

LAPORAN AKHIR
PENELITIAN UNGGULAN

MODEL PENINGKATAN *PATIENT SAFETY* BERBASIS *ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP BEHAVIOR* DAN *KNOWLEDGE MANAGEMENT* TERHADAP KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (ULCUS DECUBITUS) DI RUMAH SAKIT HAJI SURABAYA



PENYUSUN:

Dr. Tri Johan Agus Yuswanto, S. Kp, M. Kep

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN

2018

HALAMAN PENGESAHAN

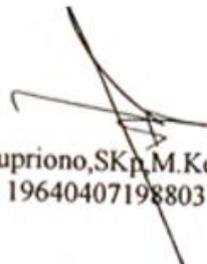
Laporan Hasil Kegiatan Penelitian Dengan Judul:

“MODEL PENINGKATAN *PATIENT SAFETY* BERBASIS *ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP BEHAVIOR* DAN *KNOWLEDGE MANAGEMENT* TERHADAP KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (ULCUS DECUBITUS) DI RUMAH SAKIT HAJI SURABAYA”

Telah disetujui dan disahkan pada tanggal November 2018

Kepala Unit Penelitian dan pengabdian
Penelitian Kepada Masyarakat Politeknik
Kesehatan Kemenkes Malang

Ketua Tim Pelaksana



Jupriono, SKp, M. Kes
NIP. 196404071988031004



Dr. Tri Johan AY, S. Kp., M. Kep
NIP. 196508251989031003

Mengetahui
Direktur



Budi Susatia, SKp. MKes.
NIP. 196503181988031002

ABSTRAK

Pendahuluan: Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam pemberian pelayanan terhadap pasien terkait dengan isu mutu dan citra Rumah Sakit. Kejadian decubitus adalah indikator keselamatan pasien dalam asuhan keperawatan di klinik, sehingga diperlukan sebuah metode untuk menurunkan kejadian decubitus di ruang rawat inap rumah sakit. Tujuan penelitian ini adalah untuk membuat sebuah model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behavior* (OCB) dan *knowledge management* terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) dalam mencapai target program *patient safety* di RSUD Haji Surabaya. **Metode:** Jenis penelitian ini adalah deskriptif analisis dengan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner. Populasi yaitu perawat yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya. Penelitian ini menggunakan *purposive sampling*, dengan jumlah sampel 100 responden. Analisis data dilakukan dengan PLS dan Wilcoxon signed rank test. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa model peningkatan *patient safety* berbasis *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management* terbukti efektif dalam menurunkan kejadian ulcus decubitus di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya.. Rekomendasi perlu penelitian lebih lanjut untuk melakukan uji coba model ini di ruang rawat inap rumah sakit lain.

Kata Kunci : *Ulcus decubitus, organizational citizenship behavior, knowledge management*

DAFTAR ISI

Halaman	
Halaman Judul	i
Daftar Isi	ii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan umum	7
1.3.2 Tujuan khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Manfaat teoritis	8
1.4.2 Manfaat praktis	8
BAB 2 KAJIAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep <i>Organizational Citizenship Behaviour</i> (OCB)	9
2.2 Konsep <i>Knowledge Management</i>	20
2.3 Konsep <i>Ulcus Decubitus</i>	34
2.4 Kerangka Konseptual	54
BAB 3 METODE PENELITIAN	57
3.1 Metode Penelitian Tahap Pertama	57
3.1.1 Desain Penelitian	57
3.1.2 Populasi dan Sampel	58
3.1.3 Variabel Penelitian	59
3.1.4 Definisi Operasional	60
3.1.5 Instrumen Penelitian	62
3.1.6 Prosedur Pengumpulan Data	63
3.1.7 Cara Analisis Data	63
3.1.8 Kerangka Analisis	66
3.2 Metode Penelitian Tahap Kedua	67
3.2.1 Desain Penelitian	67
3.2.2 Populasi dan Sampel	67
3.2.3 Variabel Penelitian	69
3.2.4 Definisi Operasional	70

3.2.5 Instrumen Penelitian.....	71
3.2.6 Prosedur Pengumpulan Data	72
3.2.7 Cara Analisis Data.....	72
3.2.8 Kerangka Kerja Operasional	73
3.2.9 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	74
3.2.10 Uji Validitas dan Reliabilitas	74
3.2.11 Etik Penelitian	75
DAFTARPUSTAKA.....	76
LAMPIRAN.....	8

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keselamatan pasien sudah menjadi *issue* global sejak laporan IOM (*Institute Of Medicine*), Amerika Serikat pada tahun 2000 yang menyatakan bahwa "*to err is human*" (Kohn *et al*,2000). Rumah Sakit sebagai organisasi yang memberikan pelayanan kepada pasien harus memperhatikan kualitas layanan terhadap pasien terutama berkenaan dengan *issue* keselamatan pasien (*patient safety*).Oleh karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam pemberian pelayanan terhadap pasien terkait dengan isu mutu dan citra Rumah Sakit (Depkes RI, 2008).

Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of quality management (world alliance for patient safety, forward programme, WHO, 2004). Patient safety di rumah sakit adalah system pelayanan dalam suatu rumah sakit yang memberikan asuhan pasien menjadi lebih aman.Termasuk didalamnya mengatur resiko, identifikasi dan pengelolaan resiko terhadap pasien, analisis insiden, kemampuan belajar dan menindaklanjuti insiden, serta menerapkan solusi untuk mengurangi resiko.

WHO (2004) menampilkan angka Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) di rumah sakit dari berbagai negara maju adalah sebesar 3.2% s/d 16.6% pada pasien rawat inap, berbagai publikasi untuk mudahnya mengutipnya dengan angka 10% dan sebagian dari padanya dapat meninggal. Menurut hasil penelitian yang dilakukan Foster & Rose dalam Yulia (2010) di UGD RS Pendidikan Ottawa Kanada terhadap 399 pasien, didapatkan KTD sebanyak 24 kasus (6 %), KTD dapat di cegah 17 kasus (71%), KTD tidak dapat dicegah 6 kasus (25%),

dan perpanjangan masa perawatan 15 kasus (62%). Menurut hasil penelitian yang dilakukan Mustikawati (2011) menyebutkan laporan insiden keselamatan pasien berdasarkan provinsi 2007 ditemukan di DKI Jakarta 37,%, Jawa Tengah 15,9%, DIY 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Aceh 10,7%, Sulawesi Selatan 0,7%. Diperkirakan bahwa puluhan juta pasien diseluruh dunia mengalami cedera atau kematian setiap tahun akibat praktik medis dan perawatan kesehatan yang tidak aman. Sekitar satu dari sepuluh pasien dirugikan karena penyebab yang dapat dicegah saat menerima pelayanan kesehatan (WHO, 2013).

Kejadian pasien decubitus adalah indikator keselamatan pasien dalam asuhan keperawatan di klinik. Apabila indikator keselamatan pasien belum mencapai standart yang ditentukan akan mempengaruhi kualitas/mutu layanan keperawatan. Akibat dari seringnya terjadi kejadian pasien ulcus decubitus adalah beresiko meningkatnya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau beresiko terjadi kejadian *Adverse Event*.

Penghitungan angka kejadian keselamatan pasien di RSUD Haji Surabaya sudah rutin dilakukan. Pedoman keselamatan pasien RS telah diberlakukan berdasarkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Haji Surabaya Nomor: 445/291/304/2013. Harapan dari penerapan kebijakan ini nantinya dapat meningkatkan kualitas pemberian pelayanan serta meningkatkan keselamatan pasien. Pengukuran salah satu indikator klinik mutu keperawatan yaitu Ulcus Decubitus dikoordinir oleh Tim Keselamatan Pasien. Indikator klinik mutu keperawatan terkait dengan keselamatan pasien yaitu Ulcus Decubitus masih menjadi permasalahan karena angka pencapaian belum sesuai standart ($\leq 1,5\%$) yang ditemukan di tahun 2014-2016. Jumlah capaian angka Ulcus Decubitus di RSUD Haji Surabaya ditunjukkan pada tabel 1.1

Tabel.1.1 Jumlah Kejadian Ulcus Decubitus di RS Haji Surabaya Tahun 2014-2016

Pasien decubitus 2014		Pasien decubitus 2015		Pasien decubitus 2016	
kejadian	Grade	Kejadian	Grade	Kejadian	Grade
Standart 1,5%		Standart 1,5%		Standart 1,5%	
25	Grade 1 : 14 Grade 2 : 8 Grade 2 3	19	Grade 1 : 11 Grade 2 : 5 Grade 3 : 3	13	Grade 1 :25 Grade 2 : 3 Grade 3: 0
Capaian 1,6%		Capaian 2,4%		Capaian 1,59%	

Sumber: laporan Tim KPRS RSU Haji Surabaya

Berdasarkan tabel 1.1 dapat diketahui bahwa indikator klinik mutu keperawatan ulcus decubitus mengalami trend penurunan jumlah pasien yang mengalami ulcus decubitus namun untuk pasien dengan ulcus decubitus grade 3 jumlahnya masih tetap.

Berdasarkan hasil *interview* dengan bagian *patient safety* di RSU Haji Surabaya di dapatkan informasi bahwa selama ini pihak rumah sakit sudah memberikan pelatihan dan sosialisasi terkait *patient safety*, meskipun sudah diberi pelatihan dan sosialisasi namun mereka mengakui jika penanganan ulcus decubitus perlu ditingkatkan, hal ini terkait insiden ulcus decubitus grade 3 jumlahnya masih tetap. Pihak rumah sakit mengharapkan pemahaman dan pengalaman perawat terkait *patient safety* khususnya ulcus decubitus bisa terbangun menjadi pengetahuan dan bisa diwujudkan dalam tindakan perawat, melekat dalam proses perawatan pasien sehingga kinerja perawat dalam manangani ulcus decubitus bisa lebih ditingkatkan. Untuk memaksimalkan hasil pengetahuan yang didapat terkait *patient safety* khususnya ulcus decubitus, perawat bisa meningkatkan perilaku ekstra yang berhubungan

dengan penanganan ulcus decubitus seperti sikap berempati, peduli, menolong orang lain, dan bekerja untuk mencapai target.

Rumah sakit mengharapkan kinerja individu yang semaksimal mungkin untuk mencapai keunggulan organisasi, Karena pada dasarnya kinerja individual atau kelompok kerja adalah yang akhirnya mempengaruhi kemajuan organisasi secara keseluruhan. Faktor lain yang mempengaruhi kinerja individu yang pada akhirnya membawa kepada kinerja organisasi adalah *organizational citizenship behavior* (OCB). *Organizational citizenship behavior* (OCB) sebagai perilaku yang bersifat *discretionary*, yang tidak secara langsung atau eksplisit diakui dalam system pemberian penghargaan dan perilaku ini meningkatkan fungsi efektif organisasi.

Organizational citizenship behavior (OCB) dapat didefinisikan sebagai perilaku ekstra yang berhubungan dengan pekerjaan di luar tugas rutin yang ditentukan oleh deskripsi pekerjaan atau di ukur dalam evaluasi formal (Bateman dan Organ, 1983). Organ (1988) dalam Podsakoff (2000) menyatakan bahwa jika *organizational citizenship behavior* (OCB) dilaksanakan pada waktu yang lama dan oleh banyak orang akan berakibat pada efektifitas organisasi. Adapun komponen yang termasuk dalam OCB yaitu: *altruism* (menolong orang lain), *conscientiousness* (sikap berhati-hati, mengikuti peraturan, tiba lebih awal, tepat waktu, bekerja sesuai SOP), *sportsmanship* (kemampuan beradaptasi dengan lingkungan, mengurangi keluhan, sikap terhadap target organisasi), *civic virtue* (turut serta secara penuh dan perhatian lebih terhadap organisasi), *courtesy* (menghargai, menjaga hubungan baik, tindakan untuk mencegah timbulnya masalah).

Menurut Robbin dan Judge (2008), fakta menunjukkan bahwa organisasi yang mempunyai karyawan yang memiliki *organizational citizenship behavior*

(OCB) yang baik, akan memiliki kinerja yang lebih baik dari orang yang tidak memiliki *organizational citizenship behavior* (OCB). Dengan empati perilaku seseorang akan mampu memberikan pelayanan yang baik terhadap masyarakat. Perilaku prososial atau tindakan ekstra yang melebihi deskripsi peran yang ditetapkan organisasi tersebut dinamakan *organizational citizenship behavior* (Organ dan Konovsky, 1989).

Knowledge management digunakan sebagai upaya untuk mempertahankan, menganalisis, mengorganisasi, meningkatkan, dan berbagi pemahaman dan pengalaman. Pemahaman dan pengalaman semacam itu terbangun pengetahuan, baik diwujudkan dalam individu atau yang melekat dalam proses dan aplikasi nyata dari sebuah organisasi. *Knowledge management* ini digunakan oleh organisasi sebagai inovasi baru untuk menyalurkan data mentah ke dalam bentuk informasi dan pengetahuan (L.-S. Huang et al. 2011). Kejadian tidak diharapkan terjadi dikarenakan perawat melakukan kelalaian atau kesalahan dalam penanganan ulcus decubitus disebabkan berbagai faktor diantaranya adalah beban kerja yang tinggi dan ruangan rawat inap tersebut mempunyai kompleksitas dan resiko yang cukup tinggi. *Knowledge management* digunakan di institusi lain hal ini bertujuan untuk mengorganisir pengetahuan yang dimiliki untuk mempermudah karyawan mengakses informasi sehingga karyawan mendapat informasi dan dapat diterapkan ke *job performance* yang mempengaruhi kinerja karyawan. Sebagian besar pengetahuan dapat diperoleh dari beberapa faktor yang meliputi pendidikan, pengalaman sendiri maupun orang lain, media massa maupun lingkungan. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Ryan & Ebbert 2013).

Pendekatan *knowledge management* yang digunakan dalam pencegahan ulcus decubitus yaitu *knowledge management*. *Knowledge management* menurut Gasik (2011) merupakan pengembangan *knowledge management* dari konsep Nonaka dan Takeuchi (1995). *Knowledge management* mempunyai 7 tahap diantaranya adalah *knowledge identification, knowledge acquisition, knowledge creation, knowledge application, knowledge transfer, knowledge sharing, knowledge documentation*. Kelebihan dari model tersebut adalah data menjadi informasi diolah melalui mengumpulkan, mengklasifikasi dan mengelompokkan, mengolah data sehingga berubah bentuk dan sifat sesuai kegunaannya, menginterpretasikan data, penyimpanan data, penyampaian data ke pengguna, dan kegunaannya dalam menunjang kepentingan organisasi.

Upaya pencegahan ulcus decubitus berbasis *organizational citizenship behavior* (OCB) yang merupakan peran *ekstra role* diharapkan bisa membuat perawat lebih cakap, responsif, sigap, empati, dan tanggung jawab dalam penanganan ulcus decubitus. Pendekatan *knowledge management* merupakan teknik menciptakan keselarasan pengetahuan sehingga mencapai kinerja yang optimal. Pendekatan *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management* ini merupakan gabungan dua konsep untuk memaksimalkan peran *ekstra roledan* intra role perawat dalam mengelola pengetahuan yang sudah didapatkan untuk dapat diterapkan ke praktek sesuai dengan pengetahuan yang telah didapat dan tercermin dalam kinerja seorang perawat sehingga kejadian tidak diharapkan (ulkus decubitus) dapat diminimalkan.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah ada pengaruh faktor individu yang meliputi (pengetahuan, sikap, komitmen) terhadap kejadian tidak diharapkan (ulkus decubitus) di RSU Haji Surabaya?

2. Apakah ada pengaruh faktor organisasi (kepemimpinan, *decision making*) terhadap pencegahan kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) di RSUD Haji Surabaya?
3. Apakah ada pengaruh faktor manajemen (budaya *patient safety*, monitoring) terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) di RSUD Haji Surabaya?
4. Apakah ada pengaruh penerapan model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behavior* (OCB) dan *knowledge management* terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) di RSUD Haji Surabaya?

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Menyusun rekomendasi model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behavior* (OCB) dan *knowledge management* terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) dalam mencapai target program *patient safety* di RSUD Haji Surabaya.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengaruh faktor individu yang meliputi (pengetahuan, komitmen, sikap) terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) di RSUD Haji Surabaya?
2. Mengidentifikasi pengaruh faktor organisasi (kepemimpinan, *decision making*) terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) di RSUD Haji Surabaya ?
3. Mengidentifikasi pengaruh faktor manajemen (budaya *patient safety*, monitoring) terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) di RSUD Haji Surabaya?
4. Menganalisis pengaruh model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behavior* (OCB) dan *knowledge management* terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) di RSUD Haji Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini menjelaskan tentang model. Diharapkan penelitian ini dapat memberikan informasi tentang model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behavior* (OCB) dan *knowledge management* terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) di RSUD Haji Surabaya. Pengembangan model ini diharapkan bisa memberikan manfaat dan sumbangan pemikiran untuk pengembangan keilmuan untuk peningkatan *patient safety* di rumah sakit sehingga target pencapaian *patient safety* bisa tercapai dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

1.4.2 Manfaat praktis

- 1) Memberikan masukan kepada pihak manajemen pelayanan keperawatan sebagai dasar menetapkan kebijakan terkait penerapan *patient safety* khususnya untuk luka ulcus decubitus di ruang rawat inap rumah sakit.
- 2) Memberikan bahan informasi bagi peneliti lain yang berminat untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut terkait penerapan model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behavior* (OCB) dan *knowledge management* untuk sasaran program *patient safety* yang lain.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Organizational Citizenship Behaviour*

“Organizational Citizenship Behavior (OCB) is an individual behavior that is discretionary, not directly or explicitly recognized by the formal reward system, and in the aggregate promotes the efficient and effective functioning of the organization.”(Organ, dalam Muhammad 2011)”.

Organizational Citizenship Behaviour (OCB) merupakan perilaku individu yang bebas, tidak secara langsung atau secara eksplisit diakui oleh sistem *reward* formal, dan dalam agregat mempromosikan fungsi efisien dan efektif organisasi. Bebas yang dimaksud diatas adalah perilaku tersebut bukan merupakan persyaratan yang harus dilaksanakan dalam peran tertentu atau deskripsi kerja tertentu, atau perilaku yang merupakan pilihan pribadi (Podsakoff et al, 2000). *Organizational Citizenship Behaviour* didefinisikan sebagai pekerjaan yang berhubungan dengan perilaku yang tidak mengikat dan tidak berkaitan dengan sistem *reward* formal organisasi, dan secara keseluruhan meningkatkan efektivitas fungsi organisasi.

Organizational Citizenship Behaviour reflects those actions performed by employees that surpass the minimum role requirements expected by the organisation and promote the welfare of co-workers, work groups, and/or the organization. (Lovell, Kahn, Anton, Davidson, Dowling, et al, dalam Mohammad 2011).

Organizational Citizenship Behaviour mencerminkan tindakan yang dilakukan oleh karyawan yang melampaui ketentuan minimum yang diharapkan oleh peran organisasi dan mempromosikan kesejahteraan rekan kerja, kelompok kerja, dan perusahaan. *Organizational Citizenship Behaviour* adalah sebuah perilaku positif dalam membantu pekerjaan individu lain yang ditunjukkan oleh

seseorang dalam sebuah organisasi Kontribusi yang ditunjukkan dalam perilaku OCB berupa pekerjaan diluar tanggung jawab yang harus dilakukan. Kontribusi tersebut dapat memperbaiki kinerja organisasi atau perusahaan tersebut.

2.2 Dimensi *Organizational Citizenship Behaviour*

Organizational Citizenship Behaviour (OCB) sebagai perilaku *extra- role* yang menguntungkan bagi perusahaan dan organisasi, mulai dikenalkan oleh Organ sekitar tahun 1988. Menurut Organ dalam Ehtiyar et.al (2010), *Organizational Citizenship Behaviour* adalah multi-dimensional yang terdiri dari lima dimensi yaitu:

1. *Altruism*

Altruism merupakan suatu perilaku peduli orang lain sehingga pemberian bantuan pada orang lain dilakukan secara sukarela atau tanpa adanya paksaan. Perilaku ini juga tidak mengharapkan imbalan atau *reward*. Misal membantu rekan kerja yang tidak masuk, sakit atau membantu rekan yang memiliki masalah atau keluhan, serta membantu klien.

2. *Civic virtue*

Partisipasi aktif karyawan dalam memikirkan kehidupan organisasi. Perilaku ini dapat berupa pemberian perhatian karyawan terhadap perusahaan atau organisasi. Hal ini dapat dikatakan sebagai komitmen utuh dari seorang karyawan. Misal berpartisipasi dalam pembuatan kebijakan organisasi, membantu kegiatan perusahaan.

3. *Conscientiousness*

Perilaku untuk mematuhi peraturan yang berlaku di dalam organisasi. tetapi perilaku tersebut melebihi prasyarat minimum yang biasa dilakukan. Perilaku ini cenderung lebih patuh daripada lainnya sehingga akan menjadi suatu ketaatan dan kepatuhan. Contohnya tidak menghabiskan waktu untuk keperluan diluar kepentingan organisasi, datang jika dibutuhkan, datang lebih awal dan tepat waktu, serta berbicara seperlunya dalam percakapan telepon.

4. *Sportsmanship*

Perilaku untuk lebih menekankan pada aspek positif organisasi. Sportsmanship dapat dikatakan sebagai perilaku untuk tidak mengeluh, tidak membesarkan hal kecil dan dapat dikatakan sebagai perilaku yang tidak memberikan toleransi pada hal negatif. Contohnya menahan diri untuk mengeluh lembur, mencoba sabar saat ide, ditolak, tidak membesarkan masalah diluar proporsi, serta tidak mencari kesalahan organisasi.

5. *Courtesy*

Courtesy merupakan perilaku bersedia bekerja melebihi standart. Hal ini termasuk dalam perilaku seperti membantu untuk mencegah masalah atau melakukan tindakan untuk meredakan masalah. Contohnya melakukan konfirmasi sebelumnya apabila datang terlambat atau tidak hadir bekerja dan meminta izin kepada teman kerja jika akan melakukan tindakan yang akan mempengaruhi mereka.

Selain lima dimensi *Organizational Citizenship Behaviour* yang disebutkan organ tersebut, terdapat dimensi lain yang disebutkan oleh William, dkk dalam Muhammad (2011) yaitu OCB-I dan OCB-O, OCB-I merupakan perilaku yang secara langsung memberikan manfaat bagi individu dan secara tidak langsung memberikan kontribusi pada organisasi seperti *courtesy* dan *altruism*. Dimensi OCB-O merupakan perilaku yang memberi manfaat bagi

organisasi pada umumnya seperti *conscientiousness, sportsmanship, and civic virtue*.

2.3 Manfaat *Organizational Citizenship Behaviour*

Beberapa manfaat dari *Organizational Citizenship Behaviour* menurut Gunawan (2011), antara lain:

a. *Organizational Citizenship Behaviour* meningkatkan produktivitas rekan kerja

1. Karyawan yang menolong rekan kerja lain akan membantu dalam mempercepat penyelesaian tugas rekan kerja lain Hal ini dapat meningkatkan produktivitas rekan .
2. Perilaku membantu yang ditunjukkan karyawan akan membantu menyebarkan bestpractice ke seluruh unit kerja atau kelompok seiring dengan berjalannya waktu.

b. *Organizational Citizenship Behaviour* meningkatkan produktivitas manajer

1. Karyawan yang memiliki perilaku *civic virtue* akan membantu manajer dalam mendapatkan saran dan/atau umpan balik yang berharga. Perilaku *civic virtue* dapat meningkatkan efektivitas unit kerja.
2. Karyawan yang sopan dan berusaha untuk menghindari terjadinya konflik dengan rekan kerja, akan menolong manajer terhindar dari krisis manajemen.

c. *Organizational Citizenship Behaviour* menghemat sumber daya yang dimiliki manajemen dan organisasi secara keseluruhan

1. Jika karyawan saling menolong dalam menyelesaikan masalah pekerjaan, maka penyelesaian masalah tersebut tidak perlu melibatkan manajer. Hal

ini dapat membantu manajer dalam memakai waktu luang yang dimiliki untuk melakukan tugas lain, seperti membuat perencanaan.

2. Karyawan yang menampilkan *conscientiousness* yang tinggi hanya membutuhkan pengawasan minimal dari manajer sehingga manajer dapat mendelegasikan tanggung jawab yang lebih besar kepada karyawan tersebut. Hal ini memiliki arti, akan lebih banyak waktu yang diperoleh manajer untuk melakukan tugas yang lebih penting.
 3. Karyawan lama yang membantu karyawan baru dalam pelatihan dan melakukan orientasi kerja akan membantu organisasi mengurangi biaya untuk keperluan tersebut.
- d. *Organizational Citizenship Behaviour* membantu menghemat energi sumber daya yang langka untuk memelihara fungsi kelompok.
1. Keuntungan dari perilaku menolong adalah meningkatkan semangat, moral (*morale*), dan kerekatan (*cohesiveness*) kelompok, sehingga anggota kelompok (atau manajer) tidak perlu menghabiskan energi dan waktu untuk pemeliharaan fungsi kelompok.
 2. Karyawan yang menampilkan perilaku *courtesy* terhadap rekan kerja akan mengurangi konflik dalam kelompok, sehingga waktu yang dihabiskan untuk menyelesaikan konflik manajemen berkurang.
- e. *Organizational Citizenship Behaviour* dapat menjadi sarana efektif dalam mengoordinasikan kegiatan kelompok kerja
1. Menampilkan perilaku *civic virtue* (seperti menghadiri dan berpartisipasi aktif dalam pertemuan di unit kerjanya) akan membantu koordinasi diantara anggota kelompok, dan akhirnya secara potensial meningkatkan efektivitas serta efisiensi kelompok.

2. Menampilkan perilaku *courtesy* (misalnya anggota yang saling memberi informasi tentang pekerjaan) akan menghindari munculnya masalah yang membutuhkan waktu dan tenaga untuk diselesaikan.
- f. *Organizational Citizenship Behaviour* meningkatkan kemampuan organisasi untuk menarik dan mempertahankan karyawan terbaik.
1. Perilaku menolong dapat meningkatkan moral dan kerekatan serta perasaan saling memiliki antaranggota kelompok, sehingga akan meningkatkan kinerja organisasi dan membantu organisasi dalam menarik dan mempertahankan karyawan yang baik.
 2. Memberi contoh pada karyawan lain dengan menampilkan perilaku sportmanship pada diri sendiri sehingga akan menumbuhkan loyalitas dan komitmen pada perusahaan. Misalnya tidak mengeluh karena permasalahan kecil.
- g. OCB meningkatkan stabilitas kinerja organisasi
1. Membantu tugas karyawan yang tidak hadir di tempat kerja atau yang mempunyai beban kerja berat sehingga akan meningkatkan stabilitas dari kinerja unit kerja
 2. Karyawan yang *conscientious* cenderung mempertahankan tingkat kinerja yang tinggi secara konsisten, sehingga mengurangi variabilitas pada kinerja unit kerja.
- h. *Organizational Citizenship Behaviour* meningkatkan kemampuan organisasi untuk beradaptasi dengan perubahan lingkungan.
1. Karyawan yang mempunyai hubungan dekat dengan pasar, dengan sukarela memberi informasi tentang perubahan yang terjadi di lingkungan. Karyawan tersebut juga dapat memberi saran tentang bagaimana cara

merespon perubahan tersebut sehingga organisasi dapat beradaptasi dengan cepat.

2. Karyawan yang secara aktif hadir dan berpartisipasi pada setiap pertemuan di perusahaan akan membantu menyebarkan informasi penting yang harus diketahui oleh perusahaan. Karyawan yang menampilkan perilaku *conscientiousness* akan meningkatkan kemampuan perusahaan untuk dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi di lingkungan. Misalnya kesediaan untuk memikul tanggung jawab baru dan mempelajari keahlian baru.

2.4 Faktor yang Mempengaruhi *Organizational Citizenship Behaviour*

Organisasi yang sukses membutuhkan karyawan yang melakukan pekerjaan lebih dari sekedar tugas yang diemban sehingga memberikan kinerja yang melebihi harapan. Tugas yang semakin sering dikerjakan dalam tim dan sifat fleksibilitas dalam melakukan pekerjaan merupakan hal yang penting dalam dunia kerja yang dinamis. Organisasi sangat membutuhkan karyawan yang mampu menampilkan perilaku organisasi yang baik, seperti membantu individu lain dalam tim, mengajukan diri dalam melakukan pekerjaan ekstra, menghormati semangat dan isi peraturan, dan sebagainya.

Kepuasan terhadap kualitas kehidupan kerja adalah penentu utama *Organizational Citizenship Behaviour* dari seorang karyawan. Menurut Novliadi (2007) Ada beberapa faktor yang mempengaruhi OCB sebagai berikut:

a. Budaya dan iklim organisasi

Menurut Organ (1995) Budaya organisasi merupakan suatu kondisi awal yang memicu terjadi OCB. Dan menurut Sloat (1999) berpendapat bahwa karyawan

cenderung bertindak melampaui tanggung jawab kerja mereka, apabila mereka menemukan, beberapa hal di bawah ini:

1. Merasa puas dengan pekerjaan yang dimiliki
2. Menerima perlakuan adil dari organisasi
3. Percaya bahwa mereka diperlakukan dengan baik oleh organisasi. Iklim organisasi dan budaya organisasi dapat meningkatkan kualitas perkembangan *Organizational Citizenship Behaviour* dalam suatu organisasi. Seorang karyawan merasa ingin melakukan pekerjaannya melebihi apa yang telah

disyaratkan dalam uraian pekerjaan. Karyawan tersebut akan selalu mendukung tujuan organisasi jika diperlakukan dengan sportif, serta mendapat kepercayaan. Ketika karyawan telah puas terhadap pekerjaannya, maka karyawan tersebut akan membalas. Pembalasan dari karyawan tersebut dapat berupa perasaan memiliki (*sense of belonging*) yang kuat terhadap organisasi dan perilaku seperti *Organizational Citizenship*.

b. Kepribadian dan suasana hati

Kepribadian dan suasana hati (*mood*) mempunyai pengaruh terhadap timbulnya perilaku *Organizational Citizenship Behaviour* secara individual maupun kelompok. Kemauan seseorang untuk membantu orang lain juga dipengaruhi oleh mood. Kepribadian merupakan suatu karakteristik yang secara relatif dapat dikatakan tetap, sedangkan suasana hati merupakan karakteristik yang dapat berubah. Sebuah suasana hati yang positif akan meningkatkan peluang seseorang untuk membantu orang lain. Suasana hati dipengaruhi oleh kepribadian dan situasi, misal iklim kelompok kerja dan faktor keorganisasian. Jika organisasi menghargai karyawan yang dimiliki, karyawan diperlakukan secara adil serta iklim kelompok kerja berjalan positif, maka karyawan cenderung berada dalam

suasana hati yang bagus. Konsekuensi yang akan didapat adalah karyawan akan sukarela memberikan bantuan kepada orang lain.

c. Persepsi terhadap dukungan organisasional

Studi Shore dan Wayne (1993) menemukan bahwa persepsi terhadap dukungan organisasional (*Perceived Organizational Support/POS*) dapat menjadi prediktor *organizational citizenship behaviour* (OCB). Pekerja yang merasa bahwa mereka didukung oleh organisasi akan memberikan timbal baliknya (*feed back*) dan menurunkan ketidakseimbangan hubungan dengan terlibat dalam perilaku *citizenship*.

d. Persepsi terhadap kualitas hubungan/interaksi atasan bawahan

Kualitas interaksi atasan-bawahan juga diyakini sebagai prediktor *organizational citizenship behaviour* (OCB). Miner (1988) mengemukakan bahwa interaksi atasan-bawahan yang berkualitas tinggi akan memberikan dampak seperti meningkatnya kepuasan kerja, produktifitas, dan kinerja karyawan. Riggio (1990) menyatakan bahwa apabila interaksi atasan-bawahan berkualitas tinggi maka seorang atasan akan berpandangan positif terhadap bawahan. Jika hal tersebut dilakukan, bawahan akan merasa bahwa atasan memberikan dukungan dan motivasi. Hal ini dapat meningkatkan rasa percaya dan hormat pada atasan sehingga bawahan termotivasi untuk melakukan “lebih dari” yang diharapkan oleh atasan.

e. Masa kerja

Greenberg dan Baron (2000) mengemukakan bahwa karakteristik personal seperti masa kerja dan jenis kelamin (*gender*) berpengaruh pada *organizational citizenship behaviour*. Hal yang sama dikemukakan oleh Sommers et al. (1996). Masa kerja dapat berfungsi sebagai *predictor organizational citizenship behavior* karena variabel tersebut mewakili “pengukuran” terhadap “investasi” karyawan di

organisasi. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa masa kerja berkorelasi dengan *organizational citizenship behaviour*. Karyawan yang telah lama bekerja di suatu organisasi akan memiliki kedekatan dan keterikatan yang kuat terhadap organisasi tersebut.

Masa kerja yang lama juga akan meningkatkan rasa percaya diri dan kompetensi karyawan dalam melakukan pekerjaan, serta menimbulkan perasaan dan perilaku positif terhadap organisasi yang memperkerjakannya. Semakin lama karyawan bekerja di sebuah organisasi, maka akan semakin tinggi pula persepsi karyawan tentang memiliki “investasi” di dalam.

f. Jenis Kelamin

Konradet *et al.* (2000) mengemukakan bahwa perilaku-perilaku kerja seperti menolong orang lain, bersahabat dan bekerja sama dengan orang lain lebih menonjol dilakukan oleh wanita daripada pria. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa wanita cenderung lebih mengutamakan pembentukan relasi (*relational identities*) daripada pria (Gabriel dan Gardner, 1999) dan lebih menunjukkan perilaku menolong daripada pria (Bridges, 1989, George et al., 1998). Temuan tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang cukup mencolok antara pria dan wanita dalam perilaku menolong dan interaksi sosial di tempat kerja. Ada perbedaan yang cukup signifikan antara pria dan wanita dalam tingkatan *organizational citizenship behaviour*, dimana perilaku menolong wanita lebih besar daripada pria. Terjadi perbedaan persepsi terhadap *organizational citizenship behaviour* antara pria dan wanita, dimana wanita menganggap *organizational citizenship behaviour* merupakan bagian dari perilaku in-role mereka dibanding pria. Hal tersebut menunjukkan bahwa wanita cenderung menginternalisasi harapan kelompok, rasa kebersamaan dan aktivitas menolong sebagai bagian dari pekerjaan.

Secara teoritis, perbedaan jenis kelamin mungkin lebih terlihat pengaruhnya pada OCB-I (OCB yang ditunjukkan secara langsung pada individu lain, seperti: menolong rekan kerja) daripada OCB-O (OCB yang ditunjukkan secara langsung pada organisasi, seperti: menjaga fasilitas organisasi).

Beberapa sumber lain mengatakan bahwa faktor yang mempengaruhi *Organizational Citizenship Behaviour* (OCB) adalah:

- a. Komitmen organisasi (O'Reilly and Chatman, 1986; Eisenberger *et al.*, 1990; Organ, 1990; Truckenbrodt, 2000),
- b. Persepsi kepemimpinan dan dukungan organisasi, (Farh *et al.*, 1990; Niehoff and Moorman, 1993; Smith *et al.*, 1983; Van Dyne *et al.*, 1994; Podsakoff *et al.*, 2000),
- c. *Person organization fit* (de Lara, 2008), Kepuasan kerja (Smith *et al.*, 1983; Bateman and Organ, 1983; Moorman, 1993; Murphy *et al.*, 2002),
- d. *Psychological contract* (Coyle-Shapiro, 2002; Turnley *et al.*, 2003), persepsi keadilan *Perception of fairness* (Moorman *et al.*, 1993; Tepper and Taylor, 2003) *and justice and organizational justice* (Moorman, 1991; Sheppard *et al.*, 1992; Eskew, 1993; Tansky, 1993; Skarlicki and Latham, 1996).

Faktor-faktor kontekstual adalah pengaruh eksternal yang berasal dari pekerjaan, bekerja kelompok, organisasi, atau lingkungan. Variabel Kontekstual meliputi:

- a. Karakteristik tugas (Farh *et al.*, 1990; Niehoff and Moorman, 1993; Smith *et al.*, 1983; Van Dyne *et al.*, 1994),

- b. Sikap pada pekerjaan (Moorman, 1991; Niehoff and Moorman, 1993; Organ and Ryan, 1995; Organ, 1988; Podsakoff *et al.*, 1990; Podsakoff *et al.*, 1993; Schnake, 1991; Schnake *et al.*, 1995; Smith *et al.*, 1983)
- c. Gaya kepemimpinan (Podsakoff *et al.*, 1990; Farh *et al.*, 1990; Wayne and Green, 1993; Podsakoff *et al.*, 1996; Schnake *et al.*, 1993; Truckenbrodt, 2000),
- d. Karakteristik kelompok,
- e. Budaya organisasi (Organ *et al.*, 2006. Podsakoff *et al.*, 2000)
- f. Profesionalisme (Cohen dan Kol, 2004)
- g. Harapan peran sosial (Danzis dan Stode-Romero, 2009, dalam Mayfield dan Taber, 2009).

2.2 Konsep *Knowledge Management*

2.2.1 Pengertian *Knowledge Management*

Knowledge management (KM) dapat diklasifikasikan menjadi 2 sisi yaitu secara operasional dan strategis. *Knowledge management* secara operasional adalah pengembangan dan pemanfaatan pengetahuan. *Knowledge management* secara strategis merupakan langkah untuk memantapkan organisasi/ institusi sebagai institusi berbasis pengetahuan. Berikut ini merupakan *Knowledge management* yang dikemukakan oleh para ahli adalah sebagai berikut:

1. Menurut Harvard College

Knowledge management merupakan suatu proses terformat dan terarah menerima informasi yang telah dimiliki suatu perusahaan dan mencari apa yang dibutuhkan oleh masing-masing individu dalam perusahaan tersebut untuk kemudian memfasilitasinya agar mudah diakses dan selalu tersedia bilamana dibutuhkan. (Santoso, 2002).

2. Menurut Kirk Klassio

Knowledge management merupakan kemampuan untuk membuat dan menguasai nilai tinggi dari inti persaingan bisnis.

3. Menurut Bateman dan Snell

Knowledge management adalah suatu kegiatan yang bertujuan untuk menemukan dan memanfaatkan sumber daya intelektual didalam suatu organisasi. *Knowledge management* bertujuan untuk menemukan, menyimpan, membagikan dan membagi secara luas sumber daya yang sangat penting dimiliki oleh organisasi. Seperti keahlian karyawan ketrampilan, jaringan hubungan dan kebijakan- kebijakan yang ada.

4. Menurut Laudon dan Laudon

Knowledge management adalah kumpulan proses yang dikembangkan di dalam organisasi untuk menciptakan, mengumpulkan, menyimpan, memelihara dan menyebarkan pengetahuan.

Jadi dapat disimpulkan bahwa *Knowledge management* adalah suatu proses untuk mencari, menemukan dan membagi *knowledge* (keahlian, ketrampilan, pengalaman dan jaringan) yang dimiliki oleh individu dalam suatu organisasi kepada organisasiya dan individu lainnya yang ada didalam organisasi tersebut. Dari pengertian tersebut, maka terdapat empat hal penting dalam *knowledge management* yaitu:

1. *Knowledge management* merupakan suatu sistem, alat untuk mengorganisir sumber daya tidak berwujud untuk mencapai tujuan organisasi.
2. Input manajemen pengetahuan adalah aset organisasi yang tidak berwujud seperti pengetahuan.

3. Proses manajemen pengetahuan terdiri dari upaya penciptaan pengetahuan, pembagian atau pengkomunikasian dan penerapan pengetahuan.
4. Output manajemen pengetahuan adalah kapabilitas baru, kinerja yang superior, inovasi dan meningkatkan nilai pelanggan.

2.2.2 Tujuan *Knowledge management*

Implementasi *knowledge management* akan memberikan dampak positif terhadap organisasi baik secara langsung ataupun tidak langsung. Beberapa manfaat *knowledge management* antara lain:

1. Penghematan waktu dan biaya
2. Peningkatan aset pengetahuan
3. Kemampuan beradaptasi
4. Peningkatan produktifitas

2.2.3 Jenis *Knowledge management*

Menurut Takeuchi, Hirota (1998 h. 48) *Tacit knowledge* adalah *knowledge* yang ada pada diri seseorang dan relatif sulit untuk diformalkan/diterjemahkan, sehingga masih ada hambatan untuk dikomunikasikan dengan individu lain.

1. *Tacit knowledge* bersifat subyektif, intuisi, terkait erat dengan aktivitas dan pengalaman individu serta idealisme, values, dan emosi. *Tacit knowledge* memiliki 2 dimensi, yaitu:
 - a. Dimensi teknis, yang lebih bersifat informal dan *know-how* dalam melakukan sesuatu. Dimensi teknis yang mengandung prinsip-prinsip dan teknis pengetahuan yang diperoleh karena pengalaman ini, relatif sulit didefinisikan dan dijelaskan.

b. Dimensi kognitif, terdiri dari kepercayaan persepsi, idealisme, *values*, emosi dan mental yang juga sulit dijelaskan. Dimensi ini akan membentuk cara seseorang menerima segala sesuatu yang ada di lingkungannya.

2. *Explicit Knowledge* adalah *knowledge* yang sudah dapat dikemukakan dalam bentuk data, formula, spesifikasi produk, manual, prinsip-prinsip umum, dan sebagainya. *Knowledge* ini telah menjadi milik perusahaan dan siap untuk ditransfer kepada semua individu dalam perusahaan secara formal dan sistematis. Perkembangan *knowledge management* sangat beragam, mulai Nonaka (1994) yang mengemukakan pengetahuan terdiri dari tacit knowledge dan *explicit knowledge*. adalah pengetahuan yang dimiliki seseorang dan sangat sulit untuk diformalisasikan, sulit dikomunikasikan atau dibagi dengan orang lain, serta pemahan masih bersifat subjektif. *Explicit knowledge* merupakan pengetahuan yang dapat diekspresikan dalam kata-kata, dapat dijumlah serta dapat dibagi dalam bentuk data, formula ilmu pengetahuan, spesifikasi produk, manual- manual, prinsip-prinsip universal, dan senantiasa siap untuk ditransfer kepada orang lain secara formal dan sistematis.

Tabel 2.1 Perbedaan Pengetahuan Tacit dan Pengetahuan EksPLICIT.

<i>Tacit knowledge</i>	<i>Explicit knowledge</i>
<i>Knowledge experience (body skill)</i>	<i>Knowledge of rationality (mind)</i>
<i>Simultaneous knowledge (here and now)</i>	<i>Sequential knowledge (there and then)</i>
<i>Analog knowledge (practice)</i>	<i>Digital knowledge (theory)</i>

(Sumber: Nonaka dan Takeuchi, 1995)

Berdasarkan tabel diatas pengetahuan tacit meliputi pengalaman seseorang sedangkan pengetahuan eksplisit memuat hal yang bersifat rasional. Pengetahuan tacit merupakan pengetahuan simultan yang merupakan hal-hal yang dekat dan terjadi pada saat ini, sedangkan eksplisit adalah pengetahuan yang terpisah-pisah dan memuat hal yang prediktif. Pengetahuan tacit merupakan pengetahuan yang dipraktikkan sedangkan eksplisit merupakan teori tentang sesuatu. Kelemahan pengetahuan tacit adalah sulit untuk dikembangkan dan disebarakan sehingga sulit menjadi sumber pengetahuan yang akan menimbulkan ide baru yang bernilai dan dapat diterapkan. Oleh sebab itu perlu adanya upaya pemindahan tacit *knowledge* menjadi *eksplisit knowledge*. Pemindahan ini dapat dilakukan dengan 3 cara (Dorothy, 2004 dan Leonard & Swift, 2004):

1. Teknologi informasi Dalam sistem IT, data dan informasi disimpan dalam bentuk teks bebas, tabel, grafik dan gambar selanjutnya disebarakan melalui email, *groupware*, pesan atau bentuk teknologi lainnya.

2. *Shadowing*

Pemindahan tacit-eksplisit dengan cara staf yang belum berpengalaman mengamati staf yang telah berpengalaman dalam menyelesaikan tugas.

3. *Joint problem solving*

Staf yang berpengalaman bekerjasama dengan staf yang belum berpengalaman.

2.2.4 Strategi Penerapan *Knowledge management*

Manajemen pengetahuan merupakan suatu proses yang melibatkan perubahan social dan pengembangan yang sistematis. Efektifitas penerapan manajemen pengetahuan ditentukan oleh strategi yang digunakan dan dukungan organisasi tempat manajemen pengetahuan ini akan diterapkan. Langkah-langkah yang

dilakukan dalam implementasi strategi manajemen pengetahuan ini adalah sebagai berikut:

1. Mempertimbangkan aspek organisasi

Aspek organisasi yang perlu dipertimbangkan adalah aspek kepemimpinan, hal ini disebabkan kepemimpinan dapat mempengaruhi sistem nilai, prioritas operasi, sistem, kebijakan dan aktivitas organisasi yang menentukan focus strategi dan proses.

2. Berupaya untuk membangun budaya pengetahuan Budaya pengetahuan ini dibangun dengan 4 model yaitu membangun pengaruh obat, membangun pondasi pengetahuan, mengaplikasikan pengetahuan dan meningkatkan pengetahuan dan memperbaiki pelaksanaan.

3. Mengidentifikasi kunci 5P dalam organisasi Kunci sistem untuk mengintegrasikan organisasi dengan strategy adalah *planning, people, process, product dan performance*.

Menurut Davenport (1998;52) ada metode lain yang dapat digunakan untuk menciptakan knowledge dalam perusahaan (*five modes of knowledge generation*) yaitu sebagai berikut:

- a. *Acquisition*, yaitu menyewa, membeli, atau merekrut orang atau perusahaan yang telah memiliki intangible assets sesuai dengan kebutuhan perusahaan. Intangible assets tersebut diharapkan dapat memberikan skill dan pengalaman mereka untuk dikembangkan dalam perusahaan. Menyewa konsultan termasuk salah satunya.
- b. *Dedicated resources*, yaitu menciptakan suatu unit kerja tertentu yang bertanggung jawab terhadap pengembangan pemikiran/ide-ide baru. Pembentukan atau pengembangan divisi R&D adalah salah satu contoh.

- c. *Fusion*, yaitu membangun kerjasama tim(*teamwork*) yang terdiri dari berbagai orang dari latar belakang/perspektif keahlian yang berbeda-beda untuk menciptakan sinergi.
- d. *Adaptation*, yaitu melakukan penyesuaian terhadap perkembangan pasar. Hal ini terutama sangat dibutuhkan SDM yang mampu menyerap dan memanfaatkan *new knowledge* dan *skill* secara cepat.
- e. *Networks*, yaitu *knowledge* yang dihasilkan dari pembentukan tim non struktural dan tim informal yang dibentuk sendiri oleh pegawai berdasarkan minat tertentu. Jika tim-tim ini semakin meluas dalam perusahaan maka *network* akan terbentuk. *Networks* dapat pula dibentuk melalui pembicaraan langsung, lewat telpon, lewat *E-mail*, dan *groupware* untuk saling *share expertise* dan *solve problem* bersamasama.

2.2.5 Konsep Teori Model *Knowledge management*

Knowledge management merupakan suatu konsep yang pertama kali diperkenalkan oleh Nonaka pada tahun 1991. Konsep tersebut merupakan suatu konsep manajemen organisasi yang berbasis penciptaan pengetahuan (*Knowledgecreating organisation*). Pengetahuan menurut Nonaka dibagi menjadi dua jenis yaitu tacit knowledge dan explicit knowledge. Tacit *knowledge* merupakan suatu pengetahuan yang mungkin tidak disadari dimiliki oleh seseorang meskipun mampu melaksanakan suatu kegiatan berdasarkan pengetahuan tersebut. Sebaliknya *explicit knowledge* merupakan suatu pengetahuan yang secara sadar dimiliki dan mampu dikomunikasikan baik secara tertulis maupun verbal.

Konsep knowledge management yang diperkenalkan oleh Nonaka pada dasarnya merupakan siklus dimana merubah tacit *knowledge* menjadi *explicit knowledge* sehingga mampu disebarluaskan dan kemudian merubah *explicit knowledge* agar terinternalisasi dalam diri pengguna sehingga menjadi tacit *knowledge*. Konsep tersebut dikenal dengan konsep SECI yang terdiri dari 4 tahap yaitu sosialisasi, eksternalisasi, kombinasi dan internalisasi.

Penelitian-penelitian berikutnya tentang model *knowledge management* mengusulkan beberapa tahapan dalam proses *knowledge management*. Salah satu model yang sangat berpengaruh adalah model AOD yang dikembangkan oleh Schwartz dan Brasethvik (2000) yang menyebutkan ada tiga tahapan dalam proses *knowledge management* yaitu: akuisisi, organisasi dan distribusi. Sedangkan model yang dikembangkan oleh Tiwana (2000) menyebutkan proses *knowledge management* terdiri dari akuisisi, *sharing* dan utilisasi pengetahuan. Beberapa model dari penelitian terbaru yang digunakan dalam proses pada portal rumah sakit dan institusi kesehatan menyebutkan ada tiga tahapan utama proses *knowledge management* yaitu aksesibilitas, penciptaan dan transfer pengetahuan (Lee, 2010., Ravandi, 2014).

Berdasarkan model *knowledge management* yang dilaporkan pada penelitian-penelitian terdahulu seperti tersebut diatas, sebuah model *knowledge management* disusun dari beberapa tahap kegiatan. Tahapan-tahapan proses *knowledge management* pada model-model tersebut merupakan pengembangan dari model *knowledge management* yang dikemukakan oleh Nonaka (1995). Berikut adalah penjelasan tiap-tiap tahapan dalam proses *knowledge management* yang diambil dari berbagai model *knowledge management* yang terkini.

1. Identifikasi pengetahuan (*Knowledge identification*)

Identifikasi pengetahuan merupakan sebuah proses dalam *knowledge management* yang bertujuan untuk mengidentifikasi atau memilih pengetahuan yang dibutuhkan dalam rangka penyelesaian suatu pekerjaan atau tugas. Contohnya adalah jika seorang perawat bertugas untuk melakukan pemberian obat maka sebelum tugas dilaksanakan harus dilakukan identifikasi terlebih dahulu pengetahuan apa yang dibutuhkan agar pekerjaan pemberian obat dapat berjalan sesuai hasil yang diinginkan. Namun yang perlu diingat adalah pengetahuan yang dimaksud bukanlah hasil yang akan diharapkan pada proses ini.

2. Akuisisi pengetahuan (*Knowledgeacquisition*)

Akuisisi pengetahuan merupakan tahapan *knowledge management* dimana individu atau kelompok mendapatkan pengetahuan yang dibutuhkan dari luar. Strategi dalam mendapatkan pengetahuan sangat berpengaruh dalam tahapan ini. Pengetahuan mungkin didapatkan dari database institusi dimana individu atau kelompok bekerja, transfer pengetahuan dari orang lain yang memiliki pengetahuan yang dibutuhkan tersebut atau bisa juga merupakan pengetahuan yang didapatkan dari institusi di luar individu atau kelompok pengguna bekerja seperti prosedur standar yang dikeluarkan oleh pemerintah.

Individu atau kelompok yang ingin menggunakan pengetahuan tersebut harus bersedia untuk mempelajari dan memasukkannya kedalam struktur konsep pengetahuannya. Proses ini sejajar dengan model *knowledge management* yang dipeloporkan oleh Nonaka pada tahapan internalisasi yang mana mentransformasikan pengetahuan explicit menjadi pengetahuan tacit. Sebagai contoh dalam tahapan akuisisi pengetahuan adalah ketika seorang perawat ingin melakukan transfusi darah, maka perawat tersebut akan melakukan akses pada standar prosedur operasional tentang transfusi darah baik yang diterbitkan oleh

institusi tempat dia bekerja atau didapatkan dari luar semisal dari standar yang dikeluarkan oleh kolegium keilmuan.

3. Penciptaan pengetahuan (*Knowledgecreation*)

Penciptaan pengetahuan adalah suatu proses dimana melakukan penciptaan pengetahuan baru yang didasarkan pada pengetahuan-pengetahuan yang telah didapat dari luar. Pada proses akuisisi pengetahuan, seringkali konsep pengetahuan yang didapat tidak memiliki relevansi yang cukup terhadap permasalahan atau tugas yang akan dikerjakan oleh individu atau kelompok pengguna. Sebagai contoh, ketika pengetahuan tentang prosedur transfusi darah yang sudah didapatkan dalam tahap akuisisi ternyata hanya berlaku pada pasien tanpa resiko infeksi tinggi sedangkan prosedur transfuse yang akan dilakukan adalah kepada pasien dengan resiko tinggi penularan infeksi. Maka tahapan penciptaan pengetahuan dilakukan dengan dasar pengetahuan-pengetahuan yang telah didapatkan atau diakuisisi dan dikombinasikan untuk menciptakan pengetahuan baru yang relevan dengan tugas yang akan dikerjakan. Tahapan ini paralel dengan tahapan kombinasi pengetahuan yang dicetuskan oleh Nonaka (1991). Tahapan kombinasi pengetahuan menurut Nanako adalah pengelompokan, pengklasifikasian serta perangkuman pengetahuan-pengetahuan yang mirip sehingga tercipta pengetahuan baru.

Interaksi antara tacit dan *explicit knowledge* ini disebut sebagai proses konversi *knowledge (process knowledge conversion)*. Proses konversi dapat berasal dari *knowledge* yang bersifat tacit atau explicit untuk diubah menjadi *knowledge* yang bersifat tacit atau explicit. Apabila *knowledge* telah berubah menjadi tacit, maka *knowledge* siap digunakan antara lain untuk menghasilkan produk baru dan

melakukan pelayanan yang lebih baik, sedangkan bila *knowledge* telah diubah menjadi *explicit*, maka *knowledge* siap untuk ditransfer kepada seluruh karyawan dalam perusahaan atau diubah ke dalam *expert system*. Menurut cara yang digunakan, terdapat 4 proses konversi *knowledge* yaitu:

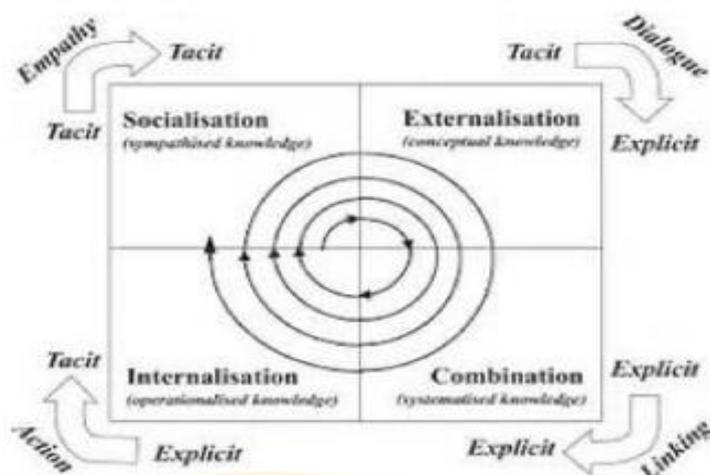
- a. *Socialization* adalah proses mentransfer pengalaman untuk menciptakan tacit *knowledge* melalui aktivitas pengamatan, imitasi, dan praktek. Proses ini tidak cukup hanya dilakukan dengan mendengarkan dan berpikir. Menurut Nonaka dalam Setiarso (2012), proses sosialisasi antar sumber daya manusia di organisasi salah satunya dilakukan melalui pertemuan tatap muka (rapat, diskusi dan pertemuan bulanan). SDM dapat berbagi *knowledge* dan pengalaman yang dimilikinya tercipta *knowledge* baru bagi mereka. Rapat dan diskusi yang dilakukan secara berkala harus memiliki notulen rapat. Notulen rapat ini kemudian menjadi bentuk eksplisit (dokumentasi) dari *knowledge*. Didalam sistem *knowledge management* yang akan dikembangkan, *fitur collaboration* seperti email, diskusi elektronik sehingga dapat memungkinkan pertukaran tacit *knowledge* (informasi, pengalaman dan keahlian) yang dimiliki seseorang sehingga organisasi semakin mampu belajar serta melahirkan ide baru yang kreatif dan inovatif. Proses sosialisasi dapat dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan (*training*) dengan mengubah tacit *knowledge* para trainer menjadi tacit *knowledge* para karyawan. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan koordinasi, mempercepat proses aktivitas dan menumbuhkan budaya belajar. Pada proses sosialisasi, sosialisasi meliputi kegiatan berbagi tacit *knowledge* disebarkan melalui kegiatan bersama seperti tinggal bersama, meluangkan waktu bersama, dan bukan melalui

tulisan atau instruksi verbal. Tacit knowledge hanya bisa disebarkan jika seseorang merasa bebas untuk menjadi seseorang yang lebih besar yang memiliki pengetahuan tacit dari orang lain.

- b. *Externalization* adalah proses mengungkapkan dan menterjemahkan *tacit knowledge* menjadi konsep yang eksplisit seperti buku, manual, laporan, dan sebagainya untuk dapat dipublikasikan kepada mereka yang berkepentingan. Organisasi mendatangkan expert sesuai dengan bidang keahliannya yang tidak dimiliki oleh organisasi. Dengan mendatangkan expert akan menghasilkan *knowledge* baru dalam organisasi yang dapat dipelajari, dikembangkan dan dimanfaatkan untuk meningkatkan knowledge SDM. Untuk itu semua tacit *knowledge* yang diperoleh dari expert dan hasil pekerjaan expert yang antara lain berwujud konsep serta prosedur, manual, sistem serta laporan pelaksanaan uraian pekerjaan harus didokumentasikan untuk dimanfaatkan organisasi dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya.
- c. *Combination* adalah proses mengkombinasikan *explicit knowledge* yang berbeda menjadi *explicit knowledge* yang baru melalui analisis, pengelompokan, dan penyusunan kembali. Alat untuk melakukan proses ini misalnya data base dan computer network. Content management yang memiliki fungsi untuk mengelola informasi organisasi baik yang terstruktur (database) maupun yang tidak terstruktur (dokumen, laporan dan notulen yang mendukung proses kombinasi ini. Kombinasi meliputi konversi *explicit knowledge* kedalam bentuk himpunan yang lebih kompleks. Fase kombinasi bergantung kepada tiga proses yaitu penangkapan dan integrasi *explicit knowledge* baru termasuk

pengumpulan data eksternal dari dalam atau dari luar institusi kemudian dikombinasikan.

- d. *Internalization* adalah proses penyerapan *explicit knowledge* menjadi tacit knowledge yang biasanya dilakukan melalui belajar sambil bekerja atau melakukan simulasi. Semua dokumen data, informasi dan *knowledge* yang sudah didokumentasikan dapat dibaca oleh orang lain. Sumber- sumber *explicit knowledge* dapat diperoleh melalui media intranet (data base organisasi), surat edaran/ surat keputusan, papan pengumuman dan internet serta media massa sebagai sumber eksternal. Internalisasi pengetahuan baru merupakan konversi dari *explicit knowledge* ke dalam tacit *knowledge* organisasi. Internalisasi dapat dilakukan dalam dua dimensi. Pertama dengan penerapan *explicit knowledge* dalam tindakan atau praktik langsung, kedua yaitu dengan penguasaan *explicit knowledge* melalui simulasi, eksperimen, atau belajar sambil bekerja.



Gambar 2.2 *Spiral of Organizational Knowledge Creation* Dua

Dimensi

Dalam teori *knowledge creation* oleh Nonaka dan Takeuchi (1995), pengetahuan diciptakan melalui interaksi antara dimensi epistemology dan ontologi. Dimensi

epistemologis terkait dengan konversi pengetahuan tacit dari tingkat ke tingkat eksplisit, dan dari tingkat eksplisit ke tingkat tacit. Dimensi ontologis terkait dengan konversi pengetahuan dari individu untuk kelompok dan lebih lanjut untuk organisasi (Nonaka, 1994).

4. Penggunaan pengetahuan (*knowledge application*)

Pengetahuan yang diorganisir melalui proses manajemen pengetahuan akan menghasilkan pengetahuan yang sangat bernilai. Hal ini disebabkan pengetahuan baru organisasi ini diperoleh dari analisis lingkungan internal dan eksternal. Pengetahuan hasil proses manajemen pengetahuan ini merupakan kapabilitas organisasi sehingga nantinya akan menghasilkan output barang dan jasa yang sulit ditiru. Pengetahuan yang diciptakan melalui proses konversi pengetahuan SECI dan disebarkan ke seluruh bagian dalam organisasi menjadi pengetahuan dan selanjutnya akan diimplementasikan dalam organisasi.

Penggunaan pengetahuan atau *knowledge application* adalah tahapan utama dalam siklus *knowledge management*. Tahapan ini merupakan tahapan dimana pengetahuan yang telah didapat dan mungkin juga diciptakan akan digunakan oleh individu atau kelompok pengguna untuk menyelesaikan tugas dan pekerjaan. Pengetahuan yang dihasilkan dari tahapan ini berada dalam bentuk tacit *knowledge* karena telah dikuasai oleh tiap individu atau kelompok pengguna. Proses *knowledge management* dalam tahap ini paralel dengan model *knowledge management* dari Nonaka pada tahap internalisasi. Dalam tahap ini pengetahuan mengalami transformasi dari pengetahuan explicit menjadi pengetahuan tacit yang dikuasai di dalam diri tiap-tiap individu atau kelompok pengguna.

5. Transfer pengetahuan (*knowledge transfer*)

Penerapan *knowledge management*ni, tidak hanya didukung oleh SDM yang berkualitas (memiliki informasi, pengalaman dan keahlian yang dibutuhkan) dan

teknologi informasi yang tepat guna, tetapi juga budaya berbagi knowledge. Faktor budaya memegang peran yang sangat penting dalam mendukung proses penciptaan knowledge organisasi dan keberhasilan knowledge management di organisasi. Tujuan berbagi knowledge adalah bersama-sama membangun knowledge organisasi, serta rela membagi ilmunya dengan anggota lain. Oleh karena itu untuk membangun budaya

2.3 Konsep Ulcus Decubitus

2.3.1 Pengertian ulcus decubitus

Dekubitus adalah kerusakan struktur anatomis dan fungsi kulit normal akibat dari tekanan eksternal yang berhubungan dengan penonjolan tulang dan tidak sembuh dengan waktu yang biasa (Margolis, 1995). Bagian tubuh yang sering mengalami *ulkus dekubitus* adalah bagian dimana terdapat penonjolan tulang, yaitu bagian siku, tumit, pinggul, pergelangan kaki, bahu, punggung dan kepala bagian belakang.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa dekubitus adalah nekrosis jaringan lunak akibat adanya penekanan dari tempat tidur, kursi roda, gips, pembidaian atau benda keras lainnya dalam jangka waktu yang lama, terutama pada daerah tonjolan tulang sehingga menyebabkan gangguan suplai darah pada daerah yang tertekan terjadi *anoksia* atau *iskemi* jaringan dan akhirnya dapat mengakibatkan kematian sel.

2.3.2 Etiologi

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan ulkus dekubitus:

1) Faktor predisposisi

- (1) Gangguan input sensorik

Klien yang mengalami perubahan persepsi sensorik akan mengalami penurunan sensitifitas terhadap nyeri ataupun tekanan sehingga berisiko tinggi mengalami gangguan integritas kulit.

(2) Gangguan fungsi motorik

Klien yang imobilisasi berisiko tinggi terjadi dekubitus karena klien tersebut dapat merasakan tekanan tetapi tidak mampu mengubah posisi secara mandiri untuk menghilangkan tekanan tersebut.

(3) Perubahan tingkat kesadaran

Klien bingung, disorientasi atau perubahan tingkat kesadaran tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari dekubitus. Klien bingung atau disorientasi mungkin dapat merasakan tekanan tetapi tidak mampu memahami bagaimana menghilangkan tekanan tersebut. Sedangkan pada klien koma, tidak dapat merasakan tekanan dan tidak mampu mengubah ke posisi yang lebih baik.

(4) Gips, traksi, alat ortotik, dan peralatan lain

Gips dan traksi mengurangi mobilitas klien sehingga adanya gaya friksi eksternal dari permukaan gips yang bergesek pada kulit dapat menyebabkan dekubitus.

2) Faktor presipitasi

- (1) Gaya gesek
- (2) Friksi
- (3) Kelembaban
- (4) Nutrisi buruk (kaheksia)
- (5) Anemia
- (6) Infeksi dan demam
- (7) Gangguan sirkulasi perifer

(8) Obesitas

(9) Usia

2.3.3 Skala pengkajian faktor resiko decubitus

1. Skala Norton

Skala Norton menilai 5 faktor risiko: kondisi fisik, kondisi mental, aktifitas, mobilisasi, dan inkontinensia. Nilai total berada antara 5-20, total nilai rendah mengidentifikasi risiko tinggi terjadi dekubitus. Saat ini, 16 dianggap sebagai nilai berisiko. (Norton, 1989).

Table 2.1 Skala Norton

Tabel 2.1 Skala Norton

Faktor Risiko	Nilai			
	4	3	2	1
Kondisi Fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat Buruk
Kondisi Mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
Aktifitas	Ambulasi	Berjalan/ dibantu	Di atas kursi	Di atas tempat tidur
Mobilitas	Bebas	Agak terbatas	Sangat terbatas	Imobilisasi
Inkontinensia	Tidak ada	Kadang	Sering	2 kali sehari
Nilai Total				

Sumber: Modifikasi *Centre for Policy on Ageing*: London, England, 1962

2.3.4 Tipe decubitus

Berdasarkan waktu yang diperlukan untuk penyembuhan dan perbedaan temperatur dari ulkus dengan kulit sekitarnya, dekubitus dibagi menjadi:

1) Tipe normal

Mempunyai beda temperatur $\pm 2,5^{\circ}\text{C}$ dibandingkan kulit sekitarnya dan akan sembuh dalam perawatan sekitar 6 minggu. Ulkus ini terjadi karena

iskemia jaringan setempat akibat tekanan, tetapi aliran darah dan pembuluh-pembuluh darahnya baik.

2) Tipe arteriosklerosis

Mempunyai beda temperatur $< 1^{\circ}\text{C}$ antara daerah ulkus dengan kulit sekitarnya. Keadaan ini menunjukkan gangguan aliran darah akibat faktor tekanan dan arterosklerotik pada pembuluh darah. Dengan perawatan, ulkus ini diharapkan sembuh dalam 16 minggu.

3) Tipe terminal

Terjadi pada klien yang akan meninggal dunia dan tidak akan sembuh.

2.3.5 Tahapan dekubitus berdasarkan gambaran kedalaman jaringan yang rusak

I = Eritema tidak pucat pada kulit utuh, lesi ulkus kulit yang diperbesar. Kulit tidak berwarna, hangat, atau keras juga dapat menjadi indikator.

II = Hilangnya sebagian ketebalan kulit meliputi jaringan epidermis atau dermis. Ulkus superfisial dan secara klinis terlihat seperti abrasi, lecet, atau lubang yang dangkal.

III = Hilangnya seluruh ketebalan kulit meliputi jaringan subkutan atau nekrotik yang mungkin akan melebar ke bawah, tapi tidak melampaui fascia di bawahnya. Ulkus secara klinis terlihat seperti lubang dalam dengan tanpa merusak jaringan sekitar.

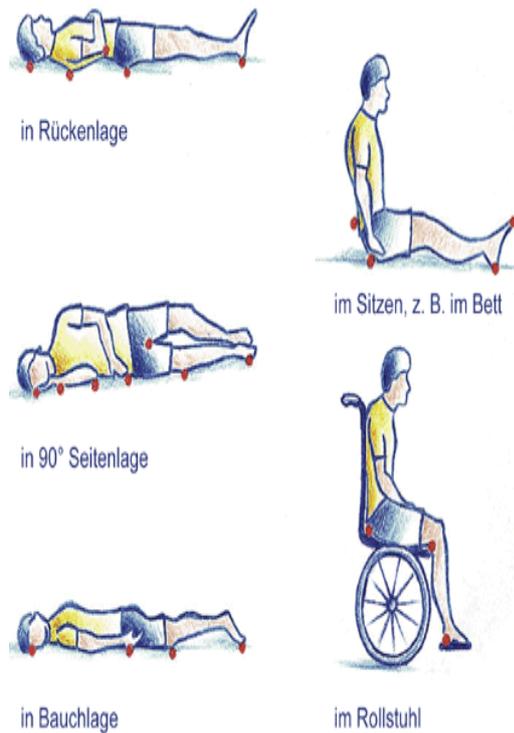
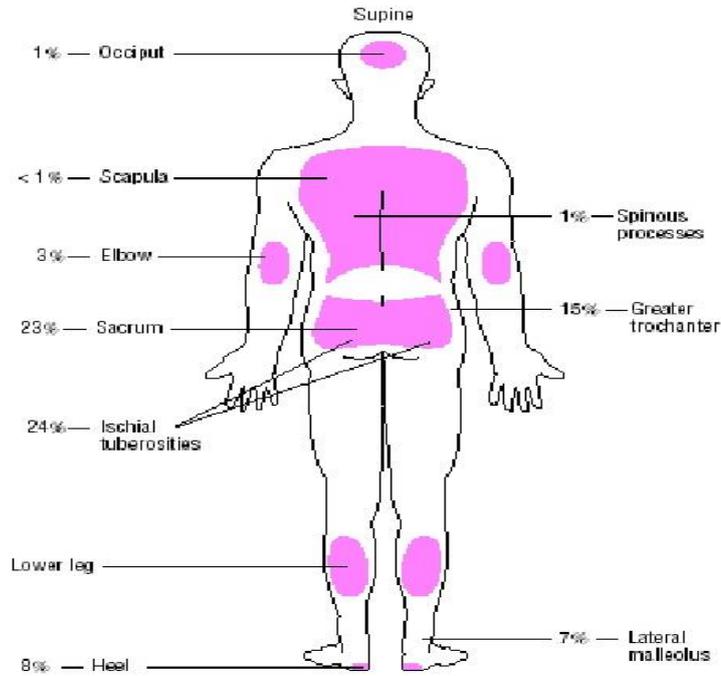
IV = Hilangnya seluruh ketebalan kulit disertai destruksi ekstensi, nekrosis jaringan, atau kerusakan otot, tulang atau struktur penyangga (misal tendon, kapsul sendi dll)

2.3.6 Klasifikasi luka berdasarkan fase penyembuhan

1. Luka Hitam : Luka nekrotik

2. Luka Kuning : Luka yang disertai eksudat dan debris berserat kuning
3. Luka Merah : Luka pada fase penyembuhan aktif dan bersih, disertai dengan granulasi merah muda hingga merah dan jaringan epitel.

Gambar 2.1 Bagian-bagian tubuh yang berisiko terjadi ulkus dekubitus



Gambar 2.2 Bagian-bagian Tubuh yang Berisiko Terjadi Ulkus Dekubitus (Sumber: Christian Kirman, 2008).

2.3.7 Tiga elemen dasar penyebab ulcus decubitus

- 1) Intensitas tekanan
- 2) Durasi
- 3) Besarnya tekanan

Toleransi jaringan dekubitus terjadi sebagai hasil hubungan antara waktu dan tekanan. Semakin besar tekanan dan durasinya, semakin besar insiden terbentuknya luka. Tekanan eksternal terbesar pada kapiler akan menurunkan atau menghilangkan aliran darah ke jaringan sekitarnya, selanjutnya menjadi hipoksia dan terjadi cedera iskemia. Jika tekanan > 32 mmHg dan tidak dihilangkan akan menyebabkan penutupan kapiler dan iskemik sehingga pembuluh darah akan kolaps dan trombosis.

Pada keadaan iskemik, sel-sel akan melepaskan substansi H mirip dengan Histamine. Adanya substansi H dan akumulasi metabolit seperti Kalium, Adenosine Diphosphat (ADP), Hidrogen dan asam laktat akan menyebabkan dilatasi pembuluh darah. Suatu penelitian histologis memperlihatkan bahwa tanda kerusakan awal di dermis antara lain dilatasi kapiler, vena serta edema dan kerusakan sel-sel endotel. Selanjutnya akan terbentuk perivaskuler infiltrat, agregat platelet yang kemudian berkembang menjadi hemoragik perivaskuler.

Setiap bagian tubuh dapat terkena ulkus dekubitus, tetapi bagian tubuh yang paling sering terjadi ulkus dekubitus adalah daerah tekanan dan penonjolan tulang. Bagian tubuh yang sering terkena ulkus dekubitus adalah Tuberositas Ischi (30%), Trochanter Mayor (20%), Sacrum (15%), tumit (10%), lutut, Maleolus, siku, jari kaki, *Scapulae* dan *processus spinosus vertebrae*. Tingginya frekuensi tersebut tergantung pada posisi penderita

Seorang penderita immobilisasi pasif berbaring di kasur busa, tekanan daerah sakrumnya akan mencapai 60-70 mmHg dan daerah tumit mencapai 30-45 mmHg. Lindan dkk menyebutkan bahwa pada klien posisi telentang mendapat tekanan eksternal 40-60 mmHg, dimana merupakan tekanan yang berpotensi untuk terbentuknya ulkus pada daerah *Sacrum*, *Maleolus Lateralis* dan *oksiput*. Sedangkan pada pasien posisi telungkup, thoraks dan Genu mudah terjadi ulkus pada tekanan 50 mmHg. Pada pasien posisi duduk, mudah terjadi ulkus bila tekanan berkisar 100 mmHg terutama pada tuberositas ischii. Tekanan akan menimbulkan iskemik dan berlanjut menjadi nekrosis jaringan kulit.

Jika tekanan dihilangkan sebelum titik kritis kerusakan, sirkulasi pada jaringan tersebut akan pulih melalui mekanisme fisiologis hiperemia reaktif karena kulit mempunyai kemampuan yang lebih besar untuk mentoleransi iskemia dari otot akibat adanya tekanan yang melebar ke epidermis (Maklebust, 1995). Beberapa peneliti mengatakan interval sebelum terjadinya kerusakan berkisar antara 1-2 jam, dimana respon kompensasi yang terjadi adalah peningkatan aliran darah pada jaringan yang mengalami iskemia ketika tekanan dihilangkan, sehingga meningkatkan pengiriman oksigen dan nutrient ke dalam jaringan tersebut. Gangguan metabolik yang disebabkan oleh tekanan kembali normal dan nekrosis dapat dihindarkan.

2.3.8 Manifestasi klinis

Menurut NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) tahun 2007, manifestasi klinis dekubitus dibedakan menjadi 4 tingkatan/ derajat, yaitu:

1) Stadium satu

Tanda :

(1) Ulserasi terbatas pada epidermis dengan eritema pada kulit

- (2) Sensibilitas baik sehingga penderita akan mengeluh nyeri
- (3) Adanya perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat)
- (4) Perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak)
- (5) Perubahan sensasi (gatal atau nyeri)
- (6) Pada orang yang berkulit putih, luka mungkin kelihatan sebagai area berbatas tegas kemerahan yang menetap. Sedangkan pada yang berkulit gelap, luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu.
- (7) Reaksi peradangan masih terbatas pada epidermis
- (8) Stadium ini umumnya reversibel dan dapat sembuh dalam 5-10 hari

2) Stadium Dua

Tanda :

- (1) Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya.
- (2) Lukanya superficial, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal (sudah terjadi ulkus yang dangkal).
- (3) Stadium ini dapat sembuh dalam 10-15 hari

3) Stadium Tiga

Tanda :

- (1) Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari lapisan lemak subkutis atau lebih dalam sampai pada fascia.
- (2) Otot sudah mulai terganggu dengan adanya edema, inflamasi, infeksi dan hilangnya struktur fibril
- (3) Tepi ulkus tidak teratur dan terlihat hiper atau hipopigmentasi dengan fibrosis

(4) Luka terlihat seperti lubang yang dalam dan sering sudah ada infeksi penyerta

(5) Biasanya sembuh dalam 3-8 minggu

4) Stadium Empat

Tanda :

(1) Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang, dan struktur penunjang (kapsul sendi atau tendon)

(2) Adanya lubang yang dalam serta saluran sinus.

(3) Dapat terjadi artritis septik atau osteomielitis dan sering disertai anemia.

(4) Dapat sembuh dalam 3-6 bulan.

2.3.9 Pemeriksaan diagnostik

(1) Kultur

(2) Albumin serum

(3) Biopsi

(4) Pemeriksaan darah

(5) Keadaan nutrisi

(6) Radiologis

2.3.10 Pencegahan

(1) Faktor-faktor risiko klien

Tahap pertama pencegahan adalah mengkaji faktor-faktor risiko klien. Kemudian perawat mengurangi faktor-faktor risiko tersebut seperti :Suhu ruangan panas (penyebab diaporesis), kelembaban, linen tempat tidur yang

berkerut. Identifikasi awal membantu perawat mencegah terjadi dekubitus. Intervensi keperawatan utama mencegah terjadi dekubitus adalah:

Perawatan kulit, meliputi tindakan higienis dan perawatan kulit topikal, pencegahan mekanik dan pendukung untuk permukaan, meliputi pemberian/ pengubahan posisi setiap 2 jam sekali, penggunaan tempat tidur dan kasur terapeutik, pendidikan pada pasien/keluarga.

(2) Higiene dan perawatan kulit

Bagi perawat yaitu perawat harus menjaga kulit. Kulit pasien atau klien tetap bersih dan kering. Hindarkan pemakaian air panas, sabun dan lotion beralkohol saat membersihkan kulit. Sabun dan lotion yang mengandung alkohol menyebabkan kulit kering dan meninggalkan residu alkalin pada kulit sehingga menghambat pertumbuhan bakteri normal pada kulit dan meningkatkan pertumbuhan bakteri oportunistik yang kemudian masuk ke luka terbuka. Setelah kulit dibersihkan dan benar-benar kering, pelembab pelindung harus diberikan untuk menjaga epidermis terlubrikasi tapi tidak mengalami oversaturasi :

- Tepung jagung adalah lubrikan kering dan membantu mengurangi friksi
- *Unicare* dan *Pericare* adalah beberapa contoh salep lembut dan anti air yang melindungi kulit dari kelembaban. Selain itu, salep ini lebih mudah dibersihkan dari kulit. Apabila perawat menggunakan salep anti air, maka ia harus membersihkan area tersebut secara teratur. Jika membiarkan salep terlalu lama di kulit, dapat menjadi medium bagi bakteri yang akan menyebabkan masalah kulit, seperti maserasi, jamur, atau infeksi lain.

(3) Pengaturan posisi

Pengaturan posisi diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit. Pengaturan posisi antara lain :Menjaga bagian kepala tempat tidur setinggi 30 derajat untuk menurunkan risiko terjadinya dekubitus akibat gaya gesek. Mobilisasikan klien sesuai dengan tingkat aktivitas, kemampuan persepsi, dan rutinitas sehari-hari, dimana standar perubahan posisi dengan interval 1,5-2 jam. Saat melakukan perubahan posisi, alat bantu untuk posisi harus digunakan untuk melindungi tonjolan tulang. Untuk mencegah cedera akibat friksi, ketika mengubah posisi lebih baik diangkat daripada diseret. Bila klien mampu duduk di kursi harus dibatasi selama 2 jam atau kurang. Pada posisi duduk, tekanan pada tuberositas iskiat lebih besar ketika tubuh berada pada posisi supine.

(4) Alas pendukung (kasur dan tempat tidur terapeutik)

Saat memilih alas pendukung, harus mengetahui tujuan pembuatan alas pendukung tersebut yaitu: kenyamanan, kondisi postur tubuh, dan manajemen tekanan. Penelitian menyatakan bahwa klien yang tidur di atas kasur berisi udara akan mengalami peningkatan kehilangan cairan sehingga harus meningkatkan jumlah cairan guna mencegah dehidrasi dan membutuhkan peningkatan asupan protein.

2.3.11 Penatalaksanaan

(1) Non medikamentosa

a. Mobilisasi

Mobilisasikan klien sesuai dengan tingkat aktivitas, kemampuan persepsi, dan rutinitas sehari-harinya, dimana standar perubahan posisi dengan interval 1,5-2 jam. Saat melakukan perubahan posisi lebih baik diangkat daripada diseret. Mobilisasi ini bertujuan untuk meningkatkan aliran darah pada jaringan

sehingga mencegah kerusakan yang lebih parah dan mempercepat penyembuhan luka.

b. *Massage*

Tujuan terapi ini adalah untuk meningkatkan vaskularisasi sehingga membantu penyembuhan ulkus.

c. Pengaturan diet

Nutrisi adalah salah satu faktor risiko untuk terjadinya dekubitus. Pemberian diet tinggi kalori, protein, vitamin dan mineral akan meningkatkan status gizi penderita. Meningkatnya status gizi penderita ini akan memperbaiki sistem imun penderita sehingga mempercepat penyembuhan ulkus dekubitus

d. Rehabilitasi medik.

Terapi rehabilitasi medik yang diberikan untuk penyembuhan ulkus dekubitus adalah dengan radiasi infra merah dan *short wave diathermy*. Tujuan terapi ini adalah untuk memberikan efek peningkatan vaskularisasi sehingga dapat membantu penyembuhan ulkus. Sedangkan penggunaan terapi ultrasonik, sampai saat ini masih terus diselidiki manfaatnya terhadap terapi ulkus dekubitus.

(2) Medikamentosa

a. Penatalaksanaan ulkus dekubitus dengan metode medikamentosa meliputi:

Mempertahankan keadaan bersih pada ulkus dan sekitarnya sehingga mempercepat penyembuhan luka. Untuk hal tersebut dapat dilakukan kompres, pencucian, pembilasan, pengeringan dan pemberian bahan-bahan topikal seperti larutan NaCl 0,9%, larutan H₂O₂ 3%, larutan plasma dan Burowi serta larutan antiseptik lainnya. Mengangkat jaringan nekrotik. Adanya jaringan nekrotik pada ulkus akan menghambat

pembentukan granulasi dan epitelisasi. Oleh karena itu pengangkatan jaringan nekrotik akan mempercepat proses penyembuhan ulkus. Terdapat 7 metode yang dapat dilakukan:

- *Autolytic debridement*. Metode ini menggunakan balutan lembab untuk memicu autolisis oleh enzim tubuh. Prosesnya lambat tetapi tidak menimbulkan nyeri.
- *Biological debridement*, atau *maggot debridement therapy*. Metode ini menggunakan *maggot* (belatung) untuk memakan jaringan nekrosis. Oleh karena itu dapat membersihkan ulkus dari bakteri. Pada Januari 2004, FDA menyetujui *maggot* sebagai *live medical devic* untuk ulkus dekubitus.
- *Chemical debridement*, atau *enzymatic debridement*. Metode ini menggunakan enzim untuk membuang jaringan nekrosis.
- *Mechanical debridement*. Teknik ini menggunakan gaya untuk membuang jaringan nekrosis. Caranya dengan menggunakan kasa basah lalu membiarkannya kering di atas luka kemudian mengangkatnya. Teknik ini kurang baik karena kemungkinan jaringan yang sehat akan ikut terbang. Pada ulkus stadium 4, pengeringan yang berlebihan dapat memicu terjadinya patah tulang atau pengerasan ligamen.
- *Sharp debridement*. Teknik ini menggunakan skalpel atau instrumen serupa untuk membuang jaringan yang sudah mati.
- *Surgical debridement*. Ini adalah metode yang paling dikenal. Ahli bedah dapat membuang jaringan nekrosis dengan cepat tanpa menimbulkan nyeri

- *Ultrasound-assisted wound therapy*. Metode ini memisahkan jaringan nekrosis dari jaringan yang sehat dengan gelombang ultrasonik.

b. Menurunkan dan mengatasi infeksi.

- Perlu pemeriksaan kultur dan tes resistensi.
- Antibiotika sistemik diberikan bila penderita mengalami sepsis dan selulitis. Antibiotik sistemik yang dapat diberikan meliputi golongan *penicillins, cephalosporins, aminoglycosides, fluoroquinolones*, dan *sulfonamides*. Antibiotik lainnya adalah *clindamycin, metronidazole* dan *trimethoprim*.
- Ulkus yang terinfeksi harus dibersihkan beberapa kali sehari dengan larutan antiseptik seperti larutan H₂O₂ 3%, povidon iodin 1%, seng sulfat 0,5%.
- Antibiotik sistemik kurang dianjurkan untuk pengobatan ulkus dekubitus karena akan menimbulkan resistensi.

c. Merangsang dan membantu pembentukan jaringan granulasi dan epitelisasi. Untuk mempercepat pembentukan jaringan granulasi dan epitelisasi sehingga mempercepat penyembuhan dapat diberikan:

- Bahan-bahan topikal: salep asam salisilat 2%, preparat seng (ZnO, ZnSO₄).
- Oksigen hiperbarik, mempunyai efek bakteristatik dan efek proliferasi epitel, menambah jaringan granulasi dan memperbaiki keadaan vaskular.

c. Tindakan bedah

- Tindakan bedah bertujuan untuk membersihkan ulkus, mempercepat penyembuhan dan penutupan ulkus, terutama ulkus dekubitus

stadium III dan IV, yaitu dilakukan tandur kulit, *myocutaneous flap*, *skin graft* serta intervensi lainnya terhadap ulkus.

- Intervensi terbaru terhadap ulkus dekubitus adalah *Negative Pressure Wound Therapy*, yang merupakan aplikasi tekanan negatif topikal pada luka. Teknik ini menggunakan busa yang ditempatkan pada rongga ulkus, dibungkus oleh sebuah lapisan kedap udara sehingga eksudat dapat dikeluarkan dan membantu tubuh membentuk jaringan granulasi dan kulit baru. Terapi ini harus dievaluasi tiap dua minggu untuk menentukan terapi selanjutnya.

d. Adadua prinsip utama dalam perawatan luka dekubitus, yaitu:

- Pembersihan atau pencucian luka. Luka kering dibersihkan dengan teknik swabbing, yaitu ditekan dan dibersihkan pelan-pelan menggunakan kasa steril yang dibasahi air steril atau NaCl 0,9 %.
- Luka basah dan mudah berdarah dibersihkan dengan teknik irigasi, yaitu dibasahi air steril atau NaCl 0,9 %. Jika memungkinkan dapat direndam 10 menit atau dikompres larutan kalium permanganat 1:10.000 (1 gr bubuk PK dilarutkan dalam 10 liter air) atau rivanol 1:1000 dengan kain kasa. Catatan:

Cairan antiseptik sebaiknya tidak digunakan, kecuali jika terdapat infeksi karena dapat merusak fibroblast yang penting dalam proses penyembuhan luka, menimbulkan alergi dan luka sekitarnya. Antiseptik yang cukup aman adalah feracrylum 1% karena tidak menimbulkan bekas warna, bau, dan reaksi alergi. Pemilihan terapi, tergantung pada stadium ulkus dekubitus dan tujuan pengobatan. Seperti proteksi, pelembaban dan membuang jaringan nekrosis. Hal yang harus diperhatikan adalah perawatan luka harus dibedakan ke

dalam metode operatif dan nonoperatif. Perawatan luka dengan metode nonoperatif dilakukan untuk ulkus dekubitus stadium 1 dan 2, sedangkan untuk stadium 3 dan 4 harus menggunakan metode operatif. Tindakan medik dilakukan berdasarkan derajat ulkus:

Dekubitus derajat I: kulit yang kemerahan dibersihkan dengan hati-hati dengan air hangat dan sabun, diberi lotion, kemudian dimassage 2-3 kali/hari.

Dekubitus derajat II: perawatan luka memperhatikan syarat aseptik dan antiseptik. Dapat diberikan salep topikal. Pergantian balut dan salep jangan terlalu sering karena dapat merusak pertumbuhan jaringan yang diharapkan.

Dekubitus derajat III: usahakan luka selalu bersih dan eksudat dapat keluar. Balutan jangan terlalu tebal dan sebaiknya transparan sehingga udara dapat masuk dan menguap. Dengan menjaga luka agar tetap basah akan mempermudah regenerasi sel-sel kulit.

Dekubitus derajat IV: Semua langkah di atas tetap dikerjakan dan jaringan nekrotik harus dibersihkan karena akan menghalangi epitelisasi. Penilaian tindak lanjut diulang minimal 1 minggu sekali. Evaluasi yang diperlukan adalah lokasi, stadium, ukuran, dan karakteristik lainnya. Dalam waktu 2 hingga 4 minggu ulkus harus menunjukkan perbaikan. Berkurangnya ukuran ulkus dalam waktu 2 minggu memberi gambaran akan terjadinya penyembuhan sempurna.

2.1.12 Komplikasi

(1) Skin abscess

Terdapat nanah di bawah permukaan kulit yang disebabkan oleh infeksi. Abses kulit disebabkan oleh bakteri yang ada di permukaan kulit. Bakteri dapat masuk ke jaringan di bawah kulit setelah cedera.

(2) Cellulitis

Infeksi pada lapisan dangkal dan dalam kulit, yang disebabkan oleh bakteri. Ketika kulit terluka, bakteri dapat menyebar di bawah permukaan dan mulai berkembang biak. Banyak dari infeksi disebabkan oleh bakteri *streptococcal* dan *staphylococcal*.

(3) Gangren

a. Septic arthritis

Septic arthritis merupakan peradangan sendi yang parah, yang disebabkan oleh infeksi bakteri. Bakteri dapat memasuki gabungan dari luka, atau bakteri dapat menyebar ke sendi melalui aliran darah dari lokasi lain dalam tubuh.

b. Osteomyelitis

Peradangan atau inflamasi sudah menyebar ke tulang.

c. Sepsis

Peradangan atau inflamasi sudah menyebar ke darah.

2.3.13 Prognosis

Luka akibat luka tekanan dan sudah terinfeksi dapat disembuhkan tapi tetap meninggalkan bekas luka. Kekambuhan terjadi jika faktor pencetus tetap ada. Tingkat kekambuhan sangat tinggi yaitu 90%. Penyembuhan orang-orang yang berusia lanjut dan lemah dan sulit. Sebaliknya orang yang muda dan sehat pasca cedera akan sembuh lebih cepat.

2.3.14 Indikator mutu ulkus decubitus

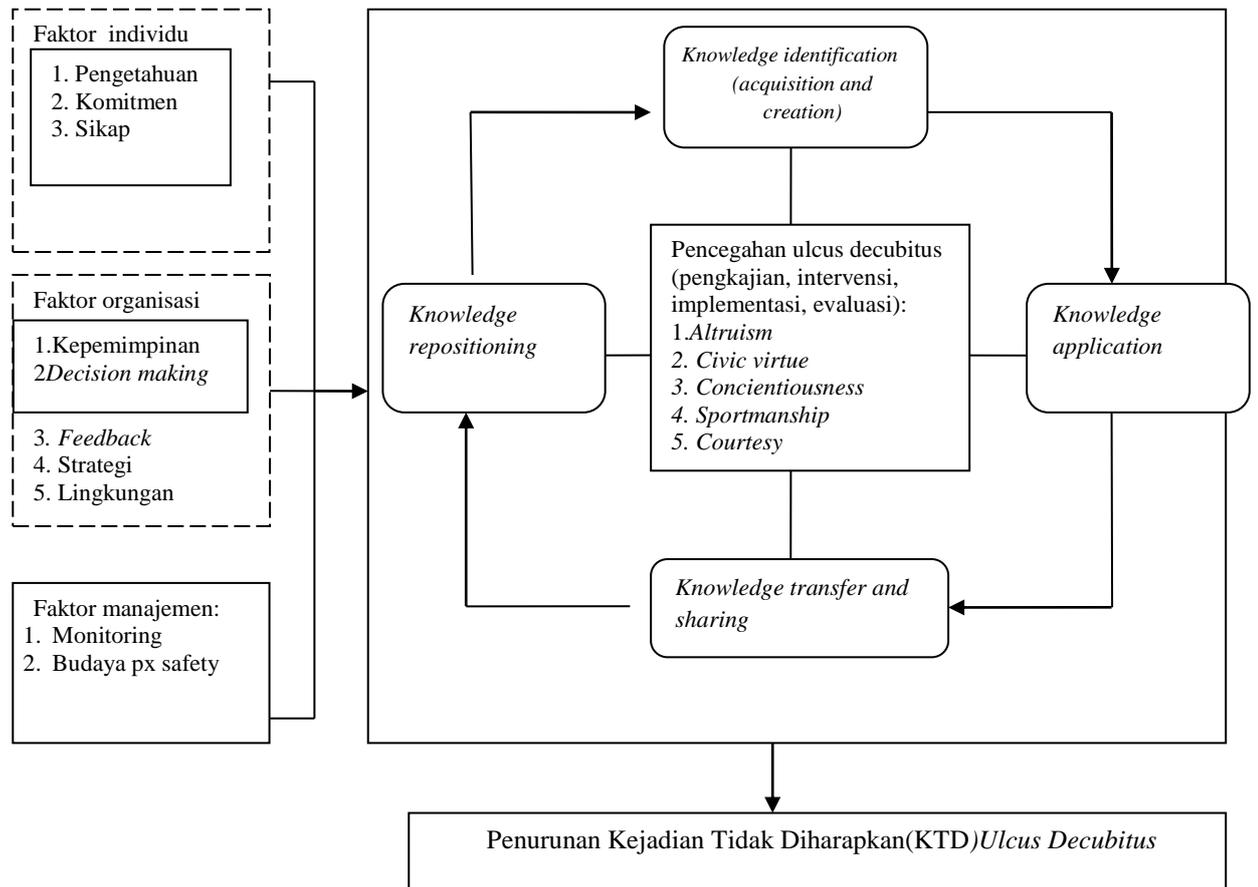
Tabel 2.2 Tabel Indikator Mutu Ulcus Decubitus

DECUBITUS	Sumber: Kep Dirjen Yankes no HK 02.03/i/2630/2016
Area	Klinis
Kategori Indikator Perspektif	Tindakan pengendalian Infeksi RS Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif
Definisi operasional	<p>Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS. Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)</p> <p>Kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus2. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :<ol style="list-style-type: none">a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benarb. Hasil kultur darah positif3. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.
Frekuensi	Bulanan
Numerator	Jumlah kejadian dekubitus
Denominator	Jumlah hari tirah baring

Inklusi	Pasien rawat inap tirah baring
Eksklusi	Pasien yang masuk rawat inap RS sudah mengalami dekubitus
Formula	(Jumlah kejadian dekubitus dibagi Jumlah hari tirah baring) x 1000
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 1,5$
Kriteria Penilaian	<p>hasil $\leq 1,5$ ‰ skor = 100</p> <p>$1,5\% < \text{Hasil} \leq 5$ ‰ skor = 75</p> <p>$5\% < \text{Hasil} \leq 10$ ‰ skor = 50</p> <p>$10\% < \text{Hasil} \leq 15$ ‰ skor = 25</p> <p>Hasil $> 15\%$ skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>Referensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CDC NHSN, Maret 2011 2. Buku pedoman PPI th 2011 3. Buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011 4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention

BAB III KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan: Diukur: Diukur: berhubungan: berpengaruh: — →

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behaviour* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (Ulcus decubitus).

3.2 Deskripsi Kerangka Konsep

Pencegahan ulcus decubitus berbasis *Organizational Citizenship Behaviour* dan *Knowledge Management* diterapkan mulai tahap pengkajian,

perencanaan, implementasi, dan evaluasi. 7 tahap *knowledge management* diantaranya adalah *knowledge identification, knowledge acquisition, knowledge creation, knowledge application, knowledge transfer, knowledge sharing, knowledge documentation*. Model ini didasarkan pada model tradisional kualitas dan keunggulan, sehingga ada hubungan yang sangat kuat antara proses *knowledge management* dan hasil organisasi yang diharapkan. Komponen yang paling utama adalah kepemimpinan, sumber daya manusia, kebijakan dan strategi, kemitraan dan sumber daya proses, hasil kinerja. Peran *knowledge management* secara keseluruhan diposisikan sebagai alat yang membantu organisasi mencapai tujuan. Upaya pencegahan ulcus decubitus berbasis *knowledge management*, dimana pendekatan *knowledge management* merupakan teknik menciptakan keselarasan pengetahuan sehingga mencapai kinerja yang optimal dalam pencegahan ulcus decubitus.

Model ini juga mengaplikasikan 5 tahapan *Organizational Citizenship Behaviour* dalam setiap tahapan *knowledge management*, yang terdiri dari: *altruism* (menolong orang lain), *conscientiousness* (sikap berhati-hati, mengikuti peraturan, tiba lebih awal, tepat waktu, bekerja sesuai SOP), *sportsmanship* (kemampuan beradaptasi dengan lingkungan, mengurangi keluhan, sikap terhadap target organisasi), *civic virtue* (turut serta secara penuh dan perhatian lebih terhadap organisasi), *courtesy* (menghargai, menjaga hubungan baik, tindakan untuk mencegah timbulnya masalah). Pencegahan ulcus decubitus berbasis *Organizational Citizenship Behaviour* dan *Knowledge Management* diharapkan dapat menurunkan dan mencegah kejadian ulcus decubitus dan memperbaiki kinerja perawat sehingga akan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

3.3 Hipotesis

1. Ada pengaruh faktor individu terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) di RSUD Haji Surabaya.
2. Ada pengaruh faktor organisasi terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) di RSUD Haji Surabaya.
3. Ada pengaruh faktor manajemen terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) di RSUD Haji Surabaya.
4. Ada pengaruh model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus di RSUD Haji Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian yang terdiri dari dua tahap. Tahap pertama yaitu eksplanasi survey dan tahap kedua adalah pre-eksperimen. Langkah-langkah mulai dari desain penelitian, populasi, sampel, tehnik sampling akan dijelaskan pada sub-bab 3.1 dan 3.2.

3.1 Penelitian Tahap Pertama

3.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian tahap pertama yaitu menggunakan explanasi survey dimana penelitian ini dilakukan untuk menemukan suatu kejadian atau gejala yang terjadi dengan hasil akhir adalah gambaran mengenai hubungan sebab akibat variabel bebas dan variabel terikat (Sugiyono, 2006). Penelitian ini menggali gap antara temuan / fakta di lapangan terkait *patient safety* salah satunya yaitu upaya pencegahan kejadian ulcus decubitus berkenaan dengan penerapan model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour* dan *Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus.

Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross sectional* karena variabel bebas dan variabel terikat diamati secara bersamaan (variabel sebab dan akibat yang terjadi pada subyek penelitian diukur atau dikumpulkan dalam waktu bersamaan) (Sugiyono, 2006). Pada penelitian ini pendekatan *cross sectional* dilaksanakan dengan studi dokumentasi maupun pengumpulan data kepada sampel penelitian. Pada penelitian ini digali:

- 1) Faktor–faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *patient safety* khususnya ulcus decubitus: Faktor individu, faktor organisasi, dan faktor manajemen.
- 2) Pelaksanaan *patient safety* khususnya ulcus decubitus di ruang rawat inap rumah sakit.
- 3) Kejadian luka ulcus decubitus di ruang rawat inap.

3.1.2 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah subyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2013). Populasi merupakan keseluruhan dari karakteristik atau unit hasil pengukuran yang menjadi obyek penelitian (Sugiyono, 2007). Populasi dalam penelitian ini pada tahap *cross sectional* yaitu dengan memberikan kuesioner penelitian kepada seluruh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Surabaya untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *patient safety* khususnya untuk ulcus decubitus. Kriteria *sampling* untuk perawat dipilih dengan tehnik *purposive sampling*.

Kriteria inklusi dan eksklusi untuk perawat pada tahap *cross sectional* dengan pemberian kuesioner, yaitu:

- Kriteria inklusi:
- a. Minimal pendidikan perawat DIII keperawatan
 - b. Minimal masa kerja perawat di ruang rawat inap 2 tahun
 - c. Perawat bersedia menjadi responden penelitian
 - d. Perawat tidak sedang dalam masa cuti atau libur.

- Kriteria eksklusi:
- a. Perawat menolak menjadi responden penelitian
 - b. Perawat yang sedang menjalani masa cuti dan libur

Penentuan besar sampel perawat pada tahap *cross sectional* yaitu sebanyak 100 responden.

3.1.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel dalam penelitian ini adalah pencegahan ulcus decubitus berbasis *Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management*.

Tabel 3.1 Variabel Penelitian model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus.

Variabel	Sub variabel
Pencegahan ulcus decubitus berbasis <i>Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management</i>	a. Faktor: individu, organisasi, manajemen. b. Pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus: pengkajian, perencanaan, implementasi, evaluasi meliputi aspek: <ul style="list-style-type: none"> - OCB: <i>Altruism, conscientiousness, sportsmanship, civic virtue, courtesy;</i> - KM: <i>knowledge identification, knowledge application, knowledge transfer & sharing, knowledge repositioning.</i>

Definisi operasional bertujuan untuk menciptakan variabel yang jelas dan terukur (Dharma, 2011). Definisi operasional dalam penelitian ini bisa dilihat dalam tabel 3.2 dibawah ini.

Tabel 3.2 Definisi Operasional Model Peningkatan *Patient Safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan(KTD) ulcus decubitus

Variabel	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
X1: Faktor Individu	X1.1 Masa Kerja	Lamanya seseorang sudah bekerja dalam suatu institusi atau organisasi yang dihitung sejak pertama kali bekerja.	Pertanyaan tertutup	Kuesioner	Nominal	1=masa kerja 1-5 tahun 2=masa kerja 6-10 tahun 3=masa kerja 11-15 tahun 4=masa kerja > 15 tahun
	X1.2 Pengetahuan	Informasi yang berkaitan kompetensi perawat dalam pencegahan ulcus decubitus sesuai dengan keperawatan terdiri dari pendekatan asuhan keperawatan.	1. Pengkajian ulcus decubitus 2. Perencanaan 3. Implementasi 4. Evaluasi	Kuesioner	Ordinal	0 = Jawaban salah 1= Jawaban benar Dengan kategori : a.kurang <60% b. cukup 60%-75% c.Baik > 75%
	X1.3 Komitmen	Suatu keadaan dimana seorang pegawai memihak pada suatu organisasi dan tujuantujuannya, serta berniat memelihara keanggotaan dalam organisasi itu	1. Rasa kepemilikan 2. Rasa keterkaitan 3. Percaya pada pimpinan 4. Kesesuaian nilai	Kuesioner	Ordinal	STS=1 TS =2 S =3 SS =4 dengan kategori: a.baik >75% b.cukup 60%-75% c.kurang < 60%
	X1.4 Sikap	Perasaan mendukung atau memihak atau perasaan tidak mendukung atau tidak memihak terhadap suatu obyek(pencegahan ulcus decubitus) yang akan disikapi	1. Kerjasama 2. Tanggung jawab 3. Rasa puas terhadap fasilitas, sarana, dan prasarana	Kuesioner	Ordinal	STS=1 TS =2 S =3 SS =4 dengan kategori: a.baik >75% b.cukup 60%-75% c.kurang < 60%
X2. Faktor Organisasi	X2.1 Kepemimpinan	Proses mempengaruhi atau memberi contoh oleh pemimpin kepada pengikutnya dalam upaya untuk mencapai tujuan organisasi	1. Gaya kepemimpinan 2. Gaya komunikasi 3. Cara pengambilan keputusan 4. Penjelasan tugas	Kuesioner	Nominal	Transformasional Transaksional
	X2.2 <i>Decision making</i>	proses pembuatan keputusan dalam situasi tertentu dan merupakan kunci utama bagi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan	1. Cara pengambilan keputusan 2. Wewenang dan tanggung jawab 3. Kerja sama	Kuesioner	Ordinal	STS=1 TS =2 S =3 SS =4 dengan kategori: a.baik >75% b.cukup 60%-75% c.kurang < 60%

X3. <i>Manajemen</i>	X3.1 <i>Budaya patient safety</i>	suatu perilaku yang sudah menjadi kebiasaan untuk memberikan pelayanan rumah sakit yang membuat asuhan pasien lebih aman.	Penilaian kebiasaan perilaku perawat untuk memberikan asuhan yang aman bagi pasien man.	Kuesioner	Ordinal	STS=1 TS =2 S =3 SS =4 dengan kategori: a.baik >75% b.cukup 60%-75% c.kurang < 60%
Y1: Pencegahan ulcus decubitus berbasis <i>OCB dan KM</i>	Y1.1 Pengkajian Ulcus decubitus dengan menerapkan <i>OCB & KM</i>	Mengumpulkan informasi atau data tentang respon klien agar dapat mengidentifikasi masalah ulcus decubitus	Pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus dengan menerapkan <i>organizational citizenhi behavior (OCB : Altruism, conscientiousness, sportsmanship, civic virtue, courtesy; dan KM: knowledge identification, knowledge application, knowledge transfer & sharing, knowledge repositioning.)</i>	Kuesioner	Ordinal	TP=1 K =2 S =3 SS=4 dengan kategori: a.baik >75% b.cukup 60%-75% c.kurang < 60%
	Y1.2 Perencanaan Ulcus decubitus dengan menerapkan <i>OCB & KM</i>	Desain spesifik intervensi untuk membantu klien dalam mencegah dan mengatasi ulcus decubitus		Kuesioner	Ordinal	TP=1 K =2 S =3 SS=4 dengan kategori: a.baik >75% b.cukup 60%-75% c.kurang < 60%
	Y1.3 Implementasi Ulcus decubitus dengan menerapkan <i>OCB & KM</i>	Pengelolaan dan perwujudan dari suatu rencana tindakan keperawatan		Kuesioner	Ordinal	TP=1 K =2 S =3 SS=4 dengan kategori: a.baik >75% b.cukup 60%-75% c.kurang < 60%
	Y1.4 Evaluasi Ulcus decubitus dengan menerapkan <i>OCB & KM</i>	Tindakan yang dilakukan perawat untuk menilai efek dari tindakan yang diberikan perawat kepada klien		Kuesioner	Ordinal	TP=1 K =2 S =3 SS=4 dengan kategori: a.baik >75% b.cukup 60%-75% c.kurang < 60%
Y2. KTD (ulcus decubitus)	Kejadian ulcus decubitus	Suatu kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat kesalahan yang tidak dapat dicegah	Jumlah kejadian ulcus decubitus grade 1, 2, 3.	Laporan kejadian ulcus decubitus	Ordinal	0 = tidak ada kejadian ulcus decubitus 1= ada kejadian ulcus decubitus Dengan kategori: Baik : 1,5% Kurang baik : >1,5%

3.1.5 Instrumen Penelitian

1) Instrumen A merupakan kuisisioner faktor perawat pelaksana

Instrumen untuk mencari faktor dari perawat pelaksana yang mempengaruhi penilaian perawat dalam pelaksanaan kegiatan supervisi klinis yaitu: Faktor individu (X1), faktor organisasi (X2), dan manajemen(X3). Kuesioner ini dikembangkan dari Instrumen untuk

mencari faktor penyebab ulcus decubitus berdasarkan faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan (Donabedian, 1986) yang meliputi faktor individu(X1), faktor organisasi(X2), faktor manajemen(X3). Kuesioner ini diisi oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya.

Kuesioner yang digunakan untuk mendapatkan data sub variabel kemampuan dan keterampilan menggunakan *multiple choice* dengan skor 1=benar dan 0=salah, untuk pengelompokan data digunakan *range* :Baik = 76 -100 %, cukup = 75 -55%, kurang = < 55%. Kuesioner yang digunakan untuk sub variabel faktor individu (karakteristik psikologis), faktor organisasi, dan manajemen menggunakan skala likert dengan kategori: pilihan jawaban 1= sangat tidak setuju, 2 = tidak setuju, 3 = setuju, 4 = sangat setuju.

Instrumen B merupakan kuesioner pencegahan ulcus decubitus yang diawali dari pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam tiap tahap pencegahan mengaplikasikan dimensi *organizational citizenship behavior* (OCB) dari Organ dan Bateman (1983) dan teori *knowledge management* dari Nonaka (1995) dan dikembangkan menjadi Kuisisioner yang dimodifikasi dari penelitian sebelumnya menurut Kuntarti (2014) tentang tahapan *knowledge management*. Kuisisioner yang digunakan dalam instrumen ini menggunakan pilihan jawaban menggunakan 1= tidak pernah dilaksanakan, 2= kadang-kadang apabila kadang melakukan dan sering tidak melakukan, 3= sering dilaksanakan, apabila sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang- kadang tidak melakukan, 4= selalu dilaksanakan

- 2) Panduan wawancara FGD tentang faktor-faktor yang mempengaruhi penilaian perawat terhadap pelaksanaan supervisi klinis dibuat secara

semi-struktur yaitu moderator akan membuat pertanyaan berdasarkan faktor-faktor (faktor individu, organisasi, dan *manajemen*), pencegahan ulcus decubitus kemudian dikembangkan pertanyaan untuk mengeksplorasi jawaban responden.

3.1.6 Analisa Data

Analisis data pada penelitian ini dengan menemukan isu strategis dari hasil pengumpulan data yang kemudian dilakukan diskusi pakar dalam *Focus Group Discussion* (FGD). Hasil dari diskusi akan menjadi masukan dan bahan yang digunakan sebagai dasar penyusunan model supervisi klinis berbasis *Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus.

1. Analisis deskriptif

Pada penelitian ini akan dilakukan pada semua variabel penelitian, dengan menghitung nilai tengah (mean, median, modus) dan membuat distribusi frekuensi berdasarkan kategori masing-masing variabel dan deskripsi kategori dengan pendekatan analisis baris kolom, tabulasi silang. Analisis univariat pada umumnya ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variable (Martini, 2007).

2. *Partial Least Square*

Analisis inferensial digunakan untuk menguji hipotesis yang diusulkan dalam penelitian ini. Teknik yang digunakan adalah model persamaan *structural* berbasis *variance* atau *componenet based* yang dikenal dengan PLS. PLS mempunyai keunggulan yaitu analisis yang *powerfull* oleh karena tidak mengamsumsikan data harus dengan pengukuran skala tertentu, sampel kecil, konfirmasiteori (Ghozali, 2005).

PLS memungkinkan pengujian rangkaian hubungan antar variabel yang relatif rumit secara simultan. Model analisa jalur untuk semua variabel dalam PLS terdiri atas rangkaian hubungan yang terdiri dari : 1) *inner* model mengkhhususkan hubungan antar variabel laten (*structural* model), 2) *outer* model yang mengkhhususkan hubungan antar variabel laten dengan indicator.

PLS merupakan metode analisis yang dapat diterapkan pada semua skala data, tidak membutuhkan banyak asumsi dan ukuran, direkomendasikan berkisar dari 30-150 kasus (Ghozali, 2005). Model evaluasi PLS berdasarkan pada pengukuran prediksi yang mempunyai sifat *non parametric*. Evaluasi model terdiri atas dua bagian evaluasi yaitu evaluasi model pengukuran dan evaluasi model struktural.

a. Evaluasi model pengukuran atau *outer* model

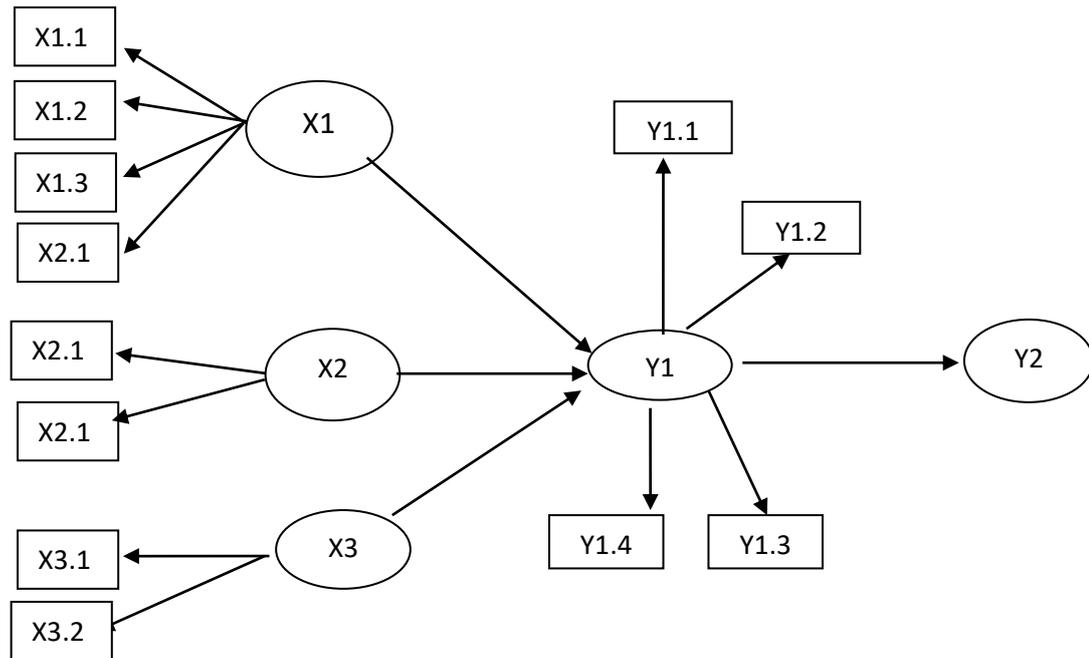
Model pengukuran atau *outer* model dengan indikator reflektif dievaluasi berdasarkan hasil validasi dan reliabilitas indikator. Indikator dianggap valid jika memiliki nilai *outer loading* diatas 0,5 dan nilai t-statistik diatas 1,96. Reliabilitas menguji nilai indikator dari kontrak yang membentuknya.

b. Evaluasi model struktural atau *inner* model

Evaluasi *inner* model bertujuan untuk mengetahui besarnya pengaruh atau hubungan kausalitas antar variabel-variabel di dalam penelitian, yaitu dengan mendapatkan nilai *R square* atau koefisien determinasi yang merupakan sebuah nilai yang menjelaskan tentang ukuran kebaikan model atau besarnya pengaruh variable-variabel bebas terhadap variabel terikat serta nilai Q^2 atau relevansi prediksi. Apabila diperoleh nilai Q^2 lebih besar dari nol dan mendekati 1, hal tersebut

memberikan bukti bahwa model memiliki *predictive relevance* namun apabila diperoleh Q^2 dibawah nol maka terbukti bahwa model tidak memiliki *predictive relevance*.

3.1.7 Kerangka Analisis



Gambar 4.1 Kerangka Analisis Model Peningkatan *Patient Safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus

Keterangan :

- | | |
|----------------------------------|---|
| X1 : Faktor individu | Y1 : Pencegahan ulcus decubitu |
| X1.1 : Pengetahuan | Y1.1 :Pengkajian <i>knowledgeidentification</i> + OCB |
| X1.2 :Komitmen | Y1.2 : Intervensi <i>knowledgeapplication</i> + OCB |
| X1.3 : Sikap | Y1.3 : Implementasi |
| X2. : Organisasi | Y1.4 : Evaluasi <i>knowledgerepositioning</i> + OCB |
| X2.1 :Kepemimpinan | Y2 : KTD Ulcus Decubitus |
| X2.2 : <i>Decision making</i> | |
| X3 : Faktor manajemen | |
| X3,1 : Budaya keselamatan pasien | |
| X3.2 ; monitoring | |

3.1.8 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya.

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan mulai September 2018 s.d november2018.

3.2 Penelitian Tahap Kedua

3.2.1 Desain Penelitian

Desain penelitian tahap kedua ini adalah uji coba model yang telah dikembangkan pada penelitian tahap pertama. Desain penelitian menggunakan teknik pra eksperimen dengan pendekatan *one group pra-post test design* yaitu mengungkapkan suatu hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan perencanaan (Nursalam,2013).

Tabel 3.3 Rancangan Penelitian Pra Eksperimen Model Peningkatan *Patient Safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca tes
A	O	I	O1-A

Keterangan:

- A : subjek penelitian
- O : observasi sebelum perlakuan
- I : perencanaan
- O1-A : observasi sesudah perlakuan

3.2.2 Populasi, sampel dan teknik sampling

Pada penelitian tahap kedua ini populasi yang pertama adalah seluruh perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya. Pada penelitian ini populasi yang pertama adalah seluruh perawat pelaksana di tiap ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya.

Perawat pelaksana di setiap ruang rawat inap RSUD Haji akan ditentukan dengan teknik sampling yaitu *cluster sampling*. *Cluster sampling* merupakan teknik pengambilan sampel acak sederhana (*simple random sampling/ SRS*) dimana setiap sampling unit terdiri dari kumpulan atau cluster elemen (Notoatmodjo, 2010). Penetapan besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini digunakan 50 sampel.

Kriteria inklusi dan eksklusi untuk perawat pelaksana, yaitu:

Kriteria inklusi:

1. Perawat sudah terpapar model pencegahan ulcus decubitus berbasis OCB&KM.
1. Minimal masa kerja perawat di ruang rawat inap 2 tahun.
2. Bersedia menjadi responden penelitian.
3. Perawat tidak sedang dalam masa cuti atau libur.

Kriteria eksklusi:

1. Perawat belum terpapar pencegahan ulcus decubitus berbasis OCB dan KM.
2. Perawat menolak menjadi responden penelitian.
3. Perawat yang sedang menjalani masa cuti dan libur.

3.2.3 Variabel dan Definisi Operasional

1. Variabel independen

Variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain. Dalam penelitian ini variabel independen adalah pelaksanaan supervisi klinis berbasis *Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management*.

2. Variabel dependen

Variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel dependen dalam penelitian adalah kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus).

Tabel 3.6 Variabel Penelitian Efektifitas Model Peningkatan *Patient Safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus

Variabel	Sub variabel
Independen:	X1 = Faktor individu
Penerapan model peningkatan <i>patient safety</i> berbasis <i>organizational citizenship behaviour dan knowledge management</i>	X2 = Faktor organisasi X3 = Faktor <i>manajemen</i> X4 = Pencegahan ulcus decubitus berbasis OCB & KM
Dependen: Kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus)	Jumlah kejadian ulcus decubitus grade 1, 2, 3.

3.2.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional (Nursalam,2013).

Tabel 3.7 Definisi Operasional Model Peningkatan *Patient Safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus

Variabel	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Y1: Pencegahan ulcus decubitus berbasis OCB dan KM	Y1.1 Pengkajian	Mengumpulkan informasi atau data tentang respon klien agar dapat mengidentifikasi masalah ulcus decubitus	Pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus dengan menerapkan organizational citizenship behavior (OCB : <i>Altruism, conscientiousness, sportsmanship, civic virtue, courtesy; dan KM: knowledge identification, knowledge application, knowledge transfer & sharing, knowledge repositioning.</i>)	Kuesioner	Ordinal	TP=1 K =2 S =3 SS=4 dengan kategori: a.baik >75% b.cukup 60%-75% c.kurang < 60%
	Ulcus decubitus dengan menerapkan OCB & KM					
	Y1.2 Perencanaan	Desain spesifik intervensi untuk membantu klien dalam mencegah dan mengatasi ulcus decubitus		Kuesioner	Ordinal	TP=1 K =2 S =3 SS=4 dengan kategori: a.baik >75% b.cukup 60%-75% c.kurang < 60%
	Ulcus decubitus dengan menerapkan OCB & KM					
Y1.3 Implementasi	Ulcus decubitus dengan menerapkan OCB & KM	Pengelolaan dan perwujudan dari suatu rencana tindakan keperawatan		Kuesioner	Ordinal	TP=1 K =2 S =3 SS=4 dengan kategori: a.baik >75% b.cukup 60%-75% c.kurang < 60%
	Y1.4 Evaluasi	Tindakan yang dilakukan perawat untuk menilai efek dari tindakan yang diberikan perawat kepada klien		Kuesioner	Ordinal	TP=1 K =2 S =3 SS=4 dengan kategori: a.baik >75% b.cukup 60%-75% c.kurang < 60%
Y2: KTD (ulcus decubitus)	Kejadian ulcus decubitus	Suatu kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat kesalahan yang tidak dapat dicega	Jumlah kejadian ulcus decubitus gared 1, 2, 3.	Laporan kejadian ulcus decubitus	Ordinal	0 = tidak ada kejadian ulcus decubitus 1= ada kejadian ulcus decubitus Dengan kategori: Baik : 1,5% Kurang baik : >1,5%

3.2.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian tahap kedua merupakan kuesioner pencegahan ulcus decubitus yang diawali dari pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam tiap tahap pencegahan mengaplikasikan dimensi *organizational citizenship behavior* (OCB) dari Organ dan Bateman (1983) dan teori *knowledge management* dari Nonaka (1995) dan dikembangkan menjadi Kuisisioner yang dimodifikasi dari penelitian sebelumnya menurut Kuntarti (2014) tentang tahapan *knowledge management*. Kuisisioner yang digunakan dalam instrumen ini menggunakan pilihan jawaban menggunakan 1= tidak pernah dilaksanakan, 2= kadang-kadang apabila kadang melakukan dan sering tidak melakukan, 3= sering dilaksanakan, apabila sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang- kadang tidak melakukan, 4= selalu dilaksanakan.

Kejadian tidak diharapkan ulcus decubitus di ruang rawat inap dilihat dari jumlah kejadian ulcus decubitus pada grade 1, 2, 3 di masing-masing ruang rawat inap.

3.2.6 Prosedur Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2013). Prosedur pengambilan dan pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian adalah melakukan uji coba model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour* dan *Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus dengan:

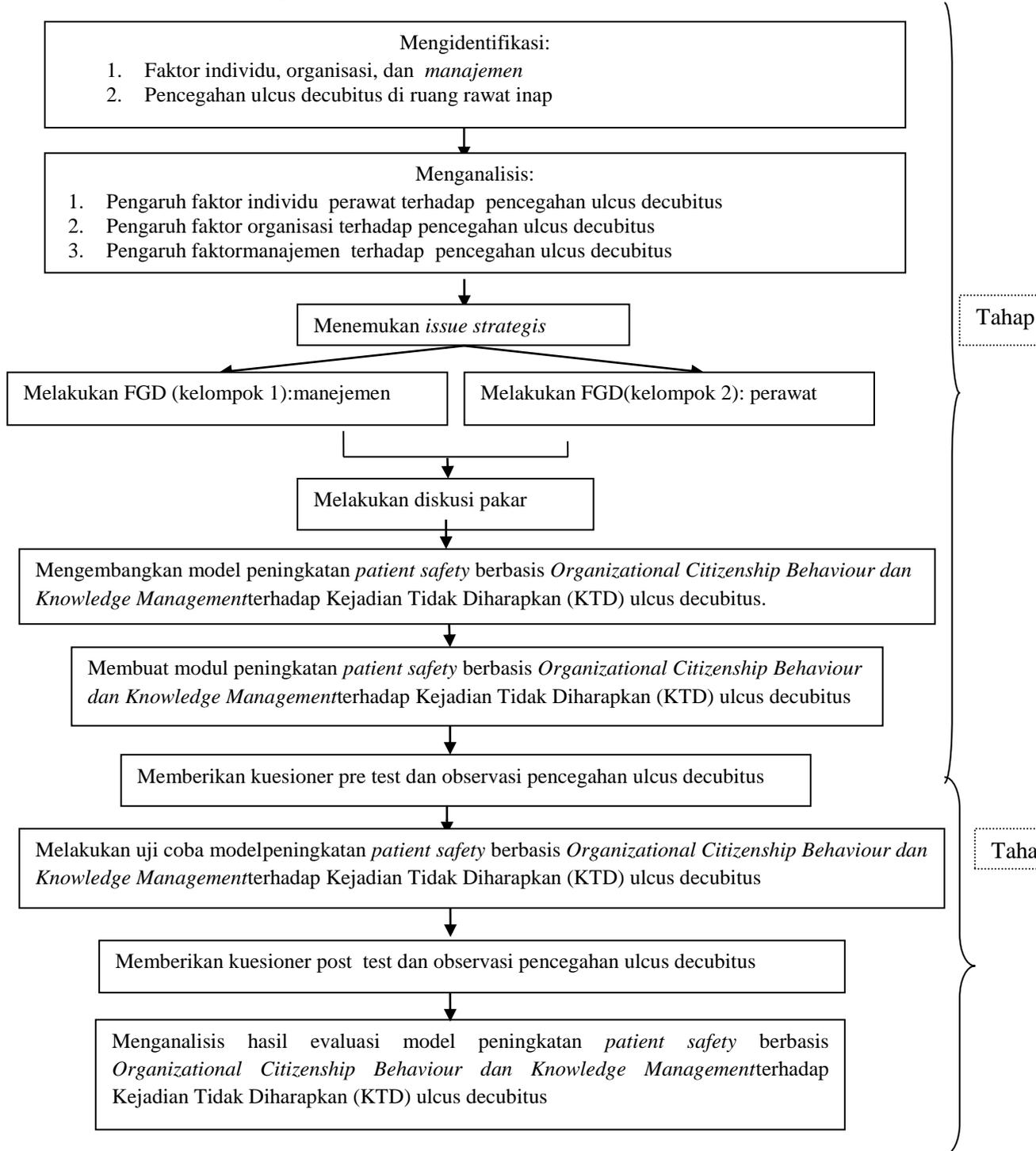
1. Responden perawat pelaksana diberikan kuisisioner terkait faktor individu, faktor organisasi, dan faktor manajemen.

2. Mengobservasi pencegahan ulcus decubitus diobservasi sebagai pre test selama 15 hari.
3. Responden perawat diberikan kuisioner tentang pencegahan ulcus decubitus.
4. Memberikan pelatihan kepada perawat pelaksana tentang peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour* dan *Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus
5. Responden diberikan modul dan pendampingan selama dua minggu dalam pencegahan ulcus decubitus.
6. Responden perawat diberikan kuisioner tentang pencegahan ulcus decubitus.
7. Mengobservasi pencegahan ulcus decubitus dan diobservasi sebagai post test selama 15 hari.
8. Menganalisis hasil evaluasi uji coba model.
9. Memberikan rekomendasi model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour* dan *Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus

3.2.7 Cara Analisa Data

Setelah data terkumpul, selanjutnya data diolah dengan *Wilcoxon Signed Rank Test*. Uji tersebut dilakukan untuk membandingkan antara sebelum dan sesudah dilakukan penerapan model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour* dan *Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus.

3.2.8 Kerangka Kerja Operasional



4.1 Kerangka Operasional model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus.

3.2.9 Lokasi dan waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di 9 ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya.

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan mulai April 2018 s.d Juli 2018.

3.2.10 Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Validitas

Untuk meningkatkan kualitas dari hasil penelitian, peneliti menggunakan uji validitas dan reliabilitas yang di ujikan kepada supervisor dan data rekam medis dokumentasi asuhan keperawatan. Teknik mengukur uji validitas adalah dengan menghitung korelasi antara data pada masing masing pernyataan dengan skor total, menggunakan rumus korelasi product moment. Uji validitas kuesioner dalam penelitian ini menggunakan product moment dengan membandingkan r hitung dengan r tabel. Item pertanyaan dalam kuesioner dikatakan valid apabila r hitung lebih besar dari r tabel.

2. Reliabilitas

Untuk menetapkan apakah instrument dalam penelitian ini dapat digunakan lebih dari sekali untuk responden yang sama dan menghasilkan data yang konsisten maka digunakan uji reliabilitas. Metode yang digunakan adalah metode pengukuran *Cronbach Alpha* dan di ukur berdasarkan skala alpha *Cronbach* 0 sampai 1. Uji reliabilitas kuesioner dalam penelitian ini dengan membandingkan nilai r pada *Cronbach's alpha* dengan nilai r tabel taraf signifikansi 5 %.

3.2.11 Etik Penelitian

Penelitian memiliki beberapa prinsip etika yaitu: 1) Prinsip manfaat; 2) Prinsip menghargai hak-hak subyek; 3) Prinsip keadilan. Setelah mendapat persetujuan, penelitian dilaksanakan dengan berpedoman pada masalah etik yang meliputi:

1) *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Lembar persetujuan ini diberikan kepada setiap perawat dan supervisor di Ruang Rawat Inap dengan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian serta pengaruh yang terjadi bila menjadi responden. Lembar persetujuan ini diisi secara sukarela oleh responden. Apabila supervisor tidak bersedia, maka peneliti akan menghormati hak-haknya.

2) *Anonymity* (tanpa nama)

Nama responden tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data, hal ini bertujuan untuk menjaga kerahasiaan responden. Namun, untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti cukup menggunakan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

3) *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Informasi yang telah diperoleh dari responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Dokumen/berkas penelitian akan disimpan pada lokasi yang aman. Peneliti hanya akan menyajikan informasi terutama dilaporkan pada hasil riset.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Pada bab ini disajikan hasil dan analisis penelitian model peningkatan *patient safety* berbasis *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management* terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus). Penelitian dilaksanakan mulai September - November 2018.

Pada bagian hasil penelitian akan diuraikan mengenai data yang didapat saat penelitian berlangsung. Hasil penelitian meliputi: 1) gambaran umum lokasi penelitian; 2) karakteristik demografi responden; 3) data khusus mengenai variabel yang diukur meliputi faktor individu, faktor organisasi, dan *manajemen* terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus; 4) pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus; 5) kejadian ulcus decubitus di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya.

5.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya adalah rumah sakit milik pemerintah provinsi Jawa Timur yang didirikan berkenaan peristiwa yang menimpa para jemaah haji Indonesia di terowongan Mina pada tahun 1990.

Perkembangan RSUD Haji Surabaya menerima bantuan dana dari pemerintah Arab Saudi dan bantuan dana dari pemerintah provinsi Jawa Timur, yang digunakan untuk membangun gedung dan fasilitasnya yang resmi dibuka pada tahun 1993, sebagai rumah sakit umum (RSU) tipe C. Pada tahun 1998 berkembang menjadi rumah sakit tipe B non pendidikan, dan pada tanggal 30 Oktober 2008 RSUD Haji berubah status menjadi RSUD tipe B pendidikan.

Mendukung operasional RSUD Haji Surabaya memiliki pelayanan rawat inap dengan 279 tempat tidur perawatan. Ditunjang dengan ketersediaan fasilitas berupa alat medis canggih, dokter spesialis dan dokter subspesialis. RSUD Haji Surabaya melayani semua lapisan masyarakat umum dan jemaah haji dengan motto“ Menebar salam dan senyum dalam pelayanan”. Dengan fasilitas yang tersedia, RSUD Haji Surabaya telah ikut mendidik mahasiswa kedokteran dan perawat, serta menyelenggarakan *postgraduate training* untuk dokter.

Jenis Pelayanan yang disediakan oleh RSUD Haji Surabaya meliputi pelayanan gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif (ICU, ICCU, NICU), pelayanan bedah, paviliun, gizi, hemodialisa, gigi dan mulut, patologi klinik, patologi anatomi, radiologi, rehabilitasi medik, farmasi, dan pemulasaran jenazah. Pelayanan subspesialis yang disediakan oleh RSUD Haji Surabaya meliputi fertilitas endrokinologi reproduksi, fetomaternal, trauma, nephrologi, tumbuh kembang, dan respirologi.

RSUD Haji Surabaya terletak di Surabaya Timur yang beralamat di Jalan Manyar Kertoadi, Kelurahan Klampis Ngasem, Kecamatan Sukolilo, Kota Surabaya. Batas RSUD Haji Surabaya, yaitu:

- a. Sebelah Barat : Asrama Haji Sukolilo
- b. Sebelah Timur : Perumahan dan pertokoan Manyar Kertoadi
- c. Sebelah Utara : Perumahan Kertajaya Indah
- d. Sebelah Selatan : Klampis

Visi RSUD Haji Surabaya adalah rumah sakit pilihan masyarakat, prima dan islami dalam pelayanan yang berstandar internasional, didukung pendidikan dan penelitian yang berkualitas. Misi RSUD Haji Surabaya : 1) meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan menuju standar internasional didukung pendidikan dan penelitian yang berkualitas; 2) menyediakan SDM yang professional, jujur,

amanah, dan mengutamakan kerjasama; 3) meningkatkan sarana dan prasarana sesuai perkembangan IPTEKDOK; 4) meningkatkan kemandirian rumah sakit dan kesejahteraan pegawai.

5.2 Hasil Penelitian Tahap 1

Penelitian tahap *cross sectional* dilaksanakan pada tanggal 15 September – 28 September 2018 dengan melibatkan responden sejumlah perawat pelaksana yang terdiri dari 50 perawat pelaksana yang ada di 5 Ruang Rawat Inap RSUD Haji Surabaya (Marwah 3, Marwah 4, Shofa 3, Shofa 4, dan ICU).

5.2.1 Karakteristik demografi responden

Karakteristik demografi responden di ruang rawat inap (Marwah 3, Marwah 4, Shofa 3, Shofa 4, dan ICU) RSUD Haji Surabaya. Karakteristik perawat yang menjadi responden penelitian tahap *cross sectional* dapat dilihat pada tabel 4.1 dibawah ini:

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Tahap *Cross Sectional* Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus di RSUD Haji Surabaya.

No	Responden	Parameter	Σ	%
1	Umur	20-25 tahun	12	21,8
		26-30 tahun	18	32,7
		31-35 tahun	14	25,5
		36-40 tahun	2	3,6
		>40 tahun	4	7,3
2	Jenis kelamin	Perempuan	39	70,9
		Laki-laki	11	20,1
3	Lama kerja	< 5 tahun	23	41,8
		5-10 tahun	20	36,4
		10-15 tahun	7	12,7
4	Pendidikan	D III	45	81,8
		SI Keperawatan	5	9,2
Total			50	100

Tabel 5.1 menginformasikan tentang karakteristik responden dilihat dari segi usia, jenis kelamin, lama bekerja, pendidikan terakhir perawat yang bekerja

di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya didapatkan hasil bahwa hampir sebagian besar partisipan (32,7%) berusia 26-30 tahun, sebagian besar responden (70,9%) adalah perempuan, hampir sebagian partisipan (41,8%) lama kerja <5 tahun, sebagian besar pendidikan terakhir adalah D3 Keperawatan (81,8%). Hal tersebut menunjukkan bahwa responden termasuk dalam kategori usia produktif yang masuk dalam kategori PK III, dengan pengalaman kerja yang cukup sehingga bisa memberikan gambaran tentang pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus yang sesuai dengan kondisi di setiap ruang rawat inap.

5.2.2 Faktor individu perawat terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya.

Sub variabel faktor individu dalam pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus terdiri dari subvariabel pengetahuan, sikap, dan komitmen. Berikut adalah distribusi frekuensi jawaban responden untuk sub variabel faktor individu.

Tabel 5.2 Distribusi Faktor Individu Dalam Tahap *Cross Sectional* Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus di RSUD Haji Surabaya.

No	Variabel	Kurang	Cukup	Baik	Total (%)
1.	Pengetahuan	8 (16%)	18 (36%)	24 (48%)	50 (100%)
2.	Komitmen	1 (2%)	11 (22%)	38 (76%)	50 (100%)

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa faktor individu responden yang terdiri dari sub variabel pengetahuan sebagian besar dalam kategori baik yaitu sebanyak 24 orang (48%) dan komitmen responden sebagian besar dalam kategori baik yaitu sebanyak 38 orang (76%).

Tabel 5.3 Distribusi Faktor Individu Dalam Tahap *Cross Sectional* Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus di RSUD Haji Surabaya.

No	Variabel	Positif	Negatif	Total (%)
1.	Sikap	45 (90%)	5 (10%)	50 (100%)

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa faktor individu responden yang terdiri dari sub variabel sikap sebagian besar dalam kategori sikap positif yaitu sebanyak 45 orang (90%).

5.2.3 Faktor organisasi terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Surabaya

Sub variabel faktor organisasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah kepemimpinan dan *decision making*. Berikut adalah distribusi jawaban responden pada sub variabel faktor organisasi.

Tabel 5.4 Distribusi Faktor Organisasi Dalam Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus di RSUD Haji Surabaya

No.	Variabel	Kurang	Cukup	Baik	Total (%)
1.	<i>Decision making</i>	3 (6%)	13 (26%)	34 (68%)	50 (100%)

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sub variabel *decision making* yang diberikan oleh organisasi menurut sebagian besar responden menilai baik yaitu 34 orang (68%).

Sub variabel faktor organisasi salah satunya adalah model kepemimpinan. Berikut adalah distribusi jawaban responden pada sub variabel faktor organisasi terkait model kepemimpinan yang diterapkan oleh supervisor di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Surabaya.

Tabel 5.5 Karakteristik Model Kepemimpinan Dalam Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus di RSUD Haji Surabaya.

No	Kategori	Jumlah (orang)	Persentase (%)	Total
1.	Transformational	45	90%	50(100%)
2.	Transaksional	5	10%	50(100%)

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa model kepemimpinan yang ada di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya sebagian besar menerapkan tipe kepemimpinan transformasional yaitu sebanyak 45 orang (90%).

5.2.4 Faktor *management* terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Surabaya

Sub variabel *management* dalam penelitian ini adalah *monitoring* dan *budaya*. Berikut ini adalah distribusi jawaban responden pada sub variabel *management*.

Tabel 5.6 Distribusi Faktor *management* Dalam Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus di RSUD Haji Surabaya.

No	Variabel	Kurang	Cukup	Baik	Total (%)
1.	Monitoring	1 (2%)	7(14%)	42 (84%)	50(100%)
2.	Budaya	4 (8%)	-	46 (92%)	50 (100%)

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa subvariabel *monitoring* sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 42 orang (84%) dan subvariabel *budaya* sebagian besar responden menilai dalam kategori baik yaitu sebanyak 46 orang (92%).

5.2.5 Pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus di Ruang Rawat Inap RSU Haji Surabaya

Pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus berbasis organizational citizenship behavior dan knowledge management di ruang rawat inap RSU Haji Surabaya.

Tabel 5.7 Distribusi Pelaksanaan Pencegahan Ulcus Decubitus di Ruang Rawat Inap RSU Haji Surabaya.

No	Variabel	Kurang	Cukup	Baik	Total (%)
1.	Pengkajian	8 (16%)	16(32%)	26 (52%)	50 (100%)
2.	Intervensi	5(10%)	2 (4%)	43 (86%)	50 (100%)
3.	Implementasi	-	7 (14%)	43(86%)	50 (100%)
4.	Evaluasi	2 (4%)	8(16%)	40(80%)	50 (100%)

Berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwa pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus pada tahap pengkajian sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 26 orang (52%), pada tahap intervensi sebagian besar responden pada kategori baik yaitu sebanyak 43 orang (86%), pada tahap implementasi sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 43 orang (86%), dan pada tahap evaluasi sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu 40 orang (80%).

5.2.6 Kejadian Ulcus Decubitus di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya

Kejadian ulcus decubitus di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya merupakan jumlah kejadian ulcus decubitus di ruangan pada pre dan post penerapan model.

Tabel 5.8 Distribusi Kejadian Tidak Diharapkan (ulcus decubitus) di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Surabaya

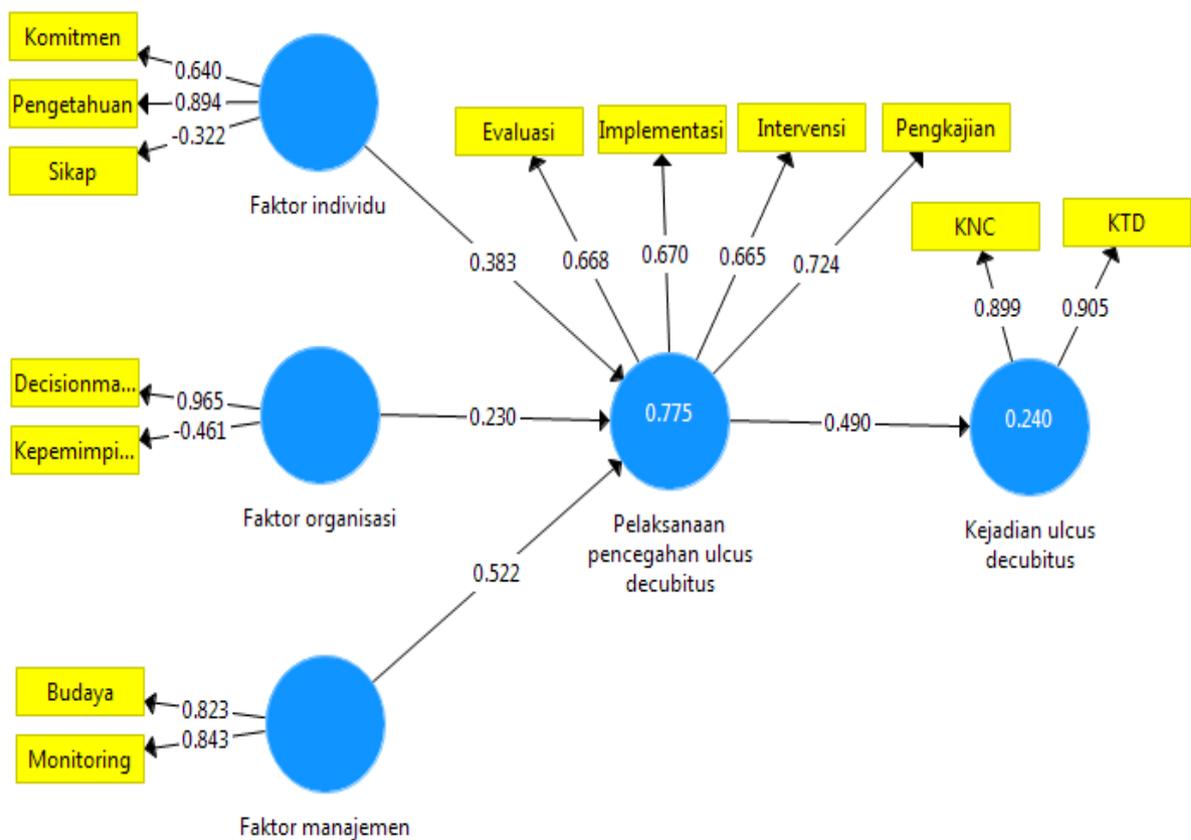
No	Variabel	Ada	Tidak ada	Total (%)
1.	KTD	5 (10%)	45 (90%)	100 (100%)
2.	KNC	11 (22%)	39 (78%)	100 (100%)

Berdasarkan tabel 5.8 menunjukkan bahwa KTD (ulcus decubitus) di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya sebagian besar sampel termasuk dalam kategori penilaian cukup yaitu sebanyak 31 orang (56,4%), pada bagian diagnosa keperawatan sebagian besar sample pada kategori cukup yaitu sebanyak 34 orang (61,8%), pada bagian intervensi keperawatan sebagian besar sampel pada kategori cukup yaitu sebanyak 33 orang (60%), pada bagian implementasi keperawatan sebagian besar sampel pada kategori cukup yaitu sebanyak 34 orang (61,8%), pada bagian evaluasi keperawatan sebagian besar sample pada kategori cukup yaitu sebanyak 33 orang (60%).

5.2.7 Pengembangan model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus di RSUD Haji Surabaya.

1. Evaluasi *outer model*
 - a. Uji validitas (*convergen validity*)

Nilai *convergen validity* dapat dilihat dari nilai *outer loading*. Suatu indikator dikatakan memenuhi *convergen validity* jika memiliki *outer loading* > 0,5. Pada penelitian ini nilai *convergen validity* dapat dilihat pada gambar dan tabel berikut:



Gambar 5.1 Nilai *Outer Loading* Pada Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus di RSUD Haji Surabaya.

Gambar 5.1 Nilai *outer loading* untuk semua indikator baik dari indikator untuk variabel laten seperti faktor individu, faktor organisasi dan *management* dapat dilihat pada tabel 5.8 berikut:

Tabel 5.8 Hasil Validitas Konvergen Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus di RSU Haji Surabaya.

No	Variabel	Indikator	<i>Outer Loading</i>	Keterangan
1.	Faktor individu	X1.1 Pengetahuan	0.894	Valid
		X1.2 Sikap	-0.322	Tidak Valid
		X1.3 Komitmen	0.640	Valid
2.	Faktor organisasi	X2.1 <i>Decision making</i>	0.965	Valid
		X2.2 Kepemimpinan	-0.461	Tidak Valid
3.	Faktor <i>management</i>	X3.1 Budaya	0.823	Valid
		X3.2 <i>Monitoring</i>	0.843	Valid
4.	Pelaksanaan pencegahan (ulcus decubitus)	Y1.1 Pengkajian	0.724	Valid
		Y1.2 Intervensi	0.665	Valid
		Y1.3 Implementasi	0.670	Valid
		Y1.4 Evaluasi	0.668	Valid
5	Kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus)	Y2.1 KTD	0.905	Valid
		Y2.2 KNC	0.899	Valid

Berdasarkan tabel 5.8 diatas, dapat diketahui bahwa subvariabel pengetahuan, komitmen, decision making, budaya, monitoring, pengkajian, intervensi, implementasi, evaluasi, KTD, KNC dinyatakan valid dimana nilai *outer loading* telah sesuai dengan kriteria yang diharapkan yaitu diatas 0,5. Hal ini menunjukkan bahwa indikator di dalam struktural telah memenuhi uji validitas. Sedangkan untuk sub variabel sikap dan tipe kepemimpinan dinyatakan tidak valid dimana nilai *outer loading* > 0,5.

b. Uji reliabilitas

Composite reliability menguji nilai reliabilitas indikator pada suatu konstruk. Suatu konstruk atau variabel dikatakan memenuhi uji reliabilitas jika memiliki nilai *composite reliability* > 0,7 dan nilai *cronbach alpha* > 0,5.

Tabel 4.9 Hasil Uji Reliabilitas Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus di RSUD Haji Surabaya.

No.	Variabel	<i>Cronbach Alpha</i>	<i>Composite Reliability</i>	Keterangan
1.	Faktor individu	0,702	0,870	Valid
2.	Faktor organisasi	0,680	0,716	Valid
3.	Faktor <i>management</i>	0,757	0,889	Valid
4.	Pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus	0,515	0,758	Valid
5.	Kejadian tidak diharapkan	0,808	0,853	Valid

Nilai *composite reliability* dari setiap variabel penelitian menunjukkan nilai >0,7. Nilai *cronbach alpha* masing- masing variabel juga menunjukkan nilai >0,5. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa masing- masing variabel telah memenuhi uji reliabilitas.

2. Evaluasi *inner model*

Pengujian model struktural /*inner model* dengan melihat nilai *R-square* yang merupakan uji *goodness-fit*.

Tabel 4.10 Pengujian model struktural/ inner model pada Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus di RSUD Haji Surabaya

No.	Variabel	R Square	R Square Adjusted
1.	Pencegahan ulcus decubitus	0,775	0,761
2.	Kejadian tidak diharapkan	0.240	0.224

Model hubungan *background* faktor (faktor individu, organisasi, dan *manajemen*) terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus memberikan nilai *R square* 0,775 yang dapat diinterpretasikan bahwa variabilitas konstruk *background factor* sebesar 77,5% sedangkan 22,5% dijelaskan oleh variabel lain di luar yang diteliti. Pelaksanaan pencegahan ulcus dcubitus terhadap kejadian tidak diharapkan memberikan nilai *R square* 0,240 yang dapat diinterpretasikan bahwa variabel konstruk pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus sebesar 24 % sedangkan 76 % dijelaskan oleh variabel lain di luar yang diteliti.

Evaluasi *inner model* untuk menguji hipotesis penelitian. Hipotesis penelitian dapat diterima jika nilai $\alpha < 0,05$. Nilai koefisien jalur dan nilai *p value* pada *inner model* disajikan pada tabel 4.11 dibawah ini.

Tabel 4.11 Hasil Uji Hipotesis Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus di RSUD Haji Surabaya

No	Variabel		Path Coefisien	Standar deviasi	T Statistik	Keterangan
1.	Pengaruh individu terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus	faktor terhadap ulcus	0.383	0.137	2.798	Signifikan
2.	Pengaruh organisasi terhadap pencegahan ulcus decubitus	faktor terhadap ulcus	0.230	0.106	2.171	Signifikan

3.	Pengaruh faktor manajemen terhadap pencegahan ulcus decubitus	0.522	0.142	3.668	Signifikan
4.	Pengaruh pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus terhadap kejadian tidak diharapkan	0.490	0.179	2.735	Signifikan

Hasil analisis PLS tentang pengaruh faktor individu terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus didapatkan nilai koefisien jalur 0,383 dan t statistik 2.798 ($t > 1.96$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara variabel faktor individu terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus. Tanda positif koefisien tersebut menunjukkan hubungan yang searah. Hubungan yang searah tersebut dapat diartikan bahwa semakin tinggi faktor individu maka akan semakin meningkat pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus.

Hasil analisis PLS pengaruh faktor organisasi terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus didapatkan nilai koefisien jalur 0.230 dan t statistik 2.171 ($t > 1.96$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara variabel faktor organisasi terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus. Tanda positif koefisien tersebut menunjukkan hubungan yang searah. Hubungan yang searah tersebut dapat diartikan bahwa semakin tinggi faktor organisasi maka akan semakin meningkat pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus

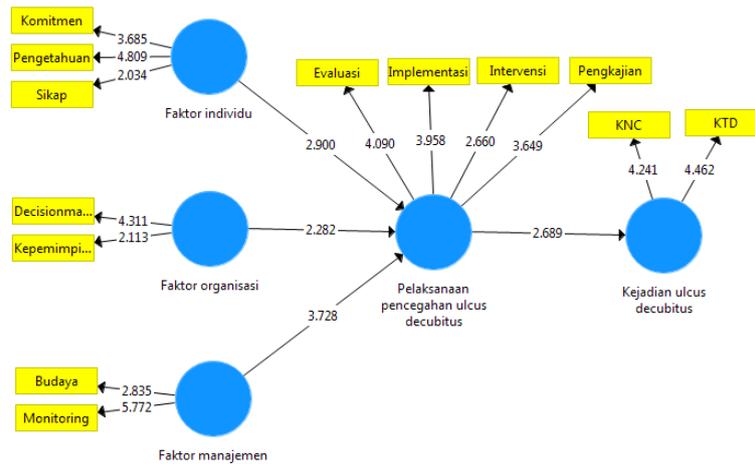
Hasil analisis PLS pengaruh faktor *management* terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus didapatkan nilai koefisien jalur 0.522 dan t statistik 3.668 ($t > 1.96$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara variabel faktor *management* terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus. Tanda positif koefisien tersebut menunjukkan hubungan yang searah. Hubungan yang searah tersebut dapat diartikan bahwa semakin tinggi faktor

management maka akan semakin meningkat pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus. Isu strategis yang didapatkan dari analisis PLS yaitu faktor individu, faktor organisasi, dan *management*.

Hasil analisis PLS pengaruh pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus terhadap kejadian tidak diharapkan didapatkan nilai koefisien jalur 0.490 dan t statistik 2.735 ($t > 1.96$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara variabel pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus terhadap kejadian tidak diharapkan. Tanda positif koefisien tersebut menunjukkan hubungan yang searah. Hubungan yang searah tersebut dapat diartikan bahwa semakin tinggi pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus maka kejadian tidak diharapkan akan semakin berkurang.

3. Evaluasi struktural model

Penelitian ini menggunakan teknik analisa data PLS (*Partial Least Square*). Berdasarkan hasil pengolahan data terdapat evaluasi model struktural (inner model) untuk mengetahui ketetapan model. Hasil analisis model dapat dipelajari pada gambar 5.2 sebagai berikut:



Gambar 5.2 Hasil Analisis Uji Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus di RSUD Haji Surabaya

Berdasarkan gambar 5.2 hasil uji hipotesis dapat diuraikan sebagai berikut:

- (1) faktor individu (pengetahuan, sikap, dan komitmen) mempengaruhi pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus;
- (2) faktor organisasi (*decision making*, *kepemimpinan*) mempengaruhi pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus;
- (3) faktor *management* (*budaya*, *monitoring*) mempengaruhi pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus;
- 4) Penerapan pencegahan ulcus decubitus mempengaruhi kejadian tidak diharapkan.

5. Q Square predictive relevance

Dari gambar 4.2 dapat dihitung *Q-square predictive relevance* dengan melihat nilai R Square.

$$\begin{aligned}
 Q^2 &= 1 - (1 - R1^2)(1 - R2^2) \\
 &= 1 - (1 - 0,763)(1 - 0,504) \\
 &= 1 - (0,237)(0,496) \\
 &= 1 - 0,12 = 0,88 \text{ (88\%)}
 \end{aligned}$$

Q-square predictive relevance sebesar 88 % artinya model memiliki *predictive relevance* karena mendekati nilai 1.

5.2.10 Hasil Penelitian Tahap Kedua

Lokasi penelitian adalah di ruang rawat inap (Marwah 3, Marwah 4, Shofa 3, Shofa 4, dan ICU). Metode pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Haji adalah dengan metode tim primer. Dalam satu *shift* dinas terdapat 1-2 katim yang membawahi 2-3 perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan yang terbagi dalam tiap jaga (*shift*) dan bertanggungjawab terhadap 10-15 pasien.

Pelaksanaan uji coba model dilakukan mulai tanggal 1 November – 30 November 2018. Kegiatan *pre test* dilaksanakan pada 10 hari pengamatan dengan melakukan observasi terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus. Setelah itu memberikan pelatihan Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus kepada karu, katim, dan perawat pelaksana. Pelatihan diberikan selama 2 hari mulai tanggal 10-11 Oktober 2018. Untuk memaksimalkan pemahaman peserta diberikan modul oleh peneliti. Materi pelatihan terdiri dari konsep, teori, dan penerapan *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management*, ulcus decubitus. Setelah kegiatan pelatihan, peneliti memberikan evaluasi pemahaman peserta terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus. Untuk penerapan model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus dilaksanakan selama 4 minggu di 5 ruang rawat inap RSUD Haji yang melibatkan observasi terhadap pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus dan kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus). Selama 4 minggu dilakukan observasi dan pendampingan kegiatan pencegahan ulcus decubitus. Setelah 4 minggu penerapan model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship*

Behavior dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus, peneliti menilai pelaksanaan pencegahan ulcus decubitus berdasarkan persepsi perawat pelaksana dan mengobservasi serta mendokumentasikan kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) di ruang rawat inap.

4.2.1 Penerapan Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus

Perawat ruangan di 5 ruang rawat inap (Marwah 3, Marwah 4, Shofa 3, Shofa 4, dan ICU) diberikan pelatihan dan modul penerapan peningkatan *Patient safety* berbasis *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management* terhadap kejadian tidak diharapkan ulcus decubitus. Berikut adalah hasil *pre test* dan *post test* penerapan model.

Tabel 4.14 Hasil Penerapan Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (Ulcus Decubitus) di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Surabaya

No.	Pencegahan Ulcus Decubitus	Pre Test			Post Test		
		Baik f(%)	Cukup f(%)	Kurang f(%)	Baik f(%)	Cukup f(%)	Kurang f(%)
1	Pengkajian berbasis OCB & KM	16 (32%)	25 (50%)	9 (18%)	29 (58%)	21 (42%)	-
2	Intervensi berbasis OCB & KM	9 (18%)	31 (62%)	10 (20%)	26 (52%)	24 (48%)	-
3	Implementasi berbasis OCB & KM	8 (16%)	22 (44%)	20 (40%)	30 (60%)	20 (40%)	-
4	Evaluasi berbasis OCB & KM	10 (20%)	25 (50%)	10 (20%)	28 (56%)	22 (44%)	-

Hasil uji statistik penerapan model peningkatan *patient safety* berbasis *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management* terhadap kejadian tidak diharapkan ulcus decubitus dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.15 Hasil Analisis Perbedaan Kejadian Tidak Diharapkan Pada Pre dan Post test Dalam Penelitian Model Peningkatan *Patient Safety* Berbasis *Organizational Citizenship Behavior* dan *Knowledge Management* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Ulcus Decubitus Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Surabaya

No.	Variabel	Δ - SD	Z	Asymp. Sig (2-tailed)
1.	Kejadian tidak diharapkan	12,88 ± 1,55	6.162	0.000

Dari tabel 4.15 diatas dapat diketahui bahwa rata-rata jumlah kejadian yang tidak diharapkan sebelum intervensi adalah 85.1 % dan setelah intervensi adalah 72,2 %. Hasil analisis statistik tentang kinerja perawat dalam pencegahan ulcus decubitus terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) dengan menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan nilai signifikansi $p= 0.00$ lebih kecil dari nilai standar $\alpha = 0.05$ yang menunjukkan bahwa ada pengaruh penerapan model peningkatan *patient safety* berbasis *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management* terhadap kejadian tidak diharapkan (ulcus decubitus) di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Faktor individu: pengetahuan dan komitmen secara bermakna berpengaruh terhadap pencegahan *ulcus decubitus* berbasis *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management*.
2. Faktor organisasi: *Decision making* secara bermakna berpengaruh terhadap pencegahan *ulcus decubitus* berbasis *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management*.
3. Faktor manajemen: *Budaya organisasi dan monitoring* secara bermakna berpengaruh terhadap pencegahan *ulcus decubitus* berbasis *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management*.
4. Model pencegahan *ulcus decubitus* berbasis *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management* dipengaruhi oleh faktor individu, organisasi dan manajemen. Pencegahan *ulcus decubitus* berbasis *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management* dapat menurunkan secara signifikan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan. Pembelajaran dengan metode *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management* digunakan supaya perawat mampu belajar untuk berdiskusi, merumuskan, memutuskan suatu pengetahuan yang didapat sehingga mudah diterapkan pada kemampuan perawat pada pencegahan *ulcus decubitus*.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi RSUD Haji Surabaya

1. Membuat daftar urutan tenaga keperawatan yang akan mengikuti pendidikan berkelanjutan, pendidikan berkelanjutan, pelatihan atau seminar sebagai bentuk peningkatan pengetahuan terhadap staf keperawatan.
2. Penerapan modul pencegahan *ulcus decubitus* berbasis *organizational citizenship behavior* dan *knowledge management* dapat dilakukan pada kegiatan orientasi pada saat perawat tersebut pertama kali bekerja.
3. Adanya kegiatan *pre-conference* dan *post conference* secara rutin pada setiap pergantian dinas sebagai media informasi dan pengetahuan bagi perawat.
4. Adanya evaluasi dan supervisi secara kontinu agar perawat dapat melaksanakan kegiatan pencegahan *ulcus decubitus*.
5. Mengaktifkan komite keperawatan khususnya kredensialing terkait tindakan keperawatan.
6. Menginisiasi program PMKP secara proaktif yang memacu terwujudnya budaya kerja berorientasi pada keselamatan pasien
7. Mengadakan bimbingan dan pelatihan secara bertahap bagi perawat yang masih mempunyai masa kerja yang pendek dalam hal penerapan pedoman *patient safety* di rumah sakit.

7.2.2 Bagi Responden

1. Perawat pelaksana hendaknya menambah pengetahuan khususnya tentang keselamatan pasien baik melalui pendidikan berkelanjutan maupun melalui pelatihan atau seminar.
2. Mengaplikasikan instrumen manajemen resiko dalam menganalisis insiden keselamatan pasien di rumah sakit

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W 2007, *Sistem Manajemen Lingkungan Rumah Sakit*, Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Ahmad, M 2013, *Analisis Manajemen Mutu Terpadu (TQM) Dalam Pelayanan di Rumah Sakit*. [Online] Available at: <http://www.google.co.id/url?repository.ung.ac.id> [Accessed 18 June 2015].
- Aikend, A 2012, *Patient Safety – Paradigma Baru Layanan Medis*. [Online] Available at: <http://hmscfkmuh.wordpress.com/2012/01/19/patient-safety-paradigma-baru-layanan-medis/> [Accessed 7 November 2014].
- Ammenwerth, E 2011, Nursing process documentation systems in clinical Routine prerequisites and experiences, *International Journal of Medical Informatics* 64, page 187-200.
- Ardana, KI 2012, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Ed 1, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Arifin, NB 2010, *Belajar Mudah Riset Operasional*, Andi, Yogyakarta.
- Armstrong 2009, *Performance Management*. Tugu Publisher. Nyutran. Terjemahan.
- Asmuji 2014, *Manajemen Keperawatan: Konsep dan Aplikasi*, Ar-Ruzz Media, Jakarta.
- Austin, MJ 2013, *Safety in Numbers: The Development of Leapfrog's Composite Patient Safety Score for U.S. Hospitals*. *Safety in Numbers*, The Johns Hopkins University School of Medicine, Volume 9, page 750.
- Balle, M 2007, *Lean as a Learning System in a Hospital Ward*, ESG Consultants & Télécom Paris Anne Régnier, Hôpital Nord 92, http://www.superfactory.com/articles/Smalley_Basic_Stability.htm.
- Buchbinder, BS dan Shanks, HN 2014, *Buku Ajar Manajemen Pelayanan Kesehatan*, EGC, Jakarta.
- Chassin, MR, Mayer, C dan Nether, K 2015, Improving hand hygiene at eight hospitals in the United States by targeting specific causes of noncompliance, *Jt Comm J Qual Patient Safety* 41(1).
- Cherie, A 2005, *Nursing Leadership and Management*, Ethiopia Public Health Training Initiative.
- Christoher, SK, David, A, Spahlinger, MD, Jeanne M. Kin, JD, MHA, John E. dan Billi, MD, 2006, *Lean Health Care: What Can Hospitals Learn from a World-Class Automaker?*. *Journal of Hospital Medicine*, Vol. 1, Society of Hospital Medicine, page 4-12.

- Christoher, SK, David, A, Spahlinger, MD dan John, EB 2009, *Creating Value in Health Care : The Case for Lean Thinking*, JCOM. Desember, Vol. 16, No. 12.
- Churchman, Ackoff dan Arnoff 1957, *Operation Reseach Society of America*. T. Phillips.
- Cipto 2010, *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan, Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*, EGC, Jakarta.
- Cohen, L 1995, *Quality Function Deployment- How to Make QFD Work For You*, Addison: Wesley Publishing Company.
- Darmawan, D 2014, *Metode Penelitian Kuantitatif*, Remaja Rosdakarya, Bandung.
- DEPKES RI 2008, *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*, 2 edn, Bakti Husada, Jakarta.
- Dharma, KK 2011, *Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta : Trans Info Media.
- Ehtiyar, dkk. 2010. *The Role of Organizational Citizenship Behaviour On University student's Academic Success*. [online] available at hrcak.srce.hr:harcah.scre.h/file/96829 [accessed march, 6 2017]
- Furfari, K 2010, *The Lean hospital: What does it mean?* University of Colorado Hospital.
- Fursule, NV dan Bansod, SV 2012, *Understanding the Benefits and Limitations of Six Sigma Methodology. International Journal of Scientific and Research Publications*, 2(I).
- Grabam, M 2011, *Lean Hospital*. Boca Raton: CRC Press.
- Haming, M dan Nurnajamuddin, M 2014, *Manajemen Produksi Modern, Operasi Manufaktur Faktor dan Jasa*, Ed 3, Bumi Aksara, Jakarta.
- Hasibuan, SP 2014, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Bumi Aksara, Jakarta.
- Iskandar, H 2014, *Faktor Penyebab Penurunan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. 28, Suplemen No. 1, Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
- JCI, 2011, *Standart Akreditasi Rumah Sakit*, (G.Frelita, T. Situmorang, J. Oeswadi), Edisi ke-4, PT Gramedia, Jakarta Kementerian Kesehatan RI, 2010, *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien*. Jakarta, Kemenkes.
- Jiwanto, AE 2015, *Standarisasi Proses Layanan Terkait Keselamatan Pasien Melalui Pendekatan Lean Hospital di Rumah Sakit Petrokimia Gresik*, Tesis, Universitas Airlangga, Surabaya.

- KARS 2012, *Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi*, Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta.
- Kear, T 2014, *Patient safety culture in nephrology nurse practice settings: Initial findings*. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 459-475. Retrieved from <http://www.prolibra.ies.com/anna/?select=session&sessionID=3102>
- Kim, T. H, 2014, *Understanding the effect of knowledge management strategies on knowledge management performance : a contingency perspective*. *Information and Management*, 51(4), 398-416.
- Kurniadi, A 2013, *Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya, Teori, Konsep dan Aplikasi*, Jakarta, Badan Penerbit FKUI.
- Komalawati dan Veronica 2010, *Community dan Patient Safety Dalam Perspektif Hukum Kesehatan*, Jakarta.
- Lee, E. J, 2014, *Relationship Between Core Factor of Knowledge Management in Hospital Nursing Organization and Outcomes of Nursing Performance*. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3513- 3524.
- Liebowitz, J, 1999, *Knowledge management Handbook*. Boca Raton, CRC Press.
- Landrign, CP, Parry, GJ, Bones, J, Hackbarth, AD dan Goldman, DA, *Temporal Trend in Rates of Patient Harm Resulting From Medical Care*, *NEJM*, 2010 [diunduh 22 Juni 2012]; 363 (22); 2124-34 tersedia dari : <http://www.nejm.org>.
- Lestari, NP 2014, *Konsep Manajemen Keselamatan Pasien Berbasis Program Di RSUD Kapuas Provinsi Kalimantan Tengah*. [Online] Available at: <http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2014/01/Konsep-Manajemen-Keselamatan-Pasien-Berbasis-Program.pdf> [Accessed 20 June 2015].
- Marseno, R 2013, *Patient Safety (Keselamatan Pasien Rumah Sakit)*. [Online] Available at: <https://marsenorhudy.wordpress.com/2011/01/07/patient-safetiy-keselamatan-pasien-rumah-sakit/> [Accessed 24 March 2015].
- Mohammad, 2011. *Job Satisfaction and Organizational Citizenship Behaviour: An Empirical Study at Higher Learning Institution*. *Asian academy of Management Journal*, July Vol.16, No.2, 149-165
- Mulyadi 2010, *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen*, Jakarta: Salemba Empat.
- Muninjaya, GAA 2011, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Jakarta: EGC,
- Nasution 2015, *Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Management)*, Ghalia Indonesia, Jakarta.
- Ndraha, T 2012, *Pengantar Teori Pengembangan Sumber Daya Manusia*, Rineka Cipta, Jakarta.

- Nursalam 2015, *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan professional* edisi 5, Jakarta: Salemba.
- Nurwidia, 2012, *Analisis Faktor Yang berhubungan dengan tindakan asuhan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien di Ruang Rawat Inap RS Bhayangkara*, Thesis, Jakarta, Program Pasca Sarjana Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, FIK- UI
- Ott 2002, *Classic Reading in Organizational Behavior*, Second Edition, Wadworth Publishing Company. Woshington: An International Thomson Publishing Company.
- Okaisu, ME 2014, *Improving the quality of nursing documentation: An action research project*, AOSIS Open Journals, 03 Dec. 2014.
- Pabuti dan Aumas, 2011, *Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien (KP) Rumah Sakit*. Proceedings of expert lecture of medical student of Block 21st of Andalas University, Indonesia
- Patricia, M, Schwirian, PhD, RN 2010, . *Documentation and record keeping The Ohio State University College of Nursing* 1585 Neil Avenue - Columbus, OH 43210.
- PERMENKES RI 2011, Nomor 1691, *Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*, Bakti Husada, Jakarta.
- PERMENPAN RI 2012, *Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan*, Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia, Jakarta.
- Potter, PA dan Perry, AG 2009, *Fundamental Keperawatan (terjemahan)*. Penerbit Salemba Medika, Jakarta.
- Prihantoro, R 2014, *Konsep Pengendalian Mutu*, Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Pronovoust, P 2015, *Sustaining and Spreading Improvement in Hand Hygiene Compliance. Classic Reading in Organizational Behavior* The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, Vol. 41. No. 01.
- Ramdhani dan Neila 2011, *Active Learning and Softskill*, www.neila.staff.ugm.ac.id.
- Ravandi, S. N, 2014 *Analysis and evaluation of the world's top hospital portals from the perspective of internet- based knowledge management ,pde*; retrivied from K-ACT model. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 147, 47-55.
- Reich, B. H, 2014 *Knowledge management Impact Performance in Project: An Empirical Study*. *International Jurnal of Project Management*, 32(4), 590-602.
- Ristekdikti, 2015 Modul Pelatihan Untuk Pelatih Keselamatan Pasien. Jakarta : Kolaborasi Bidang Pendidikan Proyek Pengembangan Pusat Pendidikan & Penelitian dan Dua Rumah Sakit Pendidikan Dirjen Pembelajaran, Kemahasiswaan Kemenristekdikti Indonesia.

- Riniwati, H 2011, *Mendongkrak Motivasi dan Kinerja, Pendekatan Pemberdayaan SDM*, Universitas Brawijaya Press, Malang.
- RSU Haji Surabaya 2013, Peraturan Direktur RSU Haji Surabaya Nomor: 02 Tentang Pedoman Umum Tata Naskah Dinas Di Lingkungan RSU Haji Surabaya.
- Sari dan Irine, D 2010, *Manajemen Pemasaran Usaha Kesehatan*, Nuha Medika, Jogjakarta.
- Sabarguna, SB 2011, *Buku Pegangan Mahasiswa Manajemen Rumah Sakit*, Jilid 1, Sagung Seto, Jakarta.
- Setiarso, B, 2012, *Penerapan Knowledge management Pada Organisasi*. Yogyakarta, Graha.
- Setyarini, AE 2013, *Kepatuhan Perawat Melaksanakan Standar Prosedur Operasional: Pencegahan Pasien Risiko Jatuh di Gedung Yosef 3 Dago dan Surya Kencana Rumah Sakit Borromeus*, Bandung. *Jurnal Kesehatan STIKes Santo Borromeus*.
- Sintaasih, 2011, *Knowledge management dan Peran strategic Patner SDM: Pengaruhnya Terhadap Perencanaan Strategik dan Kinerja Organisasi*, *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*, Vol. 13 no 1, Maret 2011 hal 17-31
- Sulistiyani, TA dan Rosidah, 2013, *Manajemn Sumber Daya Manusia, konsep Teori dan Pengembangan dalam kontek Organisasi Publik*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Sulni, AY 2013. *Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Loyalitas Pasien di Puskesmas Baranti Kabupaten Sindrap*, Tesis, Universitas Hasanudin, Makasar.
- Tjiptono, F dan Chandra 2011, *Service, Quality and Satisfaction*, Ed 3, Andi, Yogyakarta.
- WHO 2004, *Ethical Issues in Patient Safety Research*, Geneva, Switzerland: WHO Press.



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RSU HAJI SURABAYA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")
No. 073/ 31 /KOM.ETIK/2018**

PANITIA KELAIKAN ETIK RSU HAJI SURABAYA TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA PROPOSAL PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN BERJUDUL:

**"MODEL PENINGKATAN PATIENT SAFETY BERBASIS
ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP BEHAVIOR DAN
KNOWLEDGE MANAGEMENT TERHADAP KEJADIAN
TIDAK DIHARAPKAN (ULCUS DECUBITUS)
DI RUMAH SAKIT"**

PENELITI : Dr. TRI JOHAN AGUS YUSWANTO ,SKp.MKep
INSTITUSI : POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
TEMPAT : RSU Haji Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 25 Oktober 2018

Ketua



Dr. KEL MAHMUD, SpOG(K-FER)

NIP. 19670810 199703 1 004

RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA
BIDANG PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

NOTA DINAS

Kepada : Yth. Ka. Bidang Keperawatan
Dari : Kepala Bidang Diklit RSUD Haji Surabaya
Tanggal : 2 November 2018
Nomor : 070/224 / 05.2/2018
Lampiran : -
Perihal : Penghadapan Mahasiswa Penelitian

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Berdasarkan pemohonan (ijin penelitian yang disetujui oleh Ka. Komite Etik RSUD Haji Surabaya pada tanggal 25 Oktober 2018, bersama ini kami hadapkan,

Nama Peneliti : Dr. Tri Johan Agus Y,SKp,MKep
Naya Ernawati, SKepNs,MKep
Instansi : Dosen Poltekkes Kemenkes Malang
Judul : Model Peningkatan Patient Safety Berbasis Organizational
Citizenship Behavior dan Knowledge Management
Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (Ulcer Decubitus)
di Rumah Sakit

Untuk melaksanakan penelitian di unit kerja saudara mulai tanggal 5 November 2018 s.d 4 Desember 2018. Untuk kebenaran data serta memantau pelaksanaan penelitian tersebut, dimohon memberikan tanda tangan pada lembar monitoring bagi pemberi data dan pembimbing di unit kerja.

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Kepala Bidang Diklit



dr. ABDUL ROHIM, SpA
NIP. 19660314 199509 1 001

Tembusan Yth.
1. Ka. Instalasi Rawat Inap

LAMPIRAN

PENJELASAN MENJADI RESPONDEN

Teman sejawat yang terhormat,

Saya, Dr. Tri Johan Agus Yuswanto, S. Kp, M. Kep, Dosen Poltekkes Kemenkes Malang. Dalam rangka kegiatan penelitian saya menyebarkan kuesioner penelitian tentang “**Model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus**”.

Penelitian diawali dengan menyebarkan kuesioner kepada rekan-rekan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pencegahan ulcus decubitus. Hasil yang diperoleh dari rekan-rekan, merupakan masukan yang dapat digunakan untuk mencegah ulcus decubitus.

Demikian penjelasan ini, apabila rekan sejawat menyetujui, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab semua pertanyaan yang telah disiapkan. Atas kesediaan dan kerja samanya, saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, 2018

Peneliti

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden

**INFORMED CONSENT PERAWAT PELAKSANA
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)**

Yang bertandatangan dibawah ini :

No.Responden :.....
Ruangan :.....
Umur :.....
JenisKelamin:.....
Pekerjaan :.....
Alamat :.....

Telahmendapatketerangansecaraterincidanjelasmengeai :

1. Penelitian yang berjudul “modelpeningkatan *patient safety*berbasis *Organizational Citizenship Behaviour dan Knowledge Management*terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus”
2. Perlakuan yang akanditerapkanpadasubyek
3. Manfaatikutsebagaisubyekpenelitian
4. Bahaya yang akantimbul
5. Prosedur penelitian

Danprosedurpenelitianmendapatkesempatanmengajukanpertanyaanmengeaisegalasesuatu yang berhubungandenganpenelitianantersebut.Olehkarenaitusayabersedia/tidakbersedia*) secarasukarelauntukmenjadisubyekpenelitiandenganpenuhkesadaransertatanpaket erpaksaan.

Demikianpernyataaninisayabuatkandenganebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Surabaya, 2018

Peneliti,

Responden,

Dr. Tri Johan Agus

.....

Saksi,Saksi,

.....

.....

*) Coretsalahsatu

Lampiran 3 Data Demografi Responden

PENGUMPULAN DATA DEMOGRAFI (PERAWAT)

No. Responden :

Tgl Pengisian :

Petunjuk :

1. Saudara tidak perlu menuliskan nama.
2. Berikan jawaban sejujurnya, karena kejujuran anda sangat penting dalam penelitian ini.
3. Saudara dipersilakan memilih salah satu jawaban yang tersedia dengan memberikan tanda (√) pada kotak jawaban yang tersedia.
4. Usahakan agar tidak ada satu jawaban yang terlewatkan.
5. Anda sepenuhnya bebas menentukan pilihan.
6. Setelah semua diisi mohon diserahkan kembali kepada peneliti.

DATA DEMOGRAFI

1. Umur :..... Tahun

2. Jenis Kelamin:.....

3. Lama bekerja di RSUD Haji Surabaya.....Tahun

4. Pendidikan Terakhir.....

Lampiran 4

KUESIONER PENGETAHUAN

Petunjuk : berilah tanda (x) pada pernyataan yang dianggap benar

1. Skala Pengkajian Factor Resiko Ulcus Decubitus yang digunakan di RS Haji

Surabaya adalah :

- a. **Skala Norton**
- b. Skala Humpty Dumpty
- c. Skala Breiden
- d. Skala Up & Go

2. Berikut Faktor-faktor yang tidak mempengaruhi pembentukan ulkus dekubitus

- a. Perubahan tingkat kesadaran
- b. Gips, traksi , alat ortotik, dan peralatan lain
- c. **Tingkat pendidikan**
- d. Kelembaban kulit

3. Luka Merah pada ulcus decubitus dikategorikan pada fase :

- a. Fase Luka nekrotik
- b. Fase penyembuhan:
- c. **Fase penyembuhan aktif dan bersih**
- d. Luka yang disertai eksudat

4. Yang bukan dasar penyebab ulcus decubitus adalah

- a. intensitas tekanan
- b. durasi
- c. besarnya tekanan
- d. **Toleransi jaringan**

5. manifestasi klinis dekubitus grade 1

- a. Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya
- b. Lukanya superficial, abrasi, melepuh
- c. **Sensibilitas baik sehingga** penderita akan mengeluh nyeri
- d. Luka terlihat seperti lubang yang dalam

6. Pemeriksaan Diagnostik yang diperlukan untuk ulcus decubitus adalah

a. **Albumin** serum

b. gula darah

c. HbA1c

d. trombosit

7. Yang dapat dilakukan untuk mencegah ulcus decubitus adalah, kecuali

a. Higiene dan perawatan kulit

b. Pengaturan posisi

c. Kasur dan tempat tidur terapeutik

d. **Pemberian antibiotik**

8. Standar perubahan posisi untuk mencegah ulcus decubitus

a. 4-5 jam

b. 1-2 jam

c. **1,5-2 jam**

d. 203 jam

9. Tujuan terapi massage ulcus decubitus adalah

a. **meningkatkan** vaskularisasi sehingga membantu penyembuhan ulkus

b. Pengaturan diet

c. Menurunkan dan mengatasi infeksi

d. salah semua

10. upaya untuk merangsang dan membantu pembentukan jaringan granulasi dan epitelisasi kecuali

a. Bahan-bahan topikal: salep asam salisilat 2%,

b. Oksigen hiperbarik

c. preparat seng (ZnO, ZnSO₄).

d. **Antibiotik sistemik**

Lampiran 5

Petunjuk : Beri tanda silang (X) pada kolom tanggapan, sesuai dengan pernyataan yang ada:

1. Tidak setuju
2. Kurang setuju
3. Setuju
4. Sangat setuju

1. Kuesioner kepemimpinan

No.	Kepemimpinan organisasi	SS	S	TS	STS
1.	Pimpinan ruangan di ruangan ini umumnya bertindak sebagai mentor, fasilitator.				
2.	Pimpinan di ruang ini umumnya memiliki cara berfikir kreatif inovatif				
3.	Pimpinan di ruang ini umumnya fokus pada hasil kerja dan bersifat agresif				
4.	Pimpinan di ruang ini umumnya berkoordinasi, pengorganisasian, atau bertindak efisiensi.				

2. Komitmen

Indikator rasa kepemilikan

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya berusaha untuk mengerahkan segala upaya untuk memajukan ruang rawat inap ini				
2.	Saya merasa bangga sebagai perawat atas segala yang saya capai di ruang ini				

Indikator rasa keterkaitan

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya akan menyelesaikan tugas yang diberikan di ruang rawat inap ini dengan penuh tanggung jawab				
2.	Ruang rawat ini member peluang bagi saya untuk mengembangkan karier				

Indikator percaya pada pimpinan

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya senantiasa menyetujui segala kebijakan dan kepemimpinan di ruang rawat ini				
2.	Kepemimpinan di ruang rawat ini menjadi inspirator anda dalam bekerja				

Indikator kesesuaian nilai

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya menemukan nilai-nilai yang saya yakini sama dengan yang diterapkan di ruang ini				
2.	Saya merasa peduli dengan keberlangsungan ruang rawat ini				

3. Sikap

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya senang dengan tugas pokok saya sebagai perawat di ruang ini				
2.	Saya senang atau menyukai tugas tambahan yang diberikan diluar tugas pokok saya				
3.	Saya senang bekerja sama dengan perawat disini				
4.	Saya senang dengan fasilitas, sarana dan prasarana yang ada di ruang ini				

KUESIONER *DECISION MAKING*

Petunjuk pengisian pada kolom tanggapan.

- STS = Sangat Tidak Setuju
- TS = Tidak Setuju
- S = Setuju
- SS = Sangat Setuju

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Saya menyukai atau senang bila atasan memberikan kepercayaan untuk setiap keputusan perawatan pasien yang menjadi tanggung jawab saya saat ini				
2	Saya menyukai, senang dengan gaya atasan yang memberikan keputusan secara cepat				
3	Saya menyukai berdiskusi ttg keputusan melakukan satu tindakan perawatan dengan teman senior /sesama perawat disini				
4	Saya menyukai, senang dengan masukan dari atasan tentang pekerjaan saya				

KUESIONER BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Silahkan nyatakan kesetujuan atau tidak kesetujuan Anda terhadap pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda *checklist* (✓) pada pendapat yang sesuai dengan keadaan Anda

Kode	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju	*Diisi Pene-liti
1	Kami sesama staf di unit ini saling mendukung satu sama lain					
2	Kami memiliki jumlah staf yang cukup untuk menangani beban kerja yang berat di unit ini					
3	Jika banyak pekerjaan yang harus diselesaikan dengan cepat, kami saling bekerja sama sebagai tim					
4	Saya merasa setiap orang di unit ini saling menghargai satu sama					

Kode	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju	*Diisi Peneliti
	lain					
5	Tenaga kesehatan di unit ini bekerja sampai lembur untuk melayani pasien					
6	Dalam unit ini kami secara aktif melakukan kegiatan untuk keselamatan pasien (sosialisasi, diskusi, bertukar informasi, diskusi mengenai keselamatan pasien)					
7	Unit ini sering menggunakan tenaga honorer/cadangan untuk melayani pasien					
8	Bila melakukan kesalahan dalam melayani pasien kami merasa kesalahan tersebut akan memojokkan/ mengancam kami					
9	Kesalahan yang terjadi di unit ini dijadikan pemicu untuk perubahan kea rah yang lebih baik					
10	Jika ada insiden keselamatan pasien yang terjadi di unit ini adalah suatu hal yang kebetulan					
11	Bila suatu area di unit ini sibuk, maka tenaga kesehatan di area lain akan membantu					
12	Bila suatu insiden keselamatan pasien dilaporkan, maka akan menjadi fokus pembicaraan adalah orang yang berbuat salah, bukan pada masalah yang terjadi					
13	Setelah kami melakukan pelayanan kepada pasien demi keselamatan pasien,					

Kode	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju	*Diisi Peneliti
	maka kami senantiasa mengevaluasi keefektifan pelayanan					
14	Kami merasa pada unit kami bekerja dalam “model krisis” dimana kami harus melakukan banyak pekerjaan dengan terburu-buru dalam melayani pasien					
15	Staf di unit kami tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien dengan alasan banyak pekerjaan					
16	Kami merasa khawatir kesalahan yang kami buat akan dicatat di dokumen pribadi kami oleh pemimpin					
17	Kami memiliki masalah mengenai keselamatan pasien di unit ini					
18	Prosedur dan sistem kami sudah baik dalam mencegah terjadinya kesalahan/ <i>error</i>					

Lampiran 6 Kuesioner pencegahan ulcus decubitus

**KUESIONER PENINGKATAN *PATIENT SAFETY* BERBASIS
ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP BEHAVIOR (OCB) DAN
KNOWLEDGE MANAGEMENT TERHADAP KEJADIAN TIDAK
DIHARAPKAN (*ULCUS DECUBITUS*)**

No Responden :..... (diisi oleh Peneliti)

Tanggal pengisian :.....

Petunjuk Pengisian

- 1) Beri tanda centang (√) pada kolom yang Saudara anggap sesuai dengan pendapat Saudara
- 2) Tuliskan kritik dan saran Saudara terhadap model peningkatan *patient safety* berbasis *Organizational Citizenship Behaviour* dan *Knowledge Management* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ulcus decubitus.
- 3) Petunjuk pengisian:
 1. TP = tidak pernah dilaksanakan
 2. K = kadang-kadang apabila kadang melakukan dan sering tidak melakukan
 3. S = sering dilaksanakan, apabila sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang-kadang tidak melakukan
 4. SS = selalu dilaksanakan

PENCEGAHAN ULCUS DECUBITUS	TP	K	S	SS
Pengkajian Fase <i>knowledge identification</i> 1. Mendapatkan informasi dan orientasi tentang pengkajian luka ulcus decubitus.				
Fase <i>knowledge application</i> 2. Melakukan crosscek terhadap kondisiluka ulcus decubitus, perawatan yang diberikan dan obat ulcus decubitus sesuai advis/lembar observasi.				

<p>Fase <i>knowledge transfer and sharing</i> 3. Perawat melakukan komunikasi dan memberikan informasi dengan teman sejawat terkait pengkajian luka ulcus decubitus</p>				
<p>Fase <i>knowledge repositioning</i> 4. RS memiliki format dan petunjuk teknis dokumentasi perawatan luka ulcus decubitus</p>				
<p>Penerapan OCB dalam fase pengkajian 5. Saya merasa senang hati membantu rekan kerja yang tidak masuk dalam melakukan pengkajian luka ulcus decubitus tanpa mengharap imbalan 6. Saya bertanggung jawab dalam melakukan pengkajian luka ulcus decubitus tepat waktu 7. Saya mengingatkan rekan perawat lain dalam melakukan pengkajian luka ulcus decubitus 8. Saya senantiasa berdiskusi dengan tim dalam perawatan luka ulcus decubitus 9. Saya tidak pernah mengeluh terhadap kebijakan penanganan luka ulcus decubitus 10. Saya tertarik untuk mencari informasi baru terkait perawatan luka ulcus decubitus</p>				
<p>PERENCANAAN Fase <i>knowledge identification</i> 11. Perawat mendapatkan informasi dan orientasi tentang perencanaan perawatan dan obat untuk luka ulcus decubitus</p>				
<p>Fase <i>knowledge application</i> 12. Perawat melakukan validasi akurasi kelengkapan resep untuk obat ulcus decubitus 13. Perawat melakukan penjadwalan perawatan luka ulcus decubitus</p>				
<p>Fase <i>knowledge transfer and sharing</i> 14. Perawat melakukan sosialisasi dan komunikasi dengan teman sejawat terkait perencanaan perawatan luka ulcus decubitus</p>				
<p>Fase <i>knowledge repositioning</i> 15. RS memiliki Petunjuk Teknis perawatan luka ulcus decubitus dan format Dokumentasi</p>				

<p>Penerapan OCB dalam fase perencanaan</p> <p>16. Saya merasa senang hati membantu rekan kerja dalam membuta perencanaan perawatan luka ulcus decubitus tanpa mengharap imbalan</p> <p>17. Saya bertanggung jawab dalam melakukan perencanaan perawatan luka ulcus decubitus yang tepat kepada pasien</p> <p>18. Saya mengingatkan rekan perawat lain dalam melakukan perencanaan perawatan luka ulcus decubitus</p> <p>19. Saya bersedia sharing ilmu dalam membuat perencanaan perawatan luka ulcus decubitus</p> <p>20. Saya tidak pernah mengeluh dalam membuat perencanaan perawatan luka ulcus decubitus</p>				
<p>IMPLEMENTASI</p> <p>Fase <i>knowledge identification</i></p> <p>21. Mendapatkan informasi dan orientasi tentang perawatan luka ulcus decubitus</p>				
<p>Fase <i>knowledge application</i></p> <p>22. Perawat mencuci tangan sebelum/ sesudah tindakan keperawatan</p> <p>23. Perawat memakai sarung tangan pada saat memberikan perawatan pada pasien</p> <p>24. Perawat mengecek kesesuaian perawatan dan pemberian obat ulcus decubitus dengan medical record</p> <p>25. Perawat menanyakan identitas pasien kembali saat akan melakukan perawatan luka ulcus decubitus</p> <p>26. Perawat menjelaskan tujuan perawatan luka</p> <p>27. Perawat mengecek kebenaran cara perawatan luka dan obat yang diberikan</p> <p>28. Perawat melakukan observasi terhadap efek yang ditimbulkan dari perawatan luka ulcus decubitus</p>				
<p>Fase <i>knowledge transfer and sharing</i></p> <p>29. Perawat melakukan komunikasi dengan teman sejawat terkait perawatan luka ulcus decubitus</p>				

<p>Fase <i>knowledge repositioning</i> 30. RS memiliki SOP perawatan luka ulcus decubitus dan mendokumentasikan dalam format perawatan luka ulcus decubitus</p>				
<p>Penerapan OCB dalam fase implementasi 31. Saya melakukan perawatan luka ulcus decubitus dengan senang hati 32. Saya bersedia lembur dalam menyelesaikan tugas saya 33. Saya melakukan perawatan ulcus decubitus sesuai jadwal perawatan atau lebih awal 34. Saya tidak pernah mengeluh dalam perawatan luka ulcus decubitus 35. Saya berani mengambil resiko dari tindakan yang saya berikan kepada pasien</p>				
<p>EVALUASI Fase <i>knowledge identification</i> 36. Mendapatkan informasi dan orientasi tentang prosedur dan tata cara dalam evaluasi luka ulcus decubitus</p>				
<p>Fase <i>knowledge application</i> 37. Perawat melakukan observasi terhadap efek yang ditimbulkan dari perawatan dan pengobatan luka ulcus decubitus 38. Perawat mengobservasi kembali efektifitas dan efek samping dari perawatan dan obat yang sudah diberikan pada luka ulcus decubitus</p>				
<p>Fase <i>knowledge transfer and sharing</i> 39. Perawat melakukan komunikasi dengan teman sejawat terkait evaluasi perawatan luka ulcus decubitus</p>				
<p>Fase <i>knowledge repositioning</i> 40. RS menyediakan format dokumentasi perawatan luka ulcus decubitus</p>				
<p>Penerapan OCB dalam fase evaluasi 41. Saya senantiasa melakukan evaluasi terkait perkembangan kondisi luka ulcus deccubitus pada pasien 42. Saya melakukan tugas saya dengan penuh tanggung jawab 43. Saya memiliki ide untuk kemajuan perawatan luka ulcus decubitus yang lebih baik 44. Saya selalu mempertimbangkan hal-hal terbaik untuk kemajuan perusahaan kedepannya</p>				

45. Jika rumah sakit memiliki kebijakan baru dan tidak sesuai dengan pendapat Anda. Anda akan menyesuaikan diri dan melaksanakan kebijakan tersebut				
---	--	--	--	--