut Triwibowo dan Puspilandani (2013), masa kerja merupakan keseluruhan pelajaran yang dipetik oleh seseorang dari peristiwa yang dilalui dalam perjalanan hidupnya. Semakin lama tenaga kerja bekerja, semakin banyak pengalaman yang dimiliki tenaga kerja yang bersangkutan. Sebaliknya semakin singkat masa kerja, maka semakin sedikit pengalaman yang diperoleh. Pengalaman bekerja banyak memberikan keahlian dan keterampilan kerja, sebaliknya terbatasnya pengalaman kerja mengakibatkan keahlian dan keterampilan yang dimiliki makin rendah. Tenaga kerja baru biasanya belum mengetahui secara mendalam seluk-beluk pekerjaan dan keselamatannya. Selain itu, mereka sering mementingkan dahulu selesainya sejumlah pekerjaan tertentu yang diberikan kepada mereka, sehingga keselamatan tidak cukup mendapatkan perhatian.

2.1.3 Perilaku Tidak Aman

1. Pengertian Perilaku Tidak Aman

Perilaku tidak aman menurut Silalahi (1995) dalam Winarsunu (2008) identik dengan istilah perbuatan berbahaya yang merupakan terjemahan dari *unsafe action*.

Menurut *McCormick* (1992) dalam Winarsunu (2008) Perilaku yang menjadi penyebab dasar bagi terjadinya kecelakaan kerja adalah perilaku berbahaya yang berupa kesalahan - kesalahan yang di buat oleh manusia atau *human error*.

2. Teori Perilaku Tidak Aman

Dalam buku "*Accident Prevention*", Heinrich (1950) dalam

Tarwaka (2016) mengemukakan suatu teori sebab akibat terjadinya kecelakaan yang selanjutnya dikenal dengan “teori domino”. Dari teori tersebut digambarkan bahwa timbulnya suatu kecelakaan atau cedera di sebabkan oleh 5 (lima) faktor penyebab yang secara berurutan dan berdiri sejajar antara faktor satu dengan yang lainnya. Kelima faktor tersebut adalah:

- a. Domino Lingkungan Sosial dan Kebiasaan Perilaku.
- b. Domino Penyebab Dasar dari Kesalahan atau Kecerobohan.
- c. Domino Tindakan dan Kondisi Tidak Aman.
- d. Domino Kecelakaan
- e. Domino Kerugian.

Menurut Triwibowo dan Puspilandani (2013) kecelakaan kerja umumnya disebabkan oleh berbagai faktor penyebab, berikut teori-teori mengenai terjadinya suatu kecelakaan :

- a. *Pure Change Theory* (Teori Kebetulan Murni)

Teori yang menyimpulkan bahwa kecelakaan kerja terjadi atas kehendak Tuhan, sehingga tidak ada pola yang jelas dalam rangkaian peristiwa, karena itu kecelakaan terjadi secara kebetulan saja.

- b. *Human Factor Theory* (Teori Faktor Manusia)

Menekankan bahwa pada akhirnya seluruh kecelakaan kerja tidak langsung disebabkan karena kesalahan manusia.

- c. *Accident Prone Theory* (Teori Kecenderungan Kecelakaan)

Teori ini berpendapat bahwa pada pekerja tertentu lebih sering tertimpa kecelakaan, karena sifat-sifat pribadinya yang memang cenderung untuk mengalami kecelakaan kerja.

Teori “*Thoughts And Feeling*” tim kerja dari organisasi kesehatan dunia atau *WHO* dalam Notoatmodjo (2010), menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena 4 alasan kelompok. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek (dalam hal ini adalah objek kesehatan). Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh pemikiran dan perasaan seseorang, adanya orang lain yang dijadikan referensi dan sumber-sumber atau fasilitas-fasilitas yang dapat mendukung perilaku dan kebudayaan masyarakat.

Teori ABC oleh Sulzer dkk dalam Notoatmodjo (2010), mengungkapkan bahwa perilaku merupakan suatu proses dan sekaligus hasil interaksi antara : *antecedent, behavior, consequence*.

- a. *Antecedent* adalah suatu pemicu (*trigger*) yang menyebabkan seseorang berperilaku, yakni kejadian-kejadian di lingkungan kita. *Antecedent* ini dapat berupa alamiah (hujan, angin, cuaca, dan sebagainya), dan buatan manusia atau “*man made*” (interaksi dan komunikasi dengan orang lain).
- b. *Behavior* merupakan reaksi atau tindakan terhadap adanya “*antecedent*” atau pemicu tersebut yang berasal dari lingkungan.

c. *Concequences* adalah kejadian selanjutnya yang mengikuti perilaku atau tindakan tersebut (konsekuensi). Bentuk konsekuensi :

- a) *Positif* (menerima), berarti akan mengulang perilaku tersebut
- Negatif* (menolak), berarti akan tidak mengulang perilaku tersebut (berhenti).

2.1.4 Jenis-Jenis Perilaku Tidak Aman

Menurut Heinrich (1959) dalam Winarsunu (2008), mendaftar 9 macam perilaku berbahaya yang kategorinya masih bersifat umum, oleh karena itu masih dapat dikelompokkan ke dalam perilaku-perilaku berbahaya yang lebih khusus dalam hal ini bisa berupa kelompok terjadinya kecelakaan kerja, yaitu :

1. Beroperasi tanpa otoritas, kegagalan untuk mengamankan atau memperingatkan.
2. Beroprasi atau bekerja pada kecepatan yang tidak aman.
3. Membuat peralatan keamanan tidak berfungsi.
4. Menggunakan peralatan tidak aman, tangan bukan peralatan, atau peralatan tidak aman.
5. Pemuatan, Penempatan, Pencampuran, Penggabungan tidak aman, dll.
6. Mengambil posisi dan postur yang tidak aman.
7. Bekerja pada peralatan bergerak atau berbahaya.
8. Mengalihkan perhatian, menggoda, menyalahgunakan, mengejutkan, dll.
9. Kegagalan menggunakan pakaian atau alat pelindung diri.

Menurut Kavianian (1990) dalam Winarsunu (2008), perilaku berbahaya dijabarkan sebagai indikator kesalahan - kesalahan akibat dari kegagalan manusia sebagai berikut :

1. Tindakan tanpa kualifikasi dan otoritas. Hal yang penting adalah bahwa semua peralatan harus dioperasikan oleh seseorang yang mempunyai kewenangan dan mengenal dengan baik bahaya dan prosedur pengoperasiannya.
2. Kurang atau tidak menggunakan perlengkapan pelindung diri. Ada banyak kesempatan pekerja tidak mempunyai atau menggunakan peralatan pelindung diri untuk suatu performansi tugas tertentu.
3. Kegagalan dalam menyelamatkan peralatan.
4. Bekerja dengan kecepatan yang berbahaya. Seiring pekerja ingin mencoba mengakhiri pekerjaannya terlalu cepat, mungkin menjalankan mesin pada kecepatan yang membahayakan. Pekerja mungkin juga mengambil jalan pintas yang dapat menyebabkan kecelakaan kerja. Manajemen harus menjamin bahwa tindakan semacam ini tidak benar.
5. Kegagalan dalam peringatan. Jika peralatan memiliki otomatis untuk hidup dan mati, atau jika bergerak tanda peringatan yang akurat harus diberikan. Juga lantai atau permukaan kerja yang membahayakan harus diberi tanda.
6. Menghindari atau memindahkan peralatan keselamatan kerja. Banyak peralatan kerja yang disertai yang disertai perlengkapan keselamatan kerja seperti kunci, sekering dan sebagainya. Seseorang cenderung memindahkan atau menghindari perlengkapan semacam ini dengan alasan kenyamanan dalam bekerja.
7. Menggunakan peralatan yang tidak layak. Peralatan sering menjadi rusak karena lamanya pemakaian.
8. Menggunakan peralatan tertentu untuk tujuan lain yang menyimpang.

9. Bekerja di tempat yang berbahaya tanpa perlindungan dan peringatan yang tepat.
10. Memperbaiki peralatan secara salah, misalnya pada peralatan mesin yang hidup yang bisa membahayakan keselamatan.
11. Bekerja dengan kasar. Aktivitas ini sangat membahayakan dan tidak diijinkan oleh perusahaan baik pada saat maupun tidak sedang bekerja.
12. Menggunakan pakaian yang tidak aman ketika bekerja.
13. Mengambil posisi bekerja yang tidak selamat. Misalnya mengangkat secara salah, meraih ketinggian yang membutuhkan pengurasan tenaga.

2.1.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Tidak Aman

1. Faktor Internal

a. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2012), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, terjadi setelah seseorang melakukan proses pengindraan terhadap objek yang diamatinya. menurut Reber (2010) dalam makna kolektifnya, Pengetahuan adalah kumpulan informasi yang dimiliki oleh seseorang atau kelompok atau budaya tertentu. Sedangkan secara umum pengetahuan menurut Reber (2010) adalah komponen-komponen mental yang dihasilkan dari semua proses apapun, entah lahir dari bawaan atau dicapai lewat pengalaman.

b. Sikap

Menurut Notoatmodjo (2012), sikap merupakan suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu obyek, dengan

suatu cara yang menyatakan adanya tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan obyek tersebut. Sikap hanyalah sebagian dari perilaku manusia.

Menurut Notoatmodjo (2012), sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau obyek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

c. Kelelahan

Kelelahan adalah suatu mekanisme perlindungan tubuh agar tubuh terhindar dari kerusakan lebih lanjut sehingga terjadi pemulihan setelah istirahat. Kelelahan diatur secara sentral oleh otak. Pada susunan syaraf pusat terdapat sistem aktivasi (bersifat simpatis) dan inhibisi (bersifat parasimpatis). Istilah kelelahan biasanya menunjukkan kondisi yang berbeda-beda dari setiap individu, tetapi semuanya bermuara pada kehilangan efisiensi dan penurunan kapasitas kerja serta ketahanan tubuh. Kelelahan diklarifikasikan dalam dua jenis, yaitu kelelahan otot dan kelelahan umum. Kelelahan otot adalah merupakan tremor pada otot/perasaan nyeri pada otot. Sedang kelelahan umum biasanya ditandai dengan berkurangnya kemauan untuk bekerja yang disebabkan oleh karena monoton, intensitas dan lamanya kerja fisik, keadaan lingkungan, sebab-sebab mental, status kesehatan dan keadaan gizi Graandjean (1993) dalam Tarwaka (2015).

2. Faktor Eksternal

a. Peraturan Keselamatan

Peraturan merupakan dokumen tertulis yang mendokumentasikan standar, norma, dan kebijakan untuk perilaku yang diharapkan (Geller, 2001). Menurut Notoatmodjo (2003) menyebutkan salah satu strategi perubahan perilaku adalah dengan menggunakan kekuatan dan kekuasaan misalnya peraturan-peraturan dan perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini menghasilkan perubahan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.

b. Ketersediaan APD

Menurut Teori Green (1980), perilaku dapat dibentuk oleh 3 faktor, salahsatunya adalah faktor pemungkin (*enabling*) yaitu ketersediaan fasilitas dan sarana kesehatan. Ketersediaan APD dalam hal ini merupakan salah satu bentuk dari faktor pendukung perilaku, dimana suatu perilaku otomatis belum terwujud dalam suatu tindakan jika terdapat fasilitas yang mendukung terbentuknya perilaku tersebut (Notoatmodjo, 2003).

c. Peran Pengawas

Menurut J.M Black (1971) dalam Utommi (2007) menyatakan supervisi adalah suatu pekerjaan yang berarti mengarahkan yaitu memberi tugas, menyediakan intruksi, pelatihan dan nasihat kepada individu juga termasuk mendengarkan dan memecahkan masalah yang berhubungan dengan pekerjaan serta menanggapi keluhan. Tujuan dari supervisi yaitu

memotivasi pekerja bekerja secara benar dan memastikan pekerja tahu bagaimana melakukan pekerjaannya (Utommi, 2007).

2.1.6 Hubungan Karakteristik dengan Perilaku Tidak Aman

Ada keyakinan yang cukup populer dalam pembahasan kecelakaan dan keselamatan kerja, yaitu bahwa orang cenderung mendapatkan kecelakaan karena faktor kepribadiannya. Meskipun Penelitian tidak secara konsisten mendukung pernyataan tersebut, tetapi ada sejumlah bukti bahwa orang-orang yang memiliki angka kecelakaan kerja tinggi memiliki banyak kesamaan dalam karakteristik kepribadiannya. Dimana ditemukan, bahwa para pengemudi yang mengalami kecelakaan di jalan raya memiliki kesamaan karakteristik kepribadian antara lain sangat ambisius dan pendendam, dan pada saat yang bersamaan ia adalah penakut dan fatalistik McGuire dalam Schultz (1990) dalam Winarsunu (2008). Penelitian lain juga menemukan bahwa orang yang mengalami kecelakaan berulang (*accident repeaters*) memiliki emosi yang tidak stabil, menentang kekuasaan, kecemasan tinggi, tidak bersahabat dengan orang lain, dan memiliki sejarah pekerjaan yang tidak menentu Shaw & Sichel dalam Schultz (1990) dalam Winarsunu (2008). Penelitian terhadap 416 pekerja *air traffic controllers* ditemukan bahwa pekerja dengan kepribadian A mengalami luka 3,5 kali lebih tinggi dari pada yang tipe B Niemcryk at.all. dalam Schultz (1990) dalam Winarsunu (2008).

2.2 Keperawatan Holistik

2.2.1 Pengertian Holistic Care

Holistic memiliki arti 'menyeluruh' yang terdiri dari kata holy and healthy. Pandangan holistik bermakna membangun manusia yang utuh dan sehat, dan seimbangterkait dengan seluruh aspek dalam pembelajaran; seperti spiritual, moral, imajinasi, intelektual, budaya, estetika, emosi, dan fisik. Jadi healthy yang dimaksud bukan hanyaphisically, tetapi lebih pada aspek sinergitas spiritually.

Pengobatan Holistic adalah, Pengobatan dengan menggunakan Konsep Menyeluruh, yaitu keterpaduan antara Jiwa dan raga, dengan method Alamiah yang ilmiah, serta ilahi yang mana Tubuh manusia merupakan keterpaduan system yang sangat Kompleks, dan salingberinteraksi satu sama lainnya dengan sangat kompak dan otomatis terganggunya satu fungsi/ elemen / unsure tubuh manusia dapat mempengaruhi fungsi yang lainnya. Keterkaitan antara jiwa dan raga tidak terpisahkan, sebagaimana dikenal bahwa : Didalam raga yang sehat terdapat jiwa yang sehat, dan juga sebaliknya jiwa yang sehat dapat membentuk raga yang sehat... Dan Pembentukan Jiwa yang sehat adalah dengan berserah diri secara penuh dan ikhlas kepada Sang Pencipta dan Penguasa Jagat Raya, yang memiliki segala sesuatu, dan penentu segala sesuatu, Allah SWT. Pengobatan Holistic terpadu, memiliki perbedaan konsep yang sangat nyata dengan Konsep Kedokteran (Konvensional), Konsep Konvensional lebih menekankan kepada tindakan seperti pemberian obat-obat kimiawi, dan tindakan rekayasa fisik dengan pembedahan/ operasi, dll, sementara pengobatan holistic lebih menekankan membangkitkan system imun pasien, dan memperbaiki secara menyeluruh dari factor pencetus penyakit (akar permasalahan penyakit), sehingga definisi kesembuhan cenderung Permanen (tidak kambuh lagi), sedangkan

yang konvensional pada umumnya bersifat tindakan sementara (kambuhan) sehingga sampai ada istilah Pasien Langganan Dokter.

2.2.2 Sejarah Holistic Care

Sejarah holistik dimulai sebelum istilah holism diperkenalkan oleh Jan Christiaan Smuts dalam bukunya "Holism and Evolution". Holisme saat ini berkembang dalam istilah holistik, yang mengkombinasikan penyembuhan, seni, dan ilmu hidup. Holistik populer dengan cepat di tahun 70-an. Walaupun istilah holisme diperkenalkan di tahun 1926, penyembuhan holistik sebenarnya sudah ada jauh di jaman kuno kira-kira 5000 tahun yang lalu. Sejarahawan belum bisa memastikan dari bangsa manakah pertama kali ia dipraktekkan. Kebanyakan sejarahawan percaya bahwa penyembuhan holistik dimulai di India dan atau Cina. Para praktisi holistik mempraktekkan prinsip hidup sehat lewat menyeimbangkan tubuh, pikiran, dan roh untuk menyatu atau harmonis dengan alam. Contoh praktis holistik adalah Socrates, yang hidup 4 abad sebelum kelahiran Kristus. Ia menganut pandangan ini dan mengajarkan bahwa kita harus memandang tubuh sebagai keseluruhan, bukannya bagian yang terpisah.

2.2.3 Perawatan Holistic

Semua bentuk praktik keperawatan yang tujuannya adalah membantu kesembuhan seseorang secara menyeluruh. Perawat melihat pasien sebagai manusia secara total dimana ada keterkaitan antara tubuh, pikiran, emosi, sosial/budaya, spirit, relasi, konteks lingkungan. Asuhan keperawatan yang didasarkan kepada perawatan pasien secara total yang mempertimbangkan kebutuhan fisik, emosi, sosial, ekonomi dan spiritual seseorang. Perawat perlu mempertimbangkan respon pasien terhadap penyakitnya dan mengkaji tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi

kebutuhan dirinya. Perawat harus menjadi teman yang mendukung dan memotivasi pasien, mendorong pasien agar pasien memahami arti kehidupan.

2.2.4 Dimensi Perawatan Holistik

Dimensi hubungan antara bio- psiko- sosial dan spiritual seseorang. Dimensi pemahaman bahwa seseorang merupakan satu kesatuan secara utuh tanpa bisa dipisahkan.

2.2.5 Nilai Utama Perawatan Holistik

1. Filosofi dan Pendidikan

Menekankan bahwa asuhan yang holistik didasarkan pada suatu kerangka filosofi dan pengetahuan. Holistik Etik, Teori Keperawatan dan Riset. Menekankan bahwa asuhan yang professional didasarkan pada teori, diinformasikan oleh penelitian dan didasarkan oleh prinsip etik sebagai petunjuk praktik yang kompeten.

2. Holistik Nurse Save Care

Keyakinan bahwa perawat harus terlibat dalam perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan dan kesadaran pribadi sehingga perawat dapat melayani orang lain sebagai suatu alat sebagai proses penyembuhan seseorang.

3. Holistic Communication, Therapeutic Environment and Cultural Competency.

Menekankan pada perkembangan untuk memanfaatkan penkajian dan asuhan terapeutik yang mengacu pada pola, masalah dan kebutuhan klien dan suatu lingkungan yang mendukung proses penyembuhan pasien.

2.2.6 Macam-Macam Cabang Penyembuhan Holistik.

a. Holistik Tradisional.

Suatu teknik penyembuhan yang memanfaatkan alam dengan prinsip holisme, berawal sejak ribuan tahun lalu. Biasa disebut sebagai penyembuhan/pengobatan alternatif atau pengobatan tradisional. Yang termasuk holistik tradisional adalah akupunktur, akupresur, herbal, ayurveda, urography, pranic healing, apitherapy, dan lain-lain. Gelar para praktisinya bermacam-macam. Ada yang disebut sebagai tabib, sin-se, dukun, dan lain-lain.

b. Holistik Modern.

Suatu teknik penyembuhan yang menggabungkan penyembuhan tradisional/kuno dengan teknologi dan sains modern yang memanfaatkan alam dengan prinsip holisme. Holistic modern berawal sekitar 200 tahun yang lalu dengan adanya homeopathy. Yang termasuk holistik modern adalah homeopathy, osteopathy, ananopathy, psikologi hipnotis, naturopathy modern, dan sebagainya. Gelar para praktisinya bermacam-macam sesuai dengan aliran/disiplin ilmunya.

Untuk homeopathy, praktisinya disebut sebagai homeopath. Osteopathy, praktisinya disebut sebagai osteopath atau DO (Doctor of Osteopathy) di belakang nama. Naturopathy, praktisinya disebut sebagai naturopathy atau DN (Doctor of Naturopathy) di belakang nama. Saya pribadi dari aliran/disiplin ilmu ananopathy, praktisinya disebut sebagai ananopath (syukur bukan psikopat) atau Dt (Danton) di awal nama.

Tapi perlu juga Anda ketahui bahwa tidak semua alternatif adalah

holistik. Jika suatu pengobatan alternatif tidak memandang permasalahan kesehatan secara menyeluruh, pengobatan tersebut berarti bukan pengobatan holistik.

c. Holistik Moderen Antopathy

Ananopathy adalah gabungan teknik pengobatan alternatif tradisional/kuno dengan teknologi dan sains modern, dimana tujuannya adalah menyembuhkan, bukan sekedar merawat. Pengobatan Ananopathy fokus pada akar penyakit, bukan pada gejala; merawat manusia secara keseluruhan (whole), bukan pada apa yang tampak saja. Tehnik yang digunakan adalah dengan menggunakan Hukum Alam, Hukum Sebab-Akibat, perbaikan pola makan dan gaya hidup, penggunaan bahan-bahan alami, yang diterapkan dengan basis alam dan sains modern. Praktisi Ananopathy disebut sebagai ananopath, sedangkan gelar master atau pemimpin Ananopath adalah Danton. Ananopathy dari segi aplikasinya bersifat 3, yaitu:

1. Sederhana. Begitu sederhana karena tidak memerlukan obat-obatan kimia dan operasi
2. Cerdik. Mengajarkan Anda untuk berpikir dan bertindak cerdas, bukannya pandai.
3. Bijaksana. Menekankan pemikiran bijak yang melihat faktor moralitas dan keselarasan.

Dari segi pemikiran, prinsip dasar Ananopathy juga ada tiga yaitu Tuhan. Selalu melihat permasalahan dari sudut pandang Ketuhanan. Hukum Alam. Berpedoman pada Hukum Alam. Kasih. Mendasari pemikiran dan prakteknya atas dasar kasih. Contoh beberapa “penyakit serius” yang bisa Anda taklukkan setelah menguasai beberapa teknik Ananopathy, tanpa obat-obatan kimia dan

operasi adalah: Diabetes melitus, Kolesterol tinggi dan sakit jantung, Stroke, Asam urat dan rematik, Tumor dan kanker, TBC, Maag akut dan kronis, Hepatitis, Gagal ginjal, Demam berdarah, AIDS.

2.2.7 Teknik Pengobatan atau Penerapan Holistik Care

Pengobatan Holistic adalah, Pengobatan dengan menggunakan Konsep Menyeluruh, yaitu keterpaduan antara Jiwa dan raga, dengan method Alamiah yang ilmiah, serta ilahiah yang mana Tubuh manusia merupakan keterpaduan system yang sangat Kompleks, dan saling berinteraksi satu sama lainnya dengan sangat kompak dan otomatis terganggunya satu fungsi/ elemen / unsure tubuh manusia dapat mempengaruhi fungsi yang lainnya. Pengobatan Holistic terpadu, memiliki perbedaan konsep yang sangat nyata dengan Konsep Kedokteran (Konvensional), Konsep Konvensional lebih menekankan kepada tindakan seperti pemberian obat-obat kimiawi, dan tindakan rekayasa fisik dengan pembedahan/ operasi, dll, sementara pengobatan holistic lebih menekankan membangkitkan system imun pasien, dan memperbaiki secara menyeluruh dari factor pencetus penyakit (akar permasalahan penyakit), sehingga definisi kesembuhan cenderung Permanen (tidak kambuh lagi), sedangkan yang konvensional pada umumnya bersifat tindakan sementara (kambuhan) sehingga sampai ada istilah Pasien Langganan Dokter.

2.2.8 Metode Pengobatan Holistic yang Dikembangkan dengan Terapi

Berikut :

Pengaturan Pola hidup dan Pola makan dengan gizi dan kebutuhan berimbang
Rileksasi, dengan konsep Meditasi Penyembuhan Stimulasi Otak dengan

teknik perangsangan alamiah Silaturahmi Doktrin Pancaran Bio energy (Pranaisasi) Stimulan promotor dengan Nutrisi Herbal Terapi Doa, dengan kepasrahan mencapai God Spot. Hydroteraphy dan stimulant alam sebagai pelengkap dan penyeimbang.

2.2.9 Motto Klinik Holistik Care

C : Caring-kami senantiasa mempertahankan pelayanan kesehatan bernuansa caring.

A : Accessible-kami memberikan pelayanan yang terjangkau oleh semua lapisan masyarakat.

R : Research based-kami mengintegrasikan pembuktian klinis dengan keahlian kami dan pilihan klien dalam membuat keputusan kesehatan yang tepat bagi dirinya.

E : Empowerment-kami memberikan informasi yang tepat bagi pasien agar mampu memberdayakan dirinya sendiri dalam membuat keputusan yang tepat bagi kesehatannya.

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1 Tujuan Penelitian

3.1.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit.

3.1.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik responden yang dilakukan tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit.
2. Mengidentifikasi tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit.

3.2 Manfaat Penelitian

3.2.1 Manfaat Teoritis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi dan sebagai referensi untuk penerapan tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit
2. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat dan

sekaligus menambah wawasan mengenai tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit

3.2.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai masukan bagi profesi keperawatan khususnya dalam manajemen keperawatan untuk memberikan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit.

2. Bagi Peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun penelitian pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini desain yang digunakan adalah *cross secsional* dengan metode observasi, karena penelitian yang mengobservasi suatu kejadian dalam suatu metode yang bersamaan (Nursalam, 2008). Dilakukan observasi pada hari pertama pertama sebelum alat pancer dilepas dan dilakukan observasi kedua dan ketiga setelah melepas alat pancer. Rancangan *cross sectional* merupakan rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan atau melakukan/observasi kejadian dan status penyakit pada titik yang sama (Hidayat, 2010). Menurut Sugiono tahun 2009 bahwa desain penelitian *cross secsional* dengan metode observasi merupakan suatu pengamatan hanya dilakukan observasi dalam waktu yang ditentukan oleh peneliti untuk melihat suatu kejadian dan menggunakan metode yang bersamaan.

4.2 Populasi, Sampel, Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah di Rumah Sakit Siti Khodijah Muhammadiyah Cabang Sepanjang Sidoarjo, Jawa Timur, Indonesia.

4.2.2 Sampel

Jumlah sampel 30 responden yaitu perawat di Rumah Sakit Siti Khodijah yang berada di ruang Ismail, Mina, dan Anisa.

4.2.3 Sampling

Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik total sampling yaitu metode penetapan sampel dengan memilih beberapa sampel tertentu yang dinilai sesuai dengan tujuan atau masalah penelitian dalam sebuah populasi (Nursalam, 2010). Untuk mencapai sampling ini, sampel dipilih sesuai kriteria inklusi/eksklusi dan dinilai sesuai dengan tujuan atau masalah penelitian sehingga didapati sebanyak responden.

4.3 Identifikasi Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel Penelitian

4.3.1.1 Variabel Bebas (Independent)

Variabel bebas dalam penelitian ini bebasnya adalah asuhan keperawatan holistic model.

4.3.1.2 Variabel Terikat (Dependent)

Variabel tergantung dalam penelitian ini tergantung adalah kepuasan pasien dan keamanan pasien.

4.4 Pengumpulan dan Analisis Data

4.4.1 Pengumpulan Data

4.1.1.1 Proses Perizinan

Proses perizinan pertama kali dilakukan adalah mengurus surat izin

penelitian pengambilan data awal ke RS Siti Khodijah Cabang Sepanjang melalui surat pengantar dari Universitas Muhammadiyah Surabaya.

4.1.1.2 Studi Pendahuluan

Studi pendahuluan dilakukan setelah peneliti mendapatkan surat izin dari dekan fakultas ilmu kesehatan universitas muhammadiyah Surabaya untuk melakukan studi pendahuluan penelitian. Dengan surat pengantar tersebut peneliti meminta izin RS Siti Khodijah Cabang Sepanjang untuk melakukan studi pendahuluan sebagai langkah awal penelitian. Kemudian peneliti mendapatkan surat balasan dari RS Siti Khodijah Cabang Sepanjang untuk melakukan studi pendahuluan. Studi pendahuluan dimulai dengan pengambilan data awal populasi yang terdiri dari karakteristik keluarga (nama, jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan dan pendapatan). Peneliti juga mewawancarai dan mengidentifikasi Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien di RS Siti Khodijah Cabang Sepanjang.

4.1.1.3 *Informed Consent*

Proses pengambilan data pada penelitian ini diperoleh setelah peneliti mendapatkan izin dari RS Siti Khodijah Cabang Sepanjang dengan membawa surat izin penelitian dari Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya. Setelah mendapatkan izin dari RS Siti Khodijah Cabang Sepanjang, peneliti melakukan penelitian. Penjelasan maksud dan tujuan penelitian untuk memperoleh data dan mendapatkan persetujuan menggunakan *informed consent* dari responden yaitu perawat yang berada di RS Siti Khodijah Cabang Sepanjang.

4.5 Instrumen Penelitian

Instrument yang digunakan dalam penelitian adalah SOP dan kuesioner yang disusun oleh peneliti.

4.6 Teknik Analisis

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistic terapan, yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis. Apabila penelitiannya deskriptif maka akan menggunakan statistic deskriptif sedangkan analisis analitik akan menggunakan statistic inferensi. Statistik deskriptif adalah statistic yang membahas cara-cara meringkas, menyajikan, dan mendeskripsikan suatu data dengan tujuan agar mudah dimengerti dan lebih mempunyai makna. Pada penelitian ini menggunakan skala data ordinal dan nominal . Statistik inferensi adalah statistika yang dipergunakan untuk menyimpulkan parameter (populasi) berdasarkan statistic (sampel) atau lebih dikenal dengan proses generalisasi/inferensi. Pada penelitian ini dilakukan dua uji statistic, untuk kategori pengetahuan dilakukan uji statistic *Mann Whitney U Test*.

BAB 5

HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI

5.1 Hasil

5.1.1 Identifikasi Tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit

Tema	Pernyataan
Visi Pelayanan Holistik	“Visi kami terkait pelayanan rumah sakit sudah ada yaitu pelayanan islami dan paripurna, namun visi khusus terkait dengan pelayanan keperawatan belum ada... (RS, 14 Maret 2016)
Format Dokumentasi Keperawatan	“Selama ini tindakan pelayanan keperawatan yang kami lakukan memang lebih kepada masalah biologis, sementara masalah pada aspek yang lain belum dilaksanakan karena memang di format askepnya juga belum ada. Kalau masalah spiritual selama ini dilakukan oleh tim Bimbingan Rohani (BIMROH) RSSK” (RN, 31 Mei 2016)”
Kepercayaan Pasien	“Saya tidak ngecap nak kalua pelayanan disini baik sekali, baik dokter maupun perawatnya, perawatnya perhatian, ngajari pasien, dan enak kalau ditanyanya. pokoknya kalau saya dan keluarga saya sakit, berobatnya ya di sini nak... (N, 22 Juni 2016)”

Tabel 5.1 Identifikasi model asuhan keperawatan holistik

Berdasarkan tabel 1, diketahui bahwa rumah sakit Siti Khodijah sudah memiliki visi yaitu pelayanan islami dan paripurna. Namun visi khusus terkait dengan pelayanan keperawatan belum ada. Terkait dengan format dokumentasi keperawatan, selama ini tindakan pelayanan keperawatan yang kami lakukan memang lebih kepada masalah biologis, sementara masalah pada aspek yang lain belum dilaksanakan karena memang didalam format asuhan keperawatannya belum ada. Selama ini, masalah spiritual ditangani oleh tim Bimbingan Rohani

(BIMROH) Sakit Siti Khodijah. Menurut pasien yang diwawancarai oleh peneliti, beliau sangat mempercayai bahwa kualitas dokter dan perawat di Rumah Sakit Siti Khodijah sangat baik.

Ruang	Bulan					
	Mei (N=20)		Juni (N=20)		Juni (N=25)	
	P	TP	P	TP	P	TP
Mina	19	1	19	1	25	0
Somar	15	5	17	3	23	2
Multazam	17	3	19	1	24	1
Total	51	9	55	5	72	3
Prosentase(%)	85	15	92	0,8	96	0,4

Tabel 2 Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan perawat

Pada bulan mei 85 % pasien menyatakan puas pasien terhadap pelayanan kesehatan. Pada bulan Juni 92 % menyatakan puas pasien terhadap pelayanan kesehatan. Sedangkan pada bulan Juni, 96% menyatakan puas pasien terhadap pelayanan kesehatan (Tabel 2). Berdasarkan tabel 2 di atas menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien terus meningkat dalam tiga bulan terakhir, mulai 85%, 92%, dan terakhir 96%.

Tingkat Grading	Tahun 2015		Tahun 2016	
	F	%	F	%
Low	0	0	23	21
Moderet	43	96	84	76
High	2	4	3	3
Sentinel	0	0	0	0
Total	45	100	110	100

Tabel 3 Grading Kejadian Tidak Diinginkan untuk Keselamatan Pasien

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa grading pada kejadian tidak diinginkan (KTD) secara umum mengalami penurunan dari tahun 2015 ke tahun 2016, meskipun jumlah populasi yang hampir 2 kali lipat lebih banyak. Prosentase KTD masih menunjukkan tinggi terutama pada tingkat grading moderate.

Sasaran Keselamatan pasien	Standar	Bulan			Rata-rata
		4	5	6	
Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien	100	99,4	99,4	99,3	100
Kelengkapan tanda tangan form perintah lisan/telepon	100	88	83	80	76
Angka kejadian obat high alert	0	0,02	0,01	0,00	0,01
Penandaan lokasi operasi sebelum pasien di operasi	100	60	55	42	42
Angka kepatuhan <i>hand hygiene</i> dan <i>five moment</i> pada perawat	100	99,4	99,4	99,3	100
Kelengkapan pengisian <i>form assessment</i> pasien jatuh	100	88	83	80	76

Tabel 4 Insiden kejadian yang tidak diinginkan terkait Keselamatan Pasien Rawat Inap

Indikator	Ruangan	Penilaian (%)					
		1	2	3	4	5	6
Perawat memperhatikan pasien dengan sepenuh hati	Ismail	20	65	5	0	0	0
	Mina	18	70	0	0	0	5
	Anisa	75	0	15	0	0	10
Perawat selalu memberikan salam dan perkenalan diri	Ismail	65	30	0	0	0	0
	Mina	35	15	15	20	5	5
	Anisa	60	10	0	10	0	10
Perawat selalu mengucapkan basmalah sebelum melakukan tindakan	Ismail	20	68	0	0	0	0
	Mina	58	20	3	0	4	3
	Anisa	70	10	0	0	0	8
Perawat segera datang bila saya memanggil	Ismail	35	62	0	0	0	0
	Mina	3	90	0	0	0	0
	Anisa	78	10	0	0	0	8
Informasi yang saya dapat dari seorang perawat dengan perawat lainnya sama	Ismail	18	70	5	0	0	0
	Mina	65	15	6	0	3	0

	Anisa	48	20	10	0	0	10
Alat-alat yang saya butuhkan antara lain pispot, urinal, alat mandi sudah siap bila saya perlukan	Ismail	60	20	0	0	0	0
	Mina	78	5	5	0	5	0
	Anisa	0	0	0	0	0	0
Penjelasan perawat membuat saya bersemangat menghadapi penyakit saya	Ismail	18	70	5	0	0	0
	Mina	82	10	0	0	0	0
	Anisa	60	22	10	0	0	0
Perawat yang merawat saya terlihat trampil	Ismail	30	60	0	0	0	0
	Mina	80	15	0	0	0	0
	Anisa	50	20	15	15	0	0
Perawat membantu pasien dalam melakukan berbagai kegiatan antara lain : kebersihan diri, latihan gerak, latihan nafas	Ismail	20	58	5	0	5	0
	Mina	40	22	20	0	5	0
	Anisa	60	20	0	0	0	10
Saya mendapat informasi yang jelas dari perawat tentang kondisi kesehatan saya	Ismail	22	72	0	0	0	0
	Mina	62	22	5	0	0	0
	Anisa	60	38	0	0	0	0
Perawat menjawab pertanyaan saya dengan jelas	Ismail	20	70	0	0	0	0
	Mina	90	5	0	0	0	0
	Anisa	60	38	0	0	0	0
Perawat menjelaskan kepada saya tentang obatobatan yang saya gunakan	Ismail	18	50	22	0	0	0
	Mina	70	18	12	0	0	0
	Anisa	38	22	38	0	0	0
Perawat mempunyai cukup waktu untuk mendengarkan keluhan saya	Ismail	18	50	22	0	0	0
	Mina	80	20	5	0	0	0
	Anisa	38	22	38	0	0	0
Perawat membantu saya dalam mengatasi kekhawatiran saya	Ismail	18	58	20	0	0	0
	Mina	80	5	5	0	0	0
	Anisa	38	38	20	0	0	0
Perawat membantu saya merasa tenang selama di rumah sakit	Ismail	18	62	10	0	0	0
	Mina	80	5	5	0	0	0
	Anisa	38	44	0	0	0	0
Sebelum melakukan tindakan, perawat terlebih dahulu memberi penjelasan tentang tindakan tersebut	Ismail	24	70	5	0	0	0
	Mina	78	10	10	5	0	0
	Anisa	70	0	0	10	10	0
Perawat memperlakukan keluarga saya dengan baik	Ismail	44	50	0	0	0	0
	Mina	55	28	12	0	0	0
	Anisa	72	25	0	0	0	0
Perawat memberi penjelasan tentang keadaan/peraturan ruangan/rumah sakit	Ismail	38	52	6	0	0	0
	Mina	42	28	8	8	6	6
	Anisa	36	38	12	12	0	0
Saya merasa, karena berbagai tindakan perawat, masalah saya dapat diatasi	Ismail	22	68	5	0	0	0
	Mina	70	12	6	0	0	6
	Anisa	48	48	0	0	0	0
Perawat di ruangan ini ramah	Ismail	64	30	0	0	0	0
	Mina	82	6	0	0	0	6
	Anisa	70	22	0	0	0	0

Saya mendapat penjelasan dari perawat tentang bagaimana menjaga kesehatan di rumah	Ismail	45	38	0	0	12	0
	Mina	35	20	12	20	5	0
	Anisa	12	48	24	12	0	0
Perawat membantu dan membimbing pasien dalam beribadah	Ismail	20	2	18	30	5	0
	Mina	0	0	0	5	90	0
	Anisa	0	0	0	0	0	0
Perawat selalu mengingatkan untuk tetap beribadah dalam keadaan sakit	Ismail	0	0	0	0	14	0
	Mina	34	8	8	28	20	0
	Anisa	0	0	0	0	0	0

Keterangan: 1 = Selalu; 2 = Sering; 3 = Kadang-kadang; 4 = Jarang; 5 = Tidak Pernah; 6 = Tidak Ada Jawaban

Tabel 5 Indikator kepuasan pasien terhadap layanan petugas kesehatan

Dari 6 indikator kejadian yang tidak diinginkan terkait Keselamatan Pasien Rawat Inap, mayoritas prosentase capaiannya mendekati nilai standar yang sudah ditetapkan (table 5). Hanya ada indikator penandaan lokasi operasi sebelum pasien di operasi menunjukkan pencapaian yang menurun. Pada tabel 6 menjelaskan bahwa mayoritas pelayanan keperawatan telah dilakukan dalam kategori sering dan selalu, hal ini menunjukkan bahwa pelayanan keperawatan yang dilakukan di tiga ruangan telah memenuhi indikator pelayanan keperawatan secara holistik. Dari tiga ruangan tersebut, ruang Mina mempunyai penilaian yang paling baik diantara ruangan yang lain.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Identifikasi Tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit

Adanya visi pelayanan keperawatan akan memberikan arah dan pedoman bagi tenaga perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Meskipun tidak secara khusus tertulis keperawatan holistik, namun makna pelayanan keperawatan

komprehensif berarti menyeluruh yang bermakna sama dengan keperawatan holistik, begitu pula dengan makna pelayanan paripurna juga bisa mempunyai arti yang sama dengan keperawatan holistik. Visi tersebut penting dan harus difahami oleh seluruh perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien. Praktik keperawatan holistik perlu menghubungkan konsep *nurturance* karena konsep ini meningkatkan pemahaman perawat dalam memberikan perawatan kepada pasien dengan menghargai keunikan dan nilai dari masing-masing pasien. Dengan keperawatan holistik, klien mengalami pertumbuhan dan pembaharuan kekuatan dan kesembuhan yang optimal. Pelayanan keperawatan holistik dapat meningkatkan kekuatan fisik, emosi, dan spiritual (Sappington, 2003).

Sementara menurut Frisch (2003), untuk mengimplementasi keperawatan holistik diperlukan standar praktik sebagai berikut: (1) mengetahui kapasitas individu dalam proses penyembuhan sendiri dan pentingnya mendukung pengembangan secara alami tiap individu; (2) mendukung, berbagi keahlian dan kompetensi dalam praktik keperawatan holistik yang digunakan di beberapa tatanan klinik dan masyarakat yang beraneka ragam; (3) berpartisipasi dalam perawatan berpusat pada individu dengan menjadi partner, pelatih, dan mentor dengan secara aktif mendengarkan dan mendukung dalam mencapai tujuan individu; (4) berfokus pada strategi untuk menciptakan kesatuan secara harmonis dan penyembuhan pada profesi keperawatan; (5) berkomunikasi dengan praktisi kesehatan tradisional tentang rujukan yang sesuai ke praktisi holistik jika dibutuhkan; (6) berinteraksi dengan organisasi profesi dalam mengembangkan kepemimpinan terkait dengan pengetahuan dan praktik keperawatan holistik dan

kesadaran terkait dengan isu yang berkembang tentang kesehatan holistik baik pada tingkat lokal, regional, maupun nasional.

Disisi lain, Mc Evoy & Duffy (2008) mengidentifikasi *antecedents* dan *consequences* keperawatan holistic dari sudut pandang pasien maupun perawat. Dari sudut pandang pasien, *antecedent* pelayanan keperawatan holistik antara lain: 1) adanya kebutuhan, 2) perlunya hubungan, 3) komunikasi, 4) kondisi sakit, 5) Ketidakharmonisan, 6) perlunya lingkungan perawatan, 8) Otonomi, dan 9) perlunya memberdayakan diri. Sementara *antecedent* perawat meliputi: 1) mengkaji kebutuhan pasien, 2) perlunya hubungan, 3) komunikasi, 4) adanya intuisi, 5) pengetahuan, 6) Advokasi, 7) pertanggung jawaban, dan adanya lingkungan kondusif untuk perawatan/pelayanan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan terbangunnya kepercayaan yang baik dari pasien kepada perawat. Kepercayaan yang baik terbentuk karena adanya hubungan dan komunikasi yang baik dari perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien. Meskipun secara umum menunjukkan hubungan yang baik namun pebih perlu ditingkatkan peran perawat dalam memberikan penjelasan dan mendengarkan keluhan pasien serta mmemotivasi pasien dalam melakukan ibadah. Dalam penelitian tidak meneliti tentang faktor dalam memberikan asuhan sehingga dimungkinkan kurangnya perhatian perawat dalam mendengarkan keluhan pasien karena waktu dan beban kerja sehingga hal tersebut perlu diteliti lebih lanjut.

Secara umum pasien menunjukkan puas dalam pelayanan keperawatan. Kepuasan merupakan bentuk perasaan seseorang setelah mendapatkan pengalaman terhadap kinerja pelayanan yang telah memenuhi harapan. Kotler (2007) juga menjelaskan bahwa kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan

oleh pemberi pelayanan sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor meliputi: reliabilitas (konsistensi dan kehandalan), ketanggapan (kesediaan, kesiapan dan ketepatan waktu), kompetensi (kemudahan kontak dan pendekatan), komunikasi (mendengarkan serta memelihara hubungan pengertian), kredibilitas (nilai kepercayaan dan kejujuran), jaminan rasa aman (dari risiko dan keraguan), pengertian (upaya untuk mengerti keluhan dan keinginan pasien), wujud pelayanan yang dirasakan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan perawat bersikap responsif terhadap pasien. Kepuasan yang ditunjukkan oleh pasien karena ketersediaan sarana prasarana yang memadahi selain kualitas pelayanan yang ditunjukkan dengan pelayanan yang ramah dan sopan, kebersihan, kerapian, kenyamanan dan keamanan ruangan serta kelengkapan, kesiapan dan kebersihan peralatan medis dan non medis. Semua faktor kepuasan pasien tersebut pada hakikatnya sangat berkaitan dan ditentukan oleh mutu kerja para perawat, sehubungan dengan hal tersebut, pada dasarnya kepuasan pasien dipengaruhi oleh faktor-faktor: teknologi, kemampuan kerja perawat, kemauan perawat, dan lingkungan kerja perawat. Dalam konteks ini maka model asuhan keperawatan merupakan salah satu faktor yang menentukan kepuasan pasien di rumah sakit.

BAB 6

RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA

6.1 Rencana Jangka Pendek :

Publikasi ilmiah pada jurnal nasional ber-ISSN dan ESSN

6.2 Rencana Jangka Panjang :

Dapat dijadikan informasi dan pengetahuan dalam bidang kesehatan tentang tindakan Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit.

BAB 7

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Simpulan sementara yang bisa disampaikan pada penelitian dengan judul "*Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit*" ini memerlukan kajian yang mendalam dan komprehensif. Beberapa hal yang menjadi point penting sebagai hasil penelitian sementara ini antara lain (1) Teridentifikasinya masalah asuhan keperawatan holistik, (2) Teridentifikasinya kepuasan pasien dan keselamatan pasien, (3) Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh RS Siti Khodijah sepanjang sudah mengarah pada asuhan keperawatan holistik, (4) Tersusunnya konseptual model keperawatan holistik untuk meningkatkan kepuasan dan keselamatan pasien

7.2 Saran

Pelaksanaan asuhan keperawatan holistic merupakan tanggungjawab perawat dalam memberikan asuhan secara komprehensif dan paripurna supaya masalah yang dialami pasien dapat teratasi secara menyeluruh. Perlu diteliti lebih lanjut tentang barriers dan challenge perawat dan memberikan asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aligning Forces four Quality/AF4Q. (2012). Measuring Patient Experience.
Canada: Robert Wood
- Boy S. Sabarguna. (2008). Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit Edisi Revisi;
Jakarta; CV Sagung Seto
- Cahyono, Suharjo JB. (2008). Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dlama
Praktik. Kedokteran, Yogyakarta; Kanisius.
- Creswell, JW. (1998). Qualitative inquiry and research design choosing among (5th
Ed.) Thousand Oaks: sage
- Departemen Kesehatan RI. (2006). Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah
Sakit. Jakarta; hal 1-46
- Departemen Kesehatan RI. (2008) Panduan Nasional Keselamatan Rumah Sakit:
Edisi ke 2, Jakarta.
- Dossey, B.M., and Keegan, L. (2013). Holistic Nursing a Handbook for Parctice,
Sixth Edition. Jones & Bartlett Learning.USA
- Flynn E. (2004). Summary of crossing the quality of chasm: A new system for 21th
century dalam The Patient Safety Handbook. diunduh 25 April 2015; 25-34
- Frey, R., Powell, L., dan Gott, M., (2013). Care vs Care: ‘Biomedical’ and
‘Holisitic’ Worldviews of Palliative Care. European Journal of Integrative
Medicine. Vol. 5, p. 352-364
- Frisch, Noren C. (2003). Standarts of Holistic Nursing Practice As Gudelines for
Quality Undergraduate Nursing Curricula. Journal of Professional Nursing,
Vol. 19. No 6; p.382-386

- Gibson, JL. et.al. 2007. Organisasi dan Manajemen Perilaku, Struktur, Proses. Jakarta: Erlangga
- Grant T Savage & Eric S Williams. (2008). Performance Improvement in Health Careuality.
- Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System, Washington DC ; National Academic Press
- King, M.O'Brien and Gates, Marie F. (2006). Perceived Barriers to Holistic Nursing in Undergraduate Nursing Programs. EXPLORE Journal, Vol. 2. No 4; p.334-338
- Kotler P, Keller KL. (2009). Marketing Management. New Jersey; Pearson Prentice Hall
- Kotler, P. 2007. Manajemen Pemasaran : Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian. Cetakan pertama, edisi Bahasa Indonesia. Jakarta: PT. Indeks
- Landrign CP, Parry GJ, Bones J, Hackbarth AD, Goldman DA, et al. (2010). Temporal Trend in Rates of Patient Harm Resulting From Medical Care, NEJM, diunduh 22 April 2015; 363 (22); 2124-34 tersedia dari : <http://www.nejm.org>.
- Manuaba, IARW. (2006). Faktor risiko klinik pada tindakan pembedahan urologi di unit bedah sentral Badan Rumah Sakit Umum Tabanan. Yogyakarta: UGM.
- McEvoy, L. dan Duffy, A. (2008). Holistic Practice – A Concept Analysis. Nurse Education in Practice. Vol. 8, p. 412-419
- Nursalam. (2011). Proses dan Dokumentasi Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika

- Pelzang, R. (2008) Time to Learn: Understanding Patient-Centre Care. *British Journal of Nursing*, Vol 19, No. 14, p.912-917
- Permenkes RI No 1691/Menkes/Per.VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien RS
- Prihartono L, . (2005). Outcome klinik pelayanan bedah pasca penerapan manajemen risiko di RSUD Koja 2003 [Theses] Yogyakarta; UGM
- Reed, F & Fitzgerald, L. (2005). The Mixed Attitudes of Nurse's to Caring for People with Mental Illness in a Rural General Hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 249–257
- Susi Andriani dan Sunarto. (2009). Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap di Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Magelang. *Jurnal Kesehatan*,, vol 2, no.1
- Sappington, Julie Y. (2003).Nurturance: The Spirit of Holistic Nursing. *Journal of Holistic Nursing*, Vol. 21 No. 1; p.8-19
- Utarini, A. (2011). Mutu Pelayanan Kesehatan di Indonesia: Sistem Regulasi yang Responsif [Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar] Yogyakarta; UGM.
- World Health Organization.(2004). World Alliance for patient safety: Forward Program.
- Yulianto W. (2007). Pengaruh perubahan desain ruang operasi dan perubahan perilaku petugas di ruang operasi terhadap kejadian surgical site infection di Rumah Sakit Santa Pemasang [Theses]; Yogyakarta; UGM: 2007

LAMPIRAN

1. Laporan keuangan

1. HONORARIUM				
HONOR	HONOR/HARI	WAKTU JAM/MINGGU	MINGGU	JUMLAH (RP)
Perawat Rumah Sakit 1	20.000	3	32	640.000
Perawat Rumah Sakit 2	20.000	3	32	640.000
SUB TOTAL				1.280.000
2. BAHAN HABIS PAKAI				
Kertas HVS A4	Lembar observasi, absensi, lembar evaluasi, dll	5 rim	40.000	200.000
Bolpoint	Pelatihan	10 lusin	15.000	150.000
Odner	Arsip File	5 set	30.000	150.000
Map	Arsip File	10 set	5.000	50.000
Spidol boardmaker	Pelatihan	5	6.000	30.000
Tintan Printer	Pencetakan berkas	6 biji	150.000	900.000
Kertas Sertifikat	Bukti Sebagai Duta	4 pack	50.000	200.000
Flasdisk (8 GB)	Penyimpanan Data Kegiatan	2 buah	95.000	190.000
Buku Pedoman	Media Pelatihan	30 buku	15.000	450.000
Buku petunjuk	Media Pelatihan	30 buku	15.000	450.000
Pulsa Internet	Media Pembelajaran	8 GB	50.000	200.000
Poster	Media pelatihan serta media informasi	10 poster	15.000	150.000
Benner roll	Informasi Program Pos	1 buah	100.000	100.000
Leaflet	Media informasi	300 lbr	3.000	900.000
Pojok Perawat	Pusat Perawat	1 tempat	1.000.000	1.000.000
PIN Perawat	Tanda sebagai DUTA Perawat	20 siswa	5.000	100.000
SUB TOTAL				5.220.000
3. PERJALANAN				
Material	Tujuan	Kuantitas	Jumlah (Rp.)	
Ketua	a. Pengorganisasian persiapan kegiatan b. Pendampingan pendidikan dari <i>UMSurabaya</i> c. Evaluasi kegiatan, dll.	50 kali	1.900.000	
Anggota	a. Pengorganisasian persiapan kegiatan b. Pendampingan pendidikan dari	50 kali	1.100.000	

	<i>UMSurabaya</i> c. Evaluasi kegiatan, dll.			
SUB TOTAL				3.000.000
4. LAIN-LAIN				
Material	Tujuan	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Jumlah (Rp.)
Pemberian <i>Door Prize</i> Kegiatan	Motivasi dan Penghargaan partisipasi kegiatan	20 buah	25.000	500.000
SUB TOTAL				500.000
TOTAL ANGGARAN YANG DIPERLUKAN (Rp)				10.000.000,-

2. Lampiran Jadwal Penelitian

NO.	KEGIATAN	BULAN DESEMBER-JUNI					
		1	2	3	4	5	6
1.	Mengadakan pertemuan awal antara ketua dan tim pembantu peneliti						
2.	Menetapkan rencana jadwal kerja dan Menetapkan pembagian kerja						
3.	Menetapkan desain penelitian dan Menentukan instrument penelitian						
4.	Menyusun proposal dan Mengurus perijinan penelitian						

5.	Mempersiapkan, menyediakan bahan dan peralatan penelitian						
6.	Melakukan Penelitian						
7.	Melakukan pemantauan atas pengumpulan data, Menyusun dan mengisi format tabulasi, Melakukan analisis data, Menyimpulkan hasil analisis, Membuat tafsiran dan kesimpulan hasil serta membahasnya						
8.	Menyusun laporan penelitian						