

**PENGARUH SUPERVISI TERHADAP PERILAKU PERAWAT
DALAM MENERAPKAN *PATIENT SAFETY* DI INSTALASI
RAWAT INAP RSUD TUGUREJO**

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



Oleh

DIAN EKA SOLEHATI

22020113120022

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS DIPONEGORO

SEMARANG, MARET 2017

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Proposal Skripsi yang berjudul :

**PENGARUH SUPERVISI TERHADAP PERILAKU PERAWAT DALAM
MENERAPKAN *PATIENT SAFETY* DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD
TUGUREJO**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Dian Eka Solehati

NIM : 22020113120022

Telah disetujui sebagai usulan penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk di review

Pembimbing,



Ns. Yuni Dwi Hastuti, S.Kep.,M.Kep.
NIP. 19870626 201504 2 003

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa Proposal Skripsi yang berjudul :

PENGARUH SUPERVISI TERHADAP PERILAKU PERAWAT DALAM MENERAPKAN *PATIENT SAFETY* DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD TUGUREJO

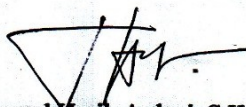
Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Dian Eka Solehati

NIM : 22020113120022

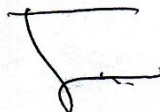
Telah diuji pada tanggal 30 Maret 2017 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk melakukan penelitian

Penguji I,



Muhammad Hasib Ardani, S.Kp., M.Kes
NIP. 19741218 201012 1 001

Penguji II,



Sarah Ulliya S.Kp., M.Kes
NIP. 19770126 200112 2 001

Penguji III,



Ns. Yuni Dwi Hastuti, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19870626 201504 2 003

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal skripsi dengan judul **“PENGARUH SUPERVISI TERHADAP PERILAKU PERAWAT DALAM MENERAPKAN *PATIENT SAFETY* DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD TUGUREJO”**. Shalawat serta salam tidak lupa peneliti junjungkan kepada Nabi besar Muhammad SAW beserta seluruh keluarga dan sahabatnya.

Tidak lupa kepada pihak-pihak yang telah membantu baik moril maupun materil sehingga proposal skripsi ini dapat terselesaikan. Oleh karena itu peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
2. Sarah Ulliya S.Kp., M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
3. Ns. Yuni Dwi Hastuti, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing skripsi yang telah memberikan saran, motivasi, dukungan, waktu, kesabaran dan arahan selama proses penyelesaian proposal skripsi
4. Bapak Muslim dan Ibu Suriah selaku orang tua, Adik tercinta Hanan Adhwa Mutia, eyang Maini, dan keluarga besar yang selama ini memberikan kasih sayang, dukungan, motivasi, materi tiada henti, doa yang tulus dalam penyusunan proposal skripsi ini

5. Sahabat-sahabat terbaik Fatin, Meta, Revi, Imang, Efil, Nurul, Mba Desi, Mba Nurul W, Sinta dan teman satu dosen pembimbing Desnya, Aulia, Kartika terima kasih atas kebersamaan, kekeluargaan, dukungan, bantuan, semangat dan doanya
6. Teman-teman seluruh angkatan 2013 yang tidak bisa disebutkan satu persatu. Terima kasih kebersamaan serta semangat dan dukungannya selama proses penyusunan proposal skripsi
7. RSUD Tugurejo. Terimakasih telah memberikan ijin studi pendahuluan untuk pengambilan data awal skripsi dan bersedia memberikan informasi terkait penelitian skripsi
8. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan proposal skripsi ini

Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan proposal skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan. Kritik dan saran dari pembaca sangat peneliti harapkan. Semoga proposal skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Semarang, Maret 2017

Dian Eka Solehati

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	11
1. Tujuan Umum	11
2. Tujuan Khusus	11
D. Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori	13
1. Konsep Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety</i>)	13
2. <i>International Patient Safety Goals</i>	16
3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perawat Menerapkan Keselamatan Pasien.....	19
4. Konsep Perilaku	21
5. Konsep Supervisi	27
6. Alat Ukur Supervisi	34

B. Kerangka Teori	35
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep.....	36
B. Hipotesis Penelitian.....	36
C. Jenis dan Rancangan Penelitian	37
D. Populasi dan Sampel Penelitian.....	38
1. Populasi.....	38
2. Sampel.....	38
a. Teknik Sampling.....	38
b. Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi	38
c. Besar Sampel.....	39
E. Tempat dan Waktu Penelitian	40
1. Tempat Penelitian.....	40
2. Waktu Penelitian	40
F. Variabel Penelitian, Definsi Operasional, dan	
Skala Pengukuran	43
G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data	48
1. Instrumen Penelitian.....	48
2. Metode Pengumpulan data.....	53
H. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	55
1. Teknik Pengolahan Data	55
2. Analisis data	57
I. Etika Penelitian	58
DAFTAR PUSTAKA	61
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1	Pembagian Sampel di Ruang Rawat Inap	40
2	Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Ukur	43
3	Kisi-Kisi Kuesioner Supervisi	49
4	Kisi-Kisi Kuesioner Perilaku Perawat dalam Menerapkan <i>Patient Safety</i>	49
5	<i>Coding</i> Data Penelitian	55

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1	Kerangka Teori	35
2	Kerangka Konsep	36

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Keterangan
1	Surat Pengantar Pengkajian Data Awal
2	Surat Ijin Studi Pendahuluan
3	Surat Ijin Penggunaan Kuesioner
4	Lembar <i>Informed Consent</i> dan Instrumen Penelitian
5	Lembar Konsultasi

DAFTAR SINGKATAN

KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KPC	: Kejadian Potensial Cedera
IOM	: Institute of Medicine
WHO	: <i>World Health Organization</i>
AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
KKP-RS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
JCI	: <i>Joint Commission International</i>
IPSG	: <i>International Patient Safety Goals</i>
PERSI	: Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia
KARS	: Komisi Akreditasi Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SOP	: Standar Operasional Prosedur
KASIE	: Kepala Seksi
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

CDC	: <i>Centers for Disease Control</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
KB	: Keluarga Berencana
UPF	: Unit Pelaksana Fungsional
PP	: Perawat Primer
PA	: Perawat <i>Associate</i>
MCSS	: <i>The Manchester Clinical Supervision Scale</i>
HCU	: <i>High Care Unit</i>
PICU	: <i>Pediatric Care Unit</i>
NICU	: <i>Neonatal Intensive Care Unit</i>
CVR	: <i>Content Validity Ratio</i>
CVI	: <i>Content Validity Index</i>
LASA	: <i>Look Alike and Sound Alike</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) merupakan komponen dasar dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi.¹ Keselamatan pasien menjadi hak bagi setiap pasien yang menerima pelayanan kesehatan di rumah sakit. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko sehingga diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.² Hal ini untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien.

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden yaitu setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Potensial Cedera (KPC).³ Setelah tanggal 29 November 1999 Institute of Medicine (IOM) merilis sebuah laporan yang berjudul "*To Err is Human: Building a Safer Health System*" keselamatan pasien yang sampai saat ini menjadi perhatian khusus baik skala nasional

maupun internasional, laporan tersebut menyatakan bahwa di Utah dan Colorado ditemukan kejadian tidak diharapkan (KTD) sebesar 2,9% dimana 6,6% diantaranya meninggal, sedangkan di New York KTD adalah sebesar 3,7% dengan angka kematian 13,6%.⁴⁵

World Health Organization (WHO) pada tahun 2014 menyatakan bahwa di Negara maju sebanyak satu dari 10 pasien dirugikan saat menerima perawatan kesehatan di rumah sakit.⁶ Selain itu di seluruh Amerika Serikat angka kematian akibat KTD pasien rawat inap yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000-98.000 sebagai akibat dari kesalahan medis yang dapat dicegah, dan lebih banyak warga meninggal karena kesalahan medis daripada kecelakaan, kanker payudara, *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS).⁴⁵

Menurut KKP-RS, laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia pada tahun 2010 berdasarkan propinsi ditemukan propinsi Jawa Timur menempati urutan tertinggi yaitu 50% diantara lima propinsi lainnya (Jawa Tengah 33,4%, DKI Jakarta 5,6%, Banten 5,6%, Sumatera Selatan 2,7%, dan Sulawesi Selatan 2,7%), berdasarkan status pelayanan laporan insiden terbanyak terjadi pada pasien rawat inap yaitu 70,6%, kemudian pelaporan insiden KTD lebih banyak ditemukan yaitu 75% dibandingkan insiden KNC 25%.⁷

Pada tahun 2011, *Joint Commission International* (JCI) mengimplementasikan program *International Patient Safety Goals* (IPSG) untuk membantu akreditasi organisasi pada area spesifik yang menjadi pusat

perhatian dalam hal keselamatan pasien. Tujuan dari IPSP adalah untuk mempromosikan perbaikan khusus di bidang keselamatan pasien, memperhatikan masalah bidang kesehatan, dan menemukan solusi mengatasi permasalahan berdasarkan bukti dan para ahli.⁸ IPSP ini terdiri dari 6 sasaran yaitu mengidentifikasi pasien dengan benar; meningkatkan komunikasi efektif; meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai; memastikan benar lokasi operasi, benar prosedur, dan benar pasien; mengurangi resiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan mengurangi resiko cedera pasien akibat terjatuh.⁹

Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) mengambil inisiatif mengajak semua pihak *stakeholder* rumah sakit untuk memperhatikan keselamatan pasien dengan membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) pada Juni 2005, sejalan dengan itu KKP-RS menyusun panduan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) menyusun standar keselamatan pasien rumah sakit. Seiring berjalannya waktu selama akreditasi sudah terdapat pelaporan insiden keselamatan pasien kepada KKP-RS.²

Pelayanan keperawatan memiliki peranan penting dalam meningkatkan kualitas dan keselamatan pasien yang baik di rumah sakit.¹⁰ Keselamatan pasien bagi perawat tidak hanya merupakan pedoman tentang apa yang harus dilakukan namun sebagai komitmen yang tertuang dalam kode etik perawat untuk memberikan pelayanan yang aman dan sesuai dengan kompetensi.¹¹ Meskipun terdapat dalam kode etik keperawatan, insiden pelanggaran

keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat berdasarkan laporan KKP-RS masih menempati urutan tertinggi yaitu 58,4% dari tenaga medis lainnya.⁷

Beberapa pelanggaran keselamatan yang dilakukan perawat diantaranya adalah hasil penelitian yang dilakukan oleh Yudhawati & Listiowati menyatakan bahwa penyebab terjadinya insiden 46% berkaitan dengan salah identifikasi dilakukan oleh perawat.¹² Hasil penelitian Cheragi *et al* menunjukkan bahwa kesalahan pengobatan 64,55% dilakukan oleh perawat.¹³ Penelitian oleh Parsinahingsih & Supratman menunjukkan bahwa masih terdapat perawat yang melakukan cuci tangan kurang sempurna, perawat yang memakai alat perlindungan diri kurang, perawat mengelola jarum dan alat tajam kurang, serta masih ada perawat yang kurang sempurna dalam mengelola limbah sanitasi ruangan.¹⁴ Laporan KKP-RS tahun 2010 terdapat 27,8% insiden jatuh di Indonesia.⁷ Berdasarkan fenomena tersebut terlihat bahwa penerapan keselamatan pasien oleh perawat masih belum optimal.

Penerapan keselamatan pasien dipengaruhi oleh faktor perilaku perawat. Menurut teori Gibson terdapat tiga variabel yang dapat mempengaruhi perilaku perawat yaitu variabel individu, variabel psikologi, dan variabel organisasi. Variabel individu meliputi kemampuan dan ketrampilan, latar belakang, dan demografis. Variabel psikologi meliputi persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Variabel organisasi meliputi sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, desain pekerjaan, dan supervisi.^{15 16 17 18}

Perilaku penerapan keselamatan pasien oleh perawat dapat ditingkatkan melalui kegiatan supervisi pelayanan keperawatan. Supervisi merupakan

pengamatan secara langsung dan berkala oleh “atasan” terhadap pekerjaan yang dilakukan “bawahan” untuk kemudian bila ditemukan masalah, segera diberikan bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya.¹⁹ Supervisi pelayanan keperawatan adalah kegiatan interaksi dan komunikasi antar *supervisor* dengan perawat pelaksana, dimana perawat tersebut menerima bimbingan, dukungan, bantuan dan dipercaya sehingga perawat dapat meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan kesehatan.^{20 21} Supervisi memiliki pengaruh besar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.²²

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Amsrud *et al* menunjukkan bahwa supervisi klinis dapat meningkatkan sikap kepedulian perawat terhadap pasien, sehingga dapat meningkatkan pengembangan ketrampilan yang penting bagi keselamatan pasien.²³ Penelitian Tsang *et al* menyatakan bahwa supervisi dapat dijadikan cara bagi perawat untuk mengevaluasi perilaku dalam melakukan cara yang tepat dalam pemberian obat.²⁴ Penelitian Cruz *et al* menyatakan bahwa supervisi klinis untuk perawat memberikan pengaruh yang besar karena dapat meningkatkan kualitas perawatan, keselamatan pasien, dan meningkatkan kepuasan perawat dalam bekerja.²⁵ Selain itu *literature review* yang dilakukan oleh Wati menunjukkan bahwa supervisi berpengaruh terhadap penatalaksanaan universal *precaution* oleh perawat, supervisi dapat menambah pengetahuan dan mengubah perilaku perawat dalam melaksanakan tugas sehingga tercapai keselamatan pasien.²⁶

RSUD Tugurejo merupakan salah satu rumah sakit daerah tipe B yang telah terakreditasi KARS pada tanggal 3 Desember 2014.²⁷ RSUD Tugurejo

selalu berusaha untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanannya di seluruh jajaran Rumah Sakit salah satunya dengan menerapkan program keselamatan pasien. Upaya tersebut dilakukan oleh pihak rumah sakit dengan menetapkan surat keputusan tentang standar keselamatan pasien yang mengacu pada KARS dan *hand hygiene* pada WHO. Selain itu rumah sakit telah memberikan sosialisasi dan pelatihan SOP keselamatan pasien saat pertama kali diterima kerja di RSUD Tugurejo dan sering mengadakan seminar terkait keselamatan pasien yang ditujukan kepada manajemen dan *staff* rumah sakit salah satunya perawat.²⁸

Meskipun sudah terdapat SOP keselamatan pasien, seperti memiliki form penilaian dan penatalaksanaan resiko jatuh yang meliputi penghitungan skor dan intervensi sesuai resiko jatuh, pengamanan lingkungan, serta edukasi keluarga, namun permasalahan yang terjadi adalah tidak semua perawat berperilaku sesuai dengan SOP dan pendidikan keselamatan pasien yang telah diterima. Berdasarkan observasi yang telah dilakukan terkait dengan sasaran keselamatan pasien, terdapat 3 dari 6 perawat dalam melakukan identifikasi pasien hanya dengan menyebutkan nama pasien sedangkan 3 perawat lainnya melakukan identifikasi menggunakan gelang pasien, 4 perawat tidak menerapkan prinsip cuci tangan *five moments* dan perawat cuci tangan hanya ketika setelah melakukan tindakan saja, selain itu terdapat 2 perawat tidak melakukan pemantauan terhadap pasien yang mempunyai resiko jatuh dengan memasang pengaman sehingga terdapat pasien jatuh.

Berdasarkan studi pendahuluan dan hasil wawancara yang telah dilakukan dengan kepala seksi (Kasie) pelayanan rawat jalan beberapa insiden keselamatan pasien yang pernah terjadi di RSUD Tugurejo seperti kejadian tertusuk jarum, pasien jatuh di kamar mandi, dan pasien tertimpa oksigen yang tidak *portable*. Hasil wawancara dengan salah satu kepala ruang di RSUD Tugurejo juga mengatakan bahwa pernah terjadi 1 kasus perawat lupa memberikan transfusi darah pada penderita anemia berat, dimana pasien tersebut membutuhkan transfusi secepatnya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Retnaningsih pada tahun 2016 yang menyatakan bahwa di RSUD Tugurejo perawat dalam mengimplementasikan *patient safety* kurang baik (60,6%).²⁹ Berbagai evaluasi telah dilakukan pihak rumah sakit termasuk bidang keperawatan untuk mengatasi masalah terkait dengan insiden keselamatan pasien. Misalnya kejadian pasien jatuh di kamar mandi maka saat ini sudah dibuat standar di setiap kamar mandi terdapat pegangan bagi pasien.

Menurut kasie pelayanan rawat jalan, faktor yang mempengaruhi perawat dalam menerapkan keselamatan pasien di rumah sakit tergantung pada sikap dan perilaku masing-masing perawat serta dorongan dari orang lain seperti supervisi yang dilakukan dari kasie pelayanan rawat inap serta tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), dengan adanya supervisi tersebut perawat lebih patuh untuk menerapkan sasaran keselamatan pasien seperti cuci tangan, kuku tidak panjang dan tidak menggunakan jam tangan maupun

perhiasan saat dinas sebagai upaya pencegahan infeksi. Supervisi yang dilakukan selama ini oleh kasie rawat inap tidak rutin dalam sehari.

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan, perawat mengatakan bahwa supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang bersamaan dengan kegiatan operan dan hanya dalam bentuk pengawasan serta tidak memberikan pengarahan, bimbingan, maupun evaluasi. Perawat mengatakan jika tidak menerapkan sasaran keselamatan pasien, kepala ruang tidak pernah menegur secara langsung namun hanya diingatkan saat *pre conference*. Menurut Pujiyanto supervisi yang dilakukan selama ini oleh kepala ruang di RSUD Tugurejo tidak terjadwal, bahan yang disupervisi tidak jelas, hasil supervisi tidak disampaikan kepada perawat yang disupervisi, dan supervisi yang dilakukan hanya sebatas mengamati serta mencatat.³⁰

Berdasarkan uraian di atas, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh supervisi terhadap perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo.

B. Rumusan Masalah

Keselamatan pasien merupakan komponen dasar dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi, pelayanan keperawatan memiliki peranan penting dalam meningkatkan kualitas dan keselamatan pasien yang baik di rumah sakit, namun faktanya insiden pelanggaran keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat berdasarkan laporan KKP-RS masih menempati urutan tertinggi dari tenaga medis lainnya.

RSUD Tugurejo merupakan salah satu rumah sakit daerah tipe B yang telah terakreditasi KARS. Rumah sakit telah menerapkan program keselamatan pasien dengan menetapkan surat keputusan tentang standar keselamatan pasien yang mengacu pada KARS dan *hand hygiene* pada WHO. Selain itu rumah sakit telah memberikan sosialisasi dan pelatihan SOP keselamatan pasien saat pertama kali diterima kerja. Meskipun sudah terdapat SOP keselamatan pasien, namun permasalahan yang terjadi adalah tidak semua perawat berperilaku sesuai dengan SOP dan pendidikan keselamatan pasien yang telah diterima.

Berdasarkan observasi yang telah dilakukan terkait dengan sasaran keselamatan pasien, terdapat 3 perawat dalam melakukan identifikasi pasien hanya dengan menyebutkan nama pasien, 4 perawat tidak menerapkan prinsip cuci tangan *five moments* dan perawat cuci tangan hanya ketika setelah melakukan tindakan saja, selain itu terdapat 2 perawat tidak melakukan pemantauan terhadap pasien yang mempunyai resiko jatuh dengan memasang pengaman sehingga terdapat pasien jatuh. Hasil wawancara dengan salah satu kepala ruang di RSUD Tugurejo juga mengatakan bahwa pernah terjadi 1 kasus perawat lupa memberikan transfusi darah pada penderita anemia berat, dimana pasien tersebut membutuhkan transfusi secepatnya.

Menurut kasie pelayanan rawat jalan, faktor yang mempengaruhi perawat dalam menerapkan keselamatan pasien di rumah sakit tergantung pada sikap dan perilaku masing-masing perawat serta dorongan dari orang lain seperti supervisi. Supervisi yang dilakukan selama ini masih belum rutin dalam sehari. Perawat mengatakan bahwa supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang

hanya sebatas pengawasan tidak memberikan pengarah, bimbingan, maupun evaluasi. Kepala ruang tidak pernah memberikan teguran secara langsung jika perawat tidak menerapkan sasaran keselamatan pasien. Berdasarkan uraian di atas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana pengaruh supervisi terhadap perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh supervisi terhadap perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan karakteristik perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman pelatihan tentang keselamatan pasien, dan keikutsertaan sebagai anggota tim *patient safety*.
- b. Mengidentifikasi gambaran supervisi terkait *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo.
- c. Mengidentifikasi gambaran perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo.
- d. Mengidentifikasi pengaruh supervisi terhadap perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai pengaruh supervisi terhadap perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi, wawasan baru dan dapat dijadikan bahan evaluasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan terkait dengan supervisi serta perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety*.

b. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi mahasiswa terkait dengan pengaruh supervisi terhadap perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety*. Selain itu diharapkan bagi mahasiswa yang sudah dan akan praktik klinik dapat mengimplementasikan *patient safety*.

c. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang gambaran perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety* dan gambaran supervisi yang telah dilakukan, sehingga penelitian ini dapat dijadikan acuan dalam memberikan evaluasi dan tindak lanjut untuk

meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan serta meminimalkan insiden keselamatan pasien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Konsep Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

a. Definisi

Keselamatan pasien adalah prinsip fundamental dari perawatan kesehatan. Setiap proses memberikan perawatan berisi tentang keamanan pasien. Kejadian buruk dapat terjadi akibat masalah dalam praktik, prosedur atau sistem. Peningkatan upaya keselamatan pasien menuntut seluruh sistem yang kompleks. Melibatkan berbagai tindakan dalam peningkatan kinerja, keamanan lingkungan, manajemen resiko, termasuk pengendalian infeksi, penggunaan obat-obat yang aman, peralatan keselamatan, praktik klinis yang aman, dan lingkungan perawatan yang aman.³¹

Keselamatan pasien adalah disiplin dalam bidang perawatan kesehatan yang menerapkan metode ilmu keselamatan menuju tujuan mencapai sistem yang dapat dipercaya dari pemberian perawatan kesehatan. Keselamatan pasien juga merupakan sifat sistem perawatan kesehatan dengan meminimalkan kejadian dan dampak, serta memaksimalkan kesembuhan dari kejadian buruk.³²

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman

yang meliputi *assessment* resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.³³

b. Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien menurut Departemen Kesehatan RI tahun 2006:

- 1) Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- 2) Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- 3) Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
- 4) Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.²

c. Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Beberapa insiden keselamatan pasien:

1) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

3) Kejadian Tidak Cedera (KTC)

KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

4) Kejadian Potensial Cedera (KPC)

KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

5) Kejadian Sentinel

Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.³³

d. Kebijakan terkait Keselamatan Pasien

Pada tahun 2011, *Joint Commission International* (JCI) mengimplementasikan program *International Patient Safety Goals* (IPSG) untuk membantu akreditasi organisasi pada area spesifik yang menjadi pusat perhatian dalam hal keselamatan pasien. Tujuan dari IPSG adalah untuk mempromosikan perbaikan khusus di bidang keselamatan pasien, memperhatikan masalah bidang kesehatan, dan menemukan solusi mengatasi permasalahan berdasarkan bukti dan para ahli.⁸

Sedangkan di Indonesia Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) mengambil inisiatif mengajak semua pihak *stakeholder* rumah sakit untuk memperhatikan keselamatan pasien dengan membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) pada Juni 2005, sejalan dengan itu KKP-RS menyusun panduan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) menyusun standar keselamatan pasien rumah sakit.²

2. *International Patient Safety Goals (IPSG) menurut JCI pada Tahun 2011*

Sasaran IPSG menurut JCI^{8,9} adalah sebagai berikut:

a. Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

- 1) Pasien diidentifikasi menggunakan dua pengenalan pasien, tidak termasuk menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien
- 2) Pasien diidentifikasi sebelum memberikan obat, darah, atau produk darah
- 3) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil sampel darah dan spesimen lain untuk pengujian klinis
- 4) Pasien diidentifikasi sebelum memberikan perawatan dan prosedur
- 5) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

b. Meningkatkan Komunikasi Efektif

- 1) Perintah lisan dan telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima pesan
- 2) Perintah lisan dan telepon ataupun hasil pemeriksaan dibaca kembali oleh penerima pesan
- 3) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah
- 4) Kebijakan prosedur mendukung praktik yang konsisten dalam memverifikasi keakuratan komunikasi lisan dan telepon

c. Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan yang Harus Diwaspadai

- 1) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk menangani identifikasi, lokasi, pelabelan, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai
- 2) Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
- 3) Elektrolit konsentrat tidak ada di unit perawatan pasien kecuali jika diperlukan secara klinis, dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian obat yang tidak disengaja
- 4) Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit perawatan pasien diberi label dengan jelas dan disimpan pada area yang dibatasi ketat.

d. Memastikan Benar Lokasi Operasi, Benar Prosedur, dan Benar Pasien.

- 1) Rumah sakit menggunakan tanda yang jelas untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien didalam proses pemberian tanda
- 2) Rumah sakit menggunakan *checklist* untuk memverifikasi saat sebelum operasi benar lokasi, benar prosedur, dan benar pasien, dan dokumen serta peralatan yang dibutuhkan tersedia, tepat, dan fungsional
- 3) Tim operasi melakukan dan mendokumentasikan prosedur *time-out* sebelum memulai prosedur operasi
- 4) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan benar lokasi, benar prosedur, dan benar pasien, termasuk prosedur medis dan pengobatan gigi yang dilakukan di luar ruang operasi.

e. Mengurangi Resiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

- 1) Rumah sakit telah mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* yang saat ini diterbitkan dan diterima secara umum.
- 2) Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif
- 3) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan resiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

f. Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

- 1) Rumah sakit menerapkan sebuah proses pengkajian awal pasien mengenai risiko jatuh dan melakukan pengkajian ulang pada pasien bila ditunjukkan ada perubahan kondisi atau pengobatan
- 2) Langkah-langkah diimplementasikan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien yang dinilai berisiko
- 3) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja
- 4) Kebijakan dan prosedur mendukung pengurangan berkelanjutan dari risiko cedera pasien akibat jatuh di rumah sakit.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perawat Menerapkan Keselamatan Pasien

Perawat dalam menerapkan standar keselamatan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya:

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui. Pengetahuan juga merupakan hasil dari tahu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya sebuah perilaku seseorang, perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan bersifat langgeng daripada perilaku yang tidak disadari pengetahuan. Pengetahuan sumber daya manusia (SDM) kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan

dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien.^{34 35 36}

b. Motivasi

Motivasi adalah suatu faktor dalam diri manusia yang dapat menimbulkan, mengarahkan, dan mengorganisasikan tingkah laku individu.³⁷ Motivasi tersebut mendasari perilaku individu yang ditandai dengan kesediaan dan kemauan untuk melakukan sesuatu.³⁸ Motivasi kerja perawat menentukan perilaku dan kinerja perawat ketika memberikan praktik keperawatan yang berkualitas.³⁹

c. Persepsi

Persepsi seseorang akan mempengaruhi dalam proses pembuatan keputusan, dan adanya keputusan tersebut akan mendorong seseorang melakukan suatu kegiatan untuk mencapai tujuannya. Tindakan yang didasarkan pada persepsi, dapat menjadikan perawat mengimplementasikan perilaku nyata untuk keselamatan pasien berdasarkan kemampuan perawat.⁴⁰ Persepsi perawat adalah anggapan seseorang perawat terhadap stimulus dari perawat yang lain atau perawat pada umumnya yang kemudian diorganisasikan, diartikan, dievaluasi, dan ditanggapi dengan tindakan.⁴¹

d. Karakteristik Individu

Setiap individu memiliki karakteristik tertentu yang mempengaruhi kinerja individu tersebut. Karakteristik yang dimiliki seseorang berbeda antar individu, dan kadang-kadang perbedaan

tersebut dapat bervariasi. Karakteristik tersebut melekat dalam diri seorang individu sehingga menjadi ciri khas tertentu.¹⁸ Karakteristik perawat yang dibahas dalam penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman pelatihan tentang keselamatan pasien, dan keikutsertaan sebagai anggota tim *patient safety*.

e. Tindakan/ Praktik

Setelah seseorang mengetahui tentang kesehatan, kemudian memberikan tanggapan terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya adalah melaksanakan dan mempraktikkan apa yang diketahui yang diwujudkan dalam sebuah perilaku.⁴²

4. Konsep Perilaku

a. Definisi

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan, yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung.⁴³ Perilaku manusia merupakan hasil dari segala pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya. Perilaku merupakan respon/ reaksi seseorang terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya.¹⁸

b. Klasifikasi Perilaku

Menurut Sunaryo⁴³ terdapat dua klasifikasi perilaku manusia yaitu:

1) Perilaku pasif (respons internal)

Perilaku yang sifatnya masih tertutup, terjadi dalam diri individu dan tidak dapat diamati secara langsung. Perilaku ini

sebatas sikap belum ada tindakan nyata misalnya berpikir, berfantasi, berangan-angan, mengetahui manfaat keluarga berencana (KB) namun tidak mau menjadi akseptor, dan menganjurkan orang lain untuk mengimunisasi bayinya, akan tetapi anaknya sendiri tidak diimunisasi.

2) Perilaku aktif (*respons eksternal*)

Perilaku yang sifatnya terbuka. Perilaku aktif adalah perilaku yang dapat diamati langsung berupa tindakan yang nyata.

c. Proses Pembentukan Perilaku

Proses pembentukan perilaku seseorang menurut Makhfudli⁴⁴ yaitu:

1) Timbul kesadaran (*awareness*)

Seseorang menyadari adanya stimulus terlebih dahulu

2) Ketertarikan (*interest*)

Seseorang mulai tertarik terhadap stimulus

3) Mempertimbangkan baik tidaknya stimulus (*evaluation*)

Seseorang sudah lebih baik lagi

4) Mulai mencoba (*trial*)

Seseorang memutuskan untuk mulai mencoba perilaku baru

5) Mengadaptasi (*adoption*)

Orang tersebut telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Manusia

Menurut teori Gibson^{15 16 17 18} terdapat tiga variabel yang dapat mempengaruhi perilaku individu yaitu:

1) Variabel Individu

a) Kemampuan dan ketrampilan

Kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Kemampuan dan ketrampilan dapat diartikan sebagai pencapaian individu atas usaha untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik dan benar. Kemampuan dan ketrampilan dapat secara fisik maupun mental. Ketrampilan fisik didapatkan oleh individu dari proses belajar dengan menggunakan ketrampilan dalam bekerja. Ketrampilan dapat dikembangkan oleh individu melalui kegiatan pelatihan.

b) Latar Belakang

Latar belakang yang dapat mempengaruhi perilaku individu adalah keluarga, tingkat sosial, dan pengalaman. Penampilan individu dipengaruhi oleh lingkungan keluarga berdasarkan apa yang telah didapatkan di lingkungan tersebut. Keluarga merupakan salah satu aspek yang sangat mempengaruhi karakteristik individu, karena dalam keluarga terdapat nilai-nilai yang harus dianut oleh masing-masing anggota keluarga.

Pengalaman (masa kerja) adalah waktu dimana individu mulai bekerja, dimana waktu tersebut berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Semakin lama individu bekerja maka akan semakin baik, karena dari pengalaman itu individu dapat menyesuaikan diri dengan pekerjaannya.

c) Demografis

Demografis meliputi umur, etnis, dan jenis kelamin. Variabel demografis memiliki efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Ketika individu memiliki umur yang lama, maka akan lebih paham terhadap masalah yang ditemui serta lebih dewasa dalam bertindak. Umur memiliki pengaruh terhadap produktivitas dalam bekerja. Jenis kelamin dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh jenis pekerjaan yang akan dikerjakan. Wanita memiliki karakter ketaatan dan kepatuhan dalam bekerja sehingga dapat berpengaruh terhadap kinerja individu.

2) Variabel Psikologi

Variabel psikologi meliputi persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Persepsi adalah proses kognitif yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia di sekitarnya. Persepsi merupakan proses pemberian arti terhadap lingkungan oleh individu. Oleh karena itu, setiap individu memberikan arti kepada stimulus secara berbeda meskipun objeknya

sama. Persepsi diri dalam bekerja mempengaruhi sejauh mana pekerjaan tersebut memberikan tingkat kepuasan dalam dirinya.

Perilaku bekerja individu dipengaruhi oleh sikap, sikap adalah kesiap-siagaan mental yang dipelajari dan diorganisasikan melalui pengalaman, dan memiliki pengaruh tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain, obyek, dan situasi yang berhubungan dengannya. Sikap merupakan faktor penentu perilaku, karena sikap berhubungan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Kepribadian adalah pola perilaku dan proses mental yang unik yang mencirikan seseorang. Kepribadian di setiap individu susah untuk diubah karena sudah terbentuk sejak individu belajar saat dikandung sampai dewasa.

Pembelajaran merupakan setiap perubahan perilaku yang relative permanen dan terjadi sebagai hasil dari pengalaman. Ketika terjadi perubahan perilaku hal ini menunjukkan bahwa proses pembelajaran telah terjadi. Motivasi merupakan keinginan untuk melakukan sesuatu dan menentukan kemampuan bertindak untuk memuaskan kebutuhan individu. Motivasi memiliki hubungan dengan perilaku. Dimana sebuah perilaku dapat dilandasi oleh sebuah motivasi.

3) Variabel Organisasi

Variabel organisasi meliputi sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, desain pekerjaan, dan supervisi. Sumber daya dalam sebuah organisasi terdiri dari dua yaitu sumber daya manusia dan sumber daya alam, dalam sistem organisasi rumah sakit sumber daya manusia terdiri dari tenaga profesional, non profesional, staf administrasi dan pasien, sedangkan sumber daya alam meliputi uang, metode, peralatan, dan bahan-bahan.

Struktur desain pekerjaan merupakan daftar pekerjaan mengenai kewajiban-kewajiban pekerja dan mencakup kualifikasinya. Desain pekerjaan mengacu pada proses yang diterapkan oleh manajer untuk memutuskan tugas dan wewenang sebagai upaya untuk mengklasifikasikan tugas dan tanggungjawab masing-masing individu. Ketika desain pekerjaan baik maka akan mempengaruhi pencapaian kerja seseorang.

Supervisi merupakan proses pengamatan dari pelaksanaan seluruh kegiatan organisasi untuk menjamin agar semua pekerjaan yang sedang dilakukan berjalan sesuai dengan rencana yang ditetapkan. Kepemimpinan merupakan suatu proses mempengaruhi orang lain dalam mencapai tujuan dengan memberikan pengarahan dan motivasi. Imbalan adalah balas jasa yang diberikan oleh instansi kepada para pekerja sebagai daya pendorong sehingga pemberian imbalan dapat meningkatkan kinerja perawat.

5. Konsep Supervisi

a. Definisi

Supervisi berasal dari kata *super* (bahasa latin yang berarti di atas) dan *videre* (bahasa latin yang berarti melihat). Bila dilihat dari asal kata aslinya, *supervise* berarti “melihat dari atas”. Pengertian supervisi merupakan pengamatan secara langsung dan berkala oleh “atasan” terhadap pekerjaan yang dilakukan “bawahan” untuk kemudian bila ditemukan masalah, segera diberikan bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya.¹⁹

Supervisi adalah segala bantuan dari pemimpin/ penanggung jawab kepada perawat yang ditujukan untuk perkembangan para perawat dan staf lainnya dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan. Kegiatan supervisi semacam ini merupakan dorongan, bimbingan dan kesempatan bagi pertumbuhan perkembangan keahlian dan kecakapan para perawat.²¹

Supervisi pelayanan keperawatan adalah kegiatan interaksi dan komunikasi antar *supervisor* dengan perawat pelaksana, dimana perawat tersebut menerima bimbingan, dukungan, bantuan dan dipercaya sehingga perawat dapat meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan kesehatan.²¹

b. Manfaat Supervisi

Manfaat supervisi menurut Suarli & Bahtiar¹⁹ yaitu:

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

c. Sasaran Supervisi

Suyanto²¹ mengemukakan bahwa supervisi yang dilakukan memiliki sasaran dan target tertentu yang akan dicapai. Sasaran yang menjadi target dalam supervisi yaitu:

1. Penggunaan alat yang efektif dan ekonomis
2. Sistem dan prosedur yang tidak menyimpang
3. Pembagian tugas dan wewenang yang proporsional
4. Pelaksanaan tugas keperawatan yang berkualitas
5. Penyimpangan/ penyelewengan kekuasaan, kedudukan, dan keuangan tidak terjadi dalam rumah sakit.

d. Supervisor Keperawatan

Menurut Suyanto dan Nursalam^{21 45} supervisor dalam keperawatan yaitu:

1) Kepala Ruangan

Bertanggungjawab untuk melakukan supervisi pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien di ruang perawatan yang dipimpinnya. Kepala ruang mengawasi perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung disesuaikan dengan metode penugasan yang diterapkan di ruang perawatan tersebut. Kepala ruang merupakan ujung tombak penentu tercapai atau tidaknya tujuan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2) Pengawas Keperawatan (*Supervisor*)

Ruang perawatan dan unit pelayanan yang berada di bawah unit pelaksana fungsional (UPF) mempunyai pengawas yang bertanggungjawab mengawasi jalannya pelayanan keperawatan. Pengawas ini bertanggungjawab dalam mensupervisi pelayanan kepada kepala ruangan yang ada di instalasinya.

3) Kepala Seksi Keperawatan

Mengawasi instalasi dalam melaksanakan tugas secara langsung dan seluruh perawat secara tidak langsung.

e. Prinsip Supervisi

Prinsip-prinsip yang harus diterapkan dalam melakukan supervisi menurut Suyanto²¹ adalah sebagai berikut:

- 1) Didasarkan atas hubungan professional dan bukan pribadi
- 2) Kegiatan direncanakan secara matang
- 3) Bersifat edukatif, *supporting*, dan informal
- 4) Memberikan perasaan aman pada staf dan pelaksana keperawatan
- 5) Membentuk hubungan kerjasama yang demokratis antara supervisor dan staf
- 6) Harus objektif dan sanggup mengadakan “*Self Evaluation*”
- 7) Harus progresif, inovatif, fleksibel, dan dapat mengembangkan kelebihan masing-masing perawat yang disupervisi
- 8) Konstruktif dan kreatif dalam mengembangkan diri disesuaikan dengan kebutuhan
- 9) Dapat meningkatkan kinerja bawahan dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

f. Langkah Supervisi

Supervisi dilakukan secara bertahap, menurut Nursalam⁴⁵ langkah-langkah dalam menerapkan supervisi yaitu:

- 1) Prasupervisi
 - a) Supervisor menetapkan kegiatan yang akan disupervisi
 - b) Supervisor menetapkan tujuan

2) Pelaksanaan supervisi

- a) Supervisor menilai kinerja perawat berdasarkan alat ukur atau instrumen yang telah disiapkan
- b) Supervisor mendapat beberapa hal yang memerlukan pembinaan
- c) Supervisor memanggil PP dan PA untuk mengadakan pembinaan dan klarifikasi permasalahan
- d) Pelaksanaan supervisi dengan inspeksi, wawancara, dan memvalidasi data sekunder
 - (1) Supervisor mengklarifikasi permasalahan yang ada
 - (2) Supervisor melakukan tanya jawab dengan perawat

3) Pascasupervisi (3F)

- a) Supervisor memberikan penilaian supervise (*F-fair*)
- b) Supervisor memberikan *feedback* dan klarifikasi
- c) Supervisor memberikan *reinforcement* dan *follow up* perbaikan.

g. Teknik Supervisi

Teknik supervisi pada dasarnya identik dengan teknik penyelesaian masalah (*problem solving*). Bedanya, pada supervisi teknik pengumpulan data untuk menetapkan masalah dan penyebab masalah menggunakan teknik pengamatan langsung (*direct observation*) oleh pelaksana supervisi terhadap sasaran supervisi, serta pelaksanaan jalan keluar. Terdapat dua hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan supervisi

1) Pengamatan Langsung:

Pengamatan langsung harus dilaksanakan dengan sebaik-baiknya. Oleh karena itu ada beberapa hal yang harus diperhatikan ketika melakukan pengamatan langsung:

a) Sasaran pengamatan

Pengamatan langsung yang tidak jelas sasarannya dapat menimbulkan kebingungan, karena pelaksana supervisi dapat terperangkap pada sesuatu yang bersifat detail.

b) Objektivitas pengamatan

Pengamatan langsung yang tidak terstandarisasi dapat mengganggu objektivitas, untuk mencegah hal tersebut maka pengamatan secara langsung perlu dibantu dengan suatu daftar isi (*check list*) yang telah dipersiapkan.

c) Pendekatan pengamatan

Pengamatan langsung sering menimbulkan berbagai dampak dan kesan negatif, misalnya rasa takut, tidak senang, atau kesan mengganggu kelancaran pekerjaan. Oleh karena itu sangat dianjurkan pengamatan tersebut dapat dilakukan secara edukatif dan suportif, bukan menunjukkan kekuasaan atau otoritas.

2) Kerjasama

Tujuan pokok supervisi adalah meningkatkan kinerja bawahan dengan memberikan bantuan secara langsung di tempat sesuai dengan kebutuhannya. Oleh karena itu diperlukan kerjasama antara pelaksana supervisi dan yang disupervisi. Kerjasama ini akan berhasil bila ada komunikasi yang baik antara pelaksana supervisi dan yang disupervisi, serta mereka yang disupervisi merasakan masalah yang dihadapi juga merupakan masalah mereka sendiri (*sense of belonging*).¹⁹

h. Kompetensi Supervisor

Kompetensi supervisor menurut Suyanto²¹ yaitu:

- 1) Memberikan pengarahan dan petunjuk yang jelas, sehingga dapat dimengerti oleh staf dan pelaksana keperawatan.
- 2) Memberikan saran, nasehat, dan bantuan kepada staf dan pelaksana keperawatan.
- 3) Memberikan motivasi untuk meningkatkan semangat kerja kepada staf dan pelaksana keperawatan.
- 4) Mampu memahami proses kelompok (dinamika kelompok).
- 5) Memberikan latihan dan bimbingan yang diperlukan oleh staf dan pelaksana keperawatan.
- 6) Melakukan penilaian terhadap penampilan kinerja perawat.
- 7) Mengadakan pengawasan agar asuhan keperawatan yang diberikan lebih aman.

6. Alat Ukur Supervisi

Alat untuk mengukur supervisi pelayanan keperawatan yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya adalah *The Manchester Clinical Supervision Scale*. Kuisisioner ini dikembangkan oleh White & Wainstanley (2000) kemudian direvisi lagi oleh White & Wainstanley (2011). Versi asli kuisisioner ini adalah berbahasa inggris, kemudian telah dialihkan bahasakan di beberapa negara seperti prancis, norwegia, spanyol, denmark, swedia, portugis, dan finlandia. Kuisisioner ini terbagi menjadi tiga komponen yang merupakan pengembangan dari model proctor yaitu:

a. Komponen Normatif (mempertahankan kinerja dan meningkatkan profesionalisme)

Berisi item pernyataan *finding time* (waktu yang tersedia dari supervisor untuk melakukan supervisi), item pentingnya supervisi dan item kepercayaan/ hubungan.

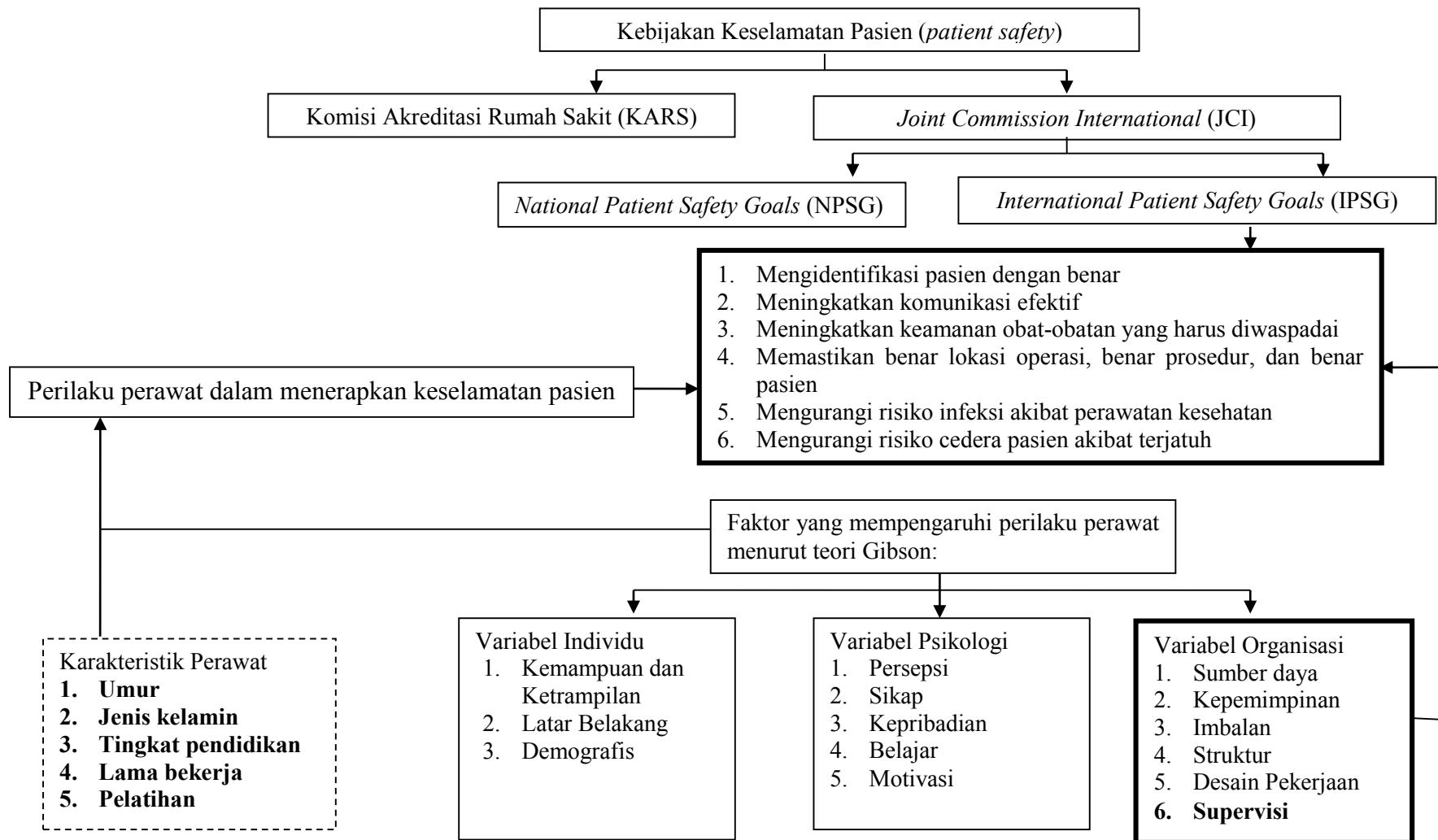
b. Komponen Formatif (meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan)

Komponen formatif berisi item pernyataan meningkatkan pelayanan dan ketrampilan dan item masalah pribadi serta refleksi diri.

c. Komponen Restoratif (memberikan dukungan)

Komponen restoratif berisi item pernyataan dukungan dan nasehat supervisor.⁴⁶

B. Kerangka Teori



Keterangan:

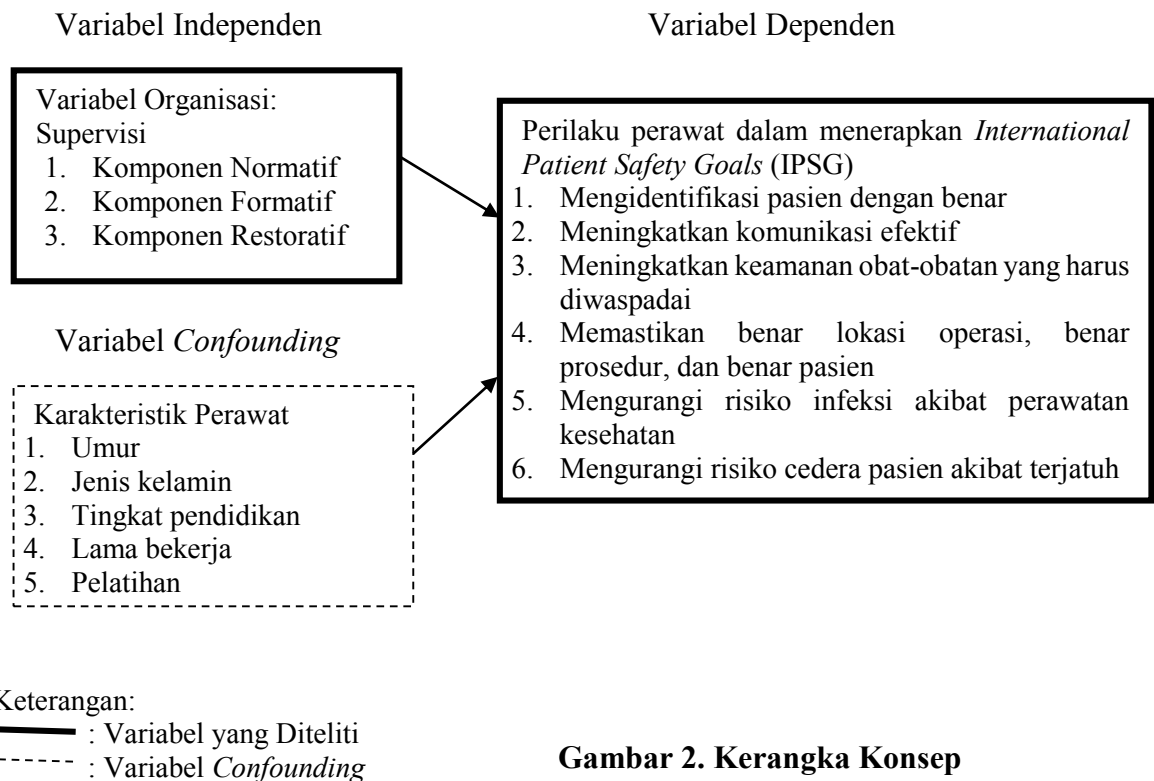
- : Variabel yang diteliti
- - - - - : Karakteristik responden

Gambar 1. Kerangka Teori ^{2 8 9 15 16 17 18 22 61}

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

B. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus diuji validitasnya secara empiris.⁴⁷ Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada pengaruh supervisi terhadap perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo.

C. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah sebuah metode penelitian yang memberlakukan kuantifikasi pada variabel-variabelnya, menguraikan distribusi variabel secara numerik (memakai angka absolut berupa frekuensi dan nilai relatif berupa presentase) serta kemudian menguji hubungan antar variabel dengan menggunakan formula statistik.⁴⁸ Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasi. Penelitian deskriptif korelasional bertujuan untuk mengungkapkan hubungan korelatif antarvariabel, dalam rancangan penelitian ini peneliti melibatkan minimal dua variabel.⁵¹ Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan pendekatan *cross sectional*, dalam rancangan ini peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada satu saat tertentu artinya tiap subyek hanya diobservasi satu kali dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut dan peneliti tidak melakukan tindak lanjut terhadap pengukuran yang dilakukan.⁴⁷ Rancangan penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh supervisi terhadap perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo.

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek/ item dari sebuah riset.⁵⁰

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bertugas di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo sejumlah 345 perawat.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi.⁴⁷

a. Teknik Sampling

Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel. Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan teknik *proporsional random sampling* dimana teknik ini digunakan oleh peneliti dengan memperhatikan pertimbangan unsur-unsur atau kategori dalam populasi penelitian.⁵¹

b. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel.⁵⁰ Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo yang memberikan pelayanan keperawatan pada pasien.

2) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian.⁵² Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah perawat yang sedang cuti, mengikuti pelatihan, atau ijin belajar selama waktu penelitian.

c. Besar Sampel

Besar sampel adalah banyaknya jumlah anggota yang dijadikan sampel. Jumlah populasi lebih kecil dari 10.000, maka penentuan besar sampel menggunakan rumus Slovin:

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel

N = jumlah populasi

d = kelonggaran ketelitian karena kesalahan pengambilan sampel yang dapat ditolerir (7%)

Jadi besar sampel adalah

$$\begin{aligned} n &= \frac{345}{1 + 345(0,07)^2} \\ &= 128,23 \text{ (dibulatkan menjadi 129)} \end{aligned}$$

Berdasarkan dari hasil perhitungan rumus, didapatkan hasil jumlah sampel minimal responden yaitu 129 responden. Peneliti

menambahkan 10% dari perkiraan sampel, untuk menghindari perawat yang mengundurkan diri selama penelitian sehingga menjadi 142.

Tabel 1.

Pembagian Sampel di Ruang Rawat Inap

Ruang	Σ Populasi	Σ Sampel
Nusa Indah 2	15	5
Nusa Indah 3	14	4
Nusa Indah 4	14	4
Bougenvile Nifas	20	9
Bougenvile VK	18	7
Perinatologi	16	6
Alamanda	16	6
Anggrek	20	9
Mawar	16	6
Melati	17	6
Kenanga	16	6
Amarilis 1	22	11
Amarilis 2	17	6
Amarilis 3	17	6
Dahlia 1	16	6
Dahlia 2	14	4
Dahlia 3	15	5
Dahlia 4	14	4
ICU	23	12
HCU	11	3
PICU/ NICU	14	4

E. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan selama periode bulan November 2016- Mei 2017.

F. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

1. Variabel Penelitian

Variabel independen dalam penelitian ini yaitu supervisi. Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety* dan variabel *confounding* yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman pelatihan tentang keselamatan pasien, dan keikutsertaan sebagai anggota tim *patient safety*.

a. Variabel Independen (bebas)

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel lain. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah supervisi.

b. Variabel Dependen (terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel respon akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel-variabel lain. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety*.

c. Variabel *Confounding* (perancu)

Variabel *confounding* adalah variabel yang nilainya ikut menentukan variabel baik secara langsung maupun tidak langsung. Variabel *confounding* dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pelatihan, dan keikutsertaan tim *patient safety*.⁵¹

2. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel yang mempunyai istilah yang digunakan dalam penelitian secara operasional.⁵²

Berikut ini adalah penjabaran definisi operasional dan skala ukur dalam bentuk tabel:

Tabel 2.
Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Ukur

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Karakteristik Responden				
	a. Umur	Rentang usia responden yang dihitung mulai dari lahir hingga ulang tahun terakhir dalam hitungan tahun	Kuesioner responden	karakteristik 1= Remaja akhir (17-25 tahun) 2= Dewasa awal (26-35 tahun) 3= Dewasa akhir (36-45 tahun)	Ordinal
	b. Jenis Kelamin	Perbedaan gender dilihat dari segi fisik dan biologis individu yang menjadi responden	Kuesioner responden	karakteristik 1= Laki-laki 2= Perempuan	Nominal
	c. Tingkat Pendidikan	Jenis pendidikan formal yang terakhir yang diselesaikan oleh responden	Kuesioner responden	karakteristik 1= D3 Keperawatan 2= D4 Keperawatan 3= S1 Keperawatan 4= Ners 5= S2	Ordinal
	d. Pelatihan	Pernah mengikuti pelatihan tentang <i>patient safety</i>	Kuesioner responden	karakteristik 1= Belum Pernah 2= Pernah	Nominal
	e. Anggota tim <i>patient safety</i>	Keikutsertaan sebagai anggota tim <i>patient safety</i>	Kuesioner responden	karakteristik 1= Iya 2= Tidak	Nominal

2. Variabel Supervisi	Gambaran supervisi yang telah dilakukan oleh supervisor keperawatan (tim <i>patient safety</i> , kepala ruang, pengawas keperawatan, dan kepala seksi keperawatan) untuk mengukur kualitas supervisi berdasarkan persepsi perawat	<p>Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan <i>The Manchester Clinical Supervision Scale</i> yang telah dimodifikasi oleh Zakiyah tahun 2012. Kuesioner ini terdiri dari 26 item pernyataan yang terbagi dalam 3 komponen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komponen normatif berisi 11 pernyataan yang terdiri dari 8 item <i>favorable</i> dan 3 item <i>nonfavorable</i> 2. Komponen formatif berisi 7 pernyataan yang terdiri dari 4 item <i>favorable</i> dan 3 item <i>nonfavorable</i> 3. Komponen restoratif berisi 8 pernyataan yang terdiri dari 6 item <i>favorable</i> dan 2 item <i>nonfavorable</i> 	<p>Gambaran kualitas supervisi yang telah dilakukan menurut persepsi perawat diukur berdasarkan nilai mean/ median dikarenakan data berdistribusi normal/ tidak normal sehingga hasil ukur dikategorikan berdasarkan <i>Cut Off Point</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baik jika total nilai $>$ mean/ median 2. Kurang jika total nilai \leq mean/ median 	Ordinal
-----------------------	---	--	--	---------

		<p>Kuesioner ini menggunakan skala Guttman Pertanyaan <i>Favorable</i> 1= YA 0= TIDAK</p> <p>Pertanyaan <i>Unfavorable</i> 1= TIDAK 0= YA</p>	
3.	Variabel Perilaku perawat menerapkan <i>patient safety</i>	Gambaran perilaku perawat dalam menerapkan <i>patient safety</i> di instalasi rawat inap	<p>Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner perilaku perawat dalam menerapkan <i>patient safety</i> yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan <i>guideline International Patient Safety Goals</i> sejumlah 60 pernyataan yang terbagi menjadi 6 sub variabel yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar berisi 10 pernyataan terdiri 6 pernyataan <i>Favorable</i> dan 4 pernyataan <i>Unfavorable</i> <p>Perilaku perawat dalam menerapkan <i>patient safety</i> diukur berdasarkan nilai mean/ median dikarenakan data berdistribusi normal/ tidak normal sehingga hasil ukur dikategorikan berdasarkan <i>Cut Off Point</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baik jika total nilai > mean/ median 2. Kurang jika total nilai \leq mean/ median

-
2. Meningkatkan komunikasi efektif berisi 9 pernyataan terdiri 8 pernyataan *Favorable* dan 1 pernyataan *Unfavorable*
 3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai berisi 11 pernyataan terdiri 8 pernyataan *Favorable* dan 3 pernyataan *Unfavorable*
 4. Memastikan benar lokasi operasi, benar prosedur, dan benar pasien berisi 6 pernyataan terdiri 5 pernyataan *Favorable* dan 1 pernyataan *Unfavorable*
 5. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan berisi 14 pernyataan terdiri 9 pernyataan *Favorable* dan 5
-

pernyataan
Unfavorable

6. Mengurangi risiko
cedera pasien akibat
terjatuh berisi 10
pernyataan terdiri 7
pernyataan *Favorable*
dan 3 pernyataan
Unfavorable

Kuesioner ini
menggunakan skala Likert
Pertanyaan *Favorable*
4= Selalu
3= Sering
2= Kadang-Kadang
1= Tidak Pernah

Pertanyaan *Unfavorable*
1= Selalu
2= Sering
3= Kadang-Kadang
4= Tidak Pernah

G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tertutup, dimana responden hanya perlu memilih jawaban yang sudah disediakan dalam kuesioner responden. Selain itu dibutuhkan alat tulis, kertas, dan alat-alat pengolah data seperti kalkulator dan laptop. Pengumpulan data dalam tiap variabel menggunakan kuesioner penelitian yang terdiri dari:

a. Kuesioner I (kuesioner karakteristik responden)

Kuesioner ini berisi tentang data pribadi responden yang meliputi kode responden, umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pelatihan dan keikutsertaan sebagai anggota tim *patient safety*.

b. Kuesioner II (kuesioner supervisi)

Kuesioner kedua ini merupakan kuesioner untuk mengukur kualitas supervisi pelayanan keperawatan. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah modifikasi kuesioner dari Zakiyah tahun 2012 yang mengacu pada kuesioner *Manchester Clinical Supervision Scale* yang dikembangkan oleh Wainstanley & White (2000). Indikator dalam penelitian ini meliputi komponen normatif, komponen formatif, dan komponen restoratif.^{53 54 55}

c. Kuesioner III (kuesioner perilaku perawat)

Kuesioner ini adalah kuesioner berisi tentang perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety* yang dikembangkan oleh peneliti

berdasarkan *guidelines International Patient Safety Goals* dan beberapa literatur serta hasil penelitian lain yang berkaitan dengan perilaku perawat dalam menerapkan keselamatan pasien.

Tabel 3.

Kisi Kisi Kuesioner Supervisi

No	Komponen	No Pernyataan <i>Favorable</i>	No Pernyataan <i>Non Favorable</i>
1.	Normatif	1,3,4,6,7,9,10,11	2,5,8
2.	Formatif	12,13,17,18	14,15,16
3.	Restoratif	19,21,23,24,25,26	20,22

Tabel 4.

Kisi Kisi Kuesioner Perilaku Perawat dalam Menerapkan *Patient Safety*

No	Sub Variabel	No Pernyataan <i>Favorable</i>	No Pernyataan <i>Non Favorable</i>
1.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	1,2,4,6,9,10	3,5,7,8
2.	Meningkatkan komunikasi efektif	11,12,13,14,15,17, 18,19	16
3.	Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai	20,21,22,23,24,28, 29,30	25,26,27
4.	Memastikan benar lokasi operasi, benar prosedur, dan benar pasien	31,32,33,34,36	35
5.	Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan	37,38,39,40,41,42, 46,47,50	43,44,45,48,49
6.	Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh	51,52,54,56,57,58, 59	53,55,60

d. Validitas dan Reliabilitas Instrumen

1) Validitas

Validitas merupakan tingkat kemampuan skala atau instrumen untuk mengukur apa yang seharusnya diukur. Validitas desain riset secara keseluruhan adalah penting untuk mengevaluasi nilai dari hasil-hasil riset yang dilakukan.⁵⁶

Pengujian validitas kuesioner supervisi dan perilaku perawat dilakukan melalui dua tahapan yaitu *content validity* dan *construct validity*. Uji *content validity* dilakukan melalui uji *expert* oleh Ns. Devi Nurmalia, S.Kep., M.Kep yang merupakan staf pengajar di Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan Ns. Elyana Sri Sulistyowati, S.Kep yang merupakan Tim *patient safety* RSUP Dr.Kariadi Semarang untuk mengoreksi struktur pernyataan dalam kuesioner dan menentukan apakah instrumen tersebut valid untuk mengukur konsep yang akan diteliti.⁵⁷

Langkah perhitungan yang akan dilakukan untuk uji validitas:

a) Skala Uji Validitas Isi

Uji validitas isi dilakukan berdasarkan skala, dimana skala 1 menunjukkan isi tidak relevan, skala 2 menunjukkan isi tidak dapat dikaji relevansinya tanpa direvisi, skala 3 menunjukkan item relevan dan dibutuhkan sedikit revisi, dan skala 4 menunjukkan item sangat relevan.

b) Menghitung *Content Validity Ratio* (CVR)

Rumus CVR dilakukan berdasarkan formula yang diajukan oleh Lawshe⁵⁸ dengan rumus:

$$\text{CVR} = \frac{(\text{Ne} - \text{N}/2)}{\text{N}/2}$$

$$\text{N}/2$$

Keterangan:

CVR = *Content Validity Ratio*

Ne = Jumlah *expert* yang menyatakan item tersebut relevan (skala 3 atau 4)

N = Jumlah *expert* yang melakukan uji validitas

c) Menghitung *Content Validity Index* (CVI)

CVI = $\frac{\text{CVR}}{\text{Jumlah pernyataan}}$

d) Kategori hasil perhitungan CVR dan CVI

Hasil perhitungan CVR dan CVI dinyatakan dalam bentuk rasio dari 0-1 yang dikategorikan menjadi:

0-0,33 = tidak sesuai

0,34-0,67 = sesuai

0,68-1 = sangat sesuai

Uji *construct validity* dilakukan pada subjek yang memiliki karakteristik sama dengan sampel penelitian. Hasil uji *construct validity* kemudian diukur menggunakan rumus *Pearson Product Moment*

$$r_{\text{hitung}} = \frac{n\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{\{n\sum x^2 - (\sum x)^2\} \{n\sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

Keterangan:

r_{hitung} = koefisien korelasi

n = banyaknya pasangan data X dan Y

$\sum x$ = total jumlah dari variabel X

$\sum y$ = total jumlah dari variabel Y

Sebuah instrumen dikatakan valid jika $r_{hitung} \geq r_{tabel}$ dan tidak valid jika instrumen $r_{hitung} \leq r_{tabel}$. Uji *construct validity* dilakukan kepada 40 perawat di RSUD Tugurejo. Nilai r_{tabel} pada 40 responden dengan tingkat signifikansi 5% dan Df sebesar 38 adalah sebesar 0,3120.⁵⁹

2) Reliabilitas (keandalan)

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan. Alat dan cara mengukur atau mengamati sama-sama memegang peranan yang penting dalam waktu yang bersamaan.⁵¹ Uji reliabilitas dihitung menggunakan rumus *Alpha Cronbach*

$$r = \left[\frac{k}{(k-1)} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan :

r = koefisien reliabilitas *instrument (alpha cronbach)*

k = banyaknya jumlah pertanyaan

$\sum \sigma_i^2$ = jumlah varian pertanyaan

σ_t^2 = jumlah varian total

Tingkat reliabilitas uji *alpha cronbach* (58)

0,0-0,20 = kurang reliabel

>0,20-0,40 = agak reliabel

>0,40-0,60 = cukup reliabel

>0,60-0,80 = reliabel

>0,80-1,00 = sangat reliabel

Uji reliabilitas dilakukan kepada 40 perawat di RSUD Tugurejo.

2. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan membagi kuesioner kepada perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo dengan mempertimbangkan kriteria inklusi dan eksklusi. Sedangkan langkah – langkah dalam metode pengumpulan data dilakukan dengan cara:

- a. Peneliti membuat surat ijin pengkajian data awal yang ditujukan untuk direktur RSUD Tugurejo.
- b. Setelah mendapatkan surat ijin pengkajian data awal, peneliti berkoordinasi dengan bagian diklat RSUD Tugurejo untuk menyampaikan tujuan akan melakukan pengkajian data awal penelitian.
- c. Peneliti memperoleh data awal dari kepala seksi (Kasie) pelayanan rawat jalan dan salah satu kepala ruang di RSUD Tugurejo terkait dengan insiden keselamatan pasien yang pernah terjadi, data jumlah perawat, dan gambaran penerapan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat beserta faktor yang mempengaruhinya.
- d. Peneliti menyusun proposal penelitian.
- e. Peneliti mengajukan permohonan uji *content validity* kepada 2 *expert* yaitu Ns. Devi Nurmalia, S.Kep., M.Kep dan Ns. Elyana Sri Sulistyowati, S.Kep

- f. Peneliti mengajukan permohonan uji *construct validity* dan reliabilitas instrumen yang ditujukan kepada 40 perawat di RSUD Tugurejo.
- g. Setelah proposal penelitian disetujui oleh penguji dan pembimbing, peneliti mengajukan *ethical clearance* dan ijin penelitian kepada direktur RSUD Tugurejo.
- h. Setelah mendapatkan surat ijin penelitian, peneliti berkoordinasi dengan bidang keperawatan RSUD Tugurejo.
- i. Peneliti berkoordinasi dengan kepala ruang instalasi rawat inap untuk meminta ijin penelitian atau pengambilan data.
- j. Setelah mendapatkan semua syarat dan ijin penelitian, peneliti mencari responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan.
- k. Peneliti memberikan penjelasan yang rinci tentang tujuan, manfaat dan prosedur pengisian dari penelitian ini kepada responden dibantu oleh *enumerator*. Peneliti meminta kesediaan responden menjadi subjek dalam penelitian. Peneliti menyerahkan *informed consent* untuk ditandatangani dan kusioner untuk diisi oleh peneliti.
- l. Setelah kusioner selesai diisi, peneliti memastikan bahwa responden mengisi seluruh pernyataan yang ada dalam kusioner dan memastikan bahwa kusioner telah diisi lengkap oleh 129 responden.

H. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Teknik Pengolahan Data

Setelah dilakukan pengambilan data, langkah selanjutnya adalah melakukan pengolahan data. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif sehingga digunakan analisis statistik. Beberapa langkah yang harus dilakukan adalah sebagai berikut^{49 56} :

a. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dilakukan segera setelah responden mengisi kuesioner sehingga jika ada kesalahan dapat langsung diklarifikasi dengan responden.

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Adapun kode dalam kuesioner penelitian ini antara lain:

Tabel 5.
Coding Data Penelitian

Variabel	Kategori	Kode
Umur	Remaja akhir (17-25 tahun)	1
	Dewasa awal (26-35 tahun)	2
	Dewasa akhir (36-45 tahun)	3
Jenis Kelamin	Laki-laki	1
	Perempuan	2
Tingkat Pendidikan	D3 Keperawatan	1
	D4 Keperawatan	2
	S1 Keperawatan	3
	Ners	4
	S2 Keperawatan	5

Pelatihan	Belum Pernah	1
	Pernah	2
Anggota Tim <i>Patient Safety</i>	Ya	1
	Tidak	2
Supervisi	Baik	1
	Kurang Baik	2
Perilaku perawat dalam menerapkan <i>patient safety</i>	Baik	1
	Kurang baik	2

a. *Entry Data*

Data entri adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontigensi.

b. *Tabulating*

Tabulating merupakan pengorganisasian data sehingga dapat mempermudah dalam menjumlah dan menyusun untuk disajikan dan dianalisis. Tabel data dalam penelitian ini diorganisasikan dalam kelompok hitungan karakteristik responden, hitungan supervisi, dan hitungan perilaku penerapan *patient safety*.

c. *Cleaning*

Cleaning adalah proses untuk membenarkan dan menyelesaikan hal-hal yang masih salah atau kurang jelas.

2. Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang penting untuk menjawab tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab terkait pertanyaan peneliti yang mengungkap berbagai fenomena.

a. Uji Normalitas

Uji normalitas digunakan untuk mengetahui apakah data berdistribusi normal atau tidak normal. Sehingga dapat ditentukan kategori hasil ukur pada kuesioner yang digunakan. Uji normalitas dalam penelitian ini adalah *Kolmogrov Smirnov* karena sampel lebih dari 50 responden. Data berdistribusi normal jika nilai probabilitas $>0,05$ dan data tidak berdistribusi normal jika nilai probabilitas $\leq 0,05$.⁵⁸

b. Analisis Data Univariat

Analisis data univariat merupakan suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data dengan cara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik distribusi frekuensi.⁵¹ Analisis univariat dilakukan untuk mengukur satu variabel tunggal. Variabel yang dianalisis dalam penelitian ini adalah karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman pelatihan tentang keselamatan pasien, dan keikutsertaan sebagai anggota tim *patient safety*. Variabel karakteristik responden disajikan dalam bentuk kategorik. Selain itu variabel lain yang diteliti adalah supervisi yang dilakukan oleh *supervisor* keperawatan dan variabel perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety*.

c. Analisis Data Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel untuk mencari kemaknaan hubungan atau korelasi antara variabel bebas dengan variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah supervisi dan variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku perawat. Skala yang digunakan untuk mengukur kedua variabel tersebut adalah skala ordinal. Skala tersebut dimasukkan kedalam jenjang-jenjang atau ranking, sehingga dapat diukur dengan menggunakan analisis korelasi *Rank Spearman*.⁶⁰

I. Etika Penelitian

1. *Autonomy*

Autonomy dalam penelitian ini adalah menghormati apapun keputusan responden. Peneliti memberikan *Informed consent* yang merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan *Informed consent* adalah subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.^{49 57}

2. *Anonimity (tanpa nama)*

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.^{49 57}

3. **Kerahasiaan (*confidentiality*)**

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.^{49 57}

4. ***Beneficent* (kemanfaatan)**

Penelitian ini bermanfaat untuk subyek penelitian, masyarakat atau ilmu pengetahuan.⁵⁹ Semua tindakan yang dilakukan dalam penelitian ini adalah mengandung prinsip kebaikan salah satunya adalah untuk mengevaluasi gambaran supervisi dan perilaku perawat dalam menerapkan *patient safety*.

5. ***Non-Maleficence* (bukan kejahatan)**

Menghindari bahaya untuk responden dan bersifat mengurangi resiko-resiko berat yang mungkin terjadi pada responden.⁵⁹ Penelitian ini tidak dilakukan perlakuan kepada responden. Penelitian yang dilakukan tidak mengandung unsur bahaya atau merugikan orang lain atau responden.

6. **Kejujuran**

Peneliti menjelaskan secara jujur tentang segala hal diterima oleh oleh responden saat penelitian. Penjelasan yang disampaikan dalam penelitian ini adalah termasuk *inform consent* dan penjelasan terkait pengisian kuesioner.

7. Keadilan Sosial

Hak-hak diwakili dalam sampel, hak-hak untuk mempergunakan pengetahuan yang sama, dan hak untuk tidak didiskriminasi menurut kelas atau kategori.⁵⁹ Saat pengambilan data, responden memperoleh keadilan yang sama tanpa dibeda-bedakan oleh peneliti dalam hal keadilan, peneliti memberikan perlakuan yang sama ketika pengisian kuesioner, keadilan dalam memperoleh informasi terkait penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mitchell PH. Patient Safety and Quality. Patient Saf Qual - An Evidence-Based Handb Nurses. 2008;08–0043. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/pdf/Bookshelf_NBK2681.pdf
2. Departemen Kesehatan RI. Panduan Nasional Keselamatan Rumah Sakit. Jakarta: Bakti Husada; 2006. 10 p. Available from: <http://www.inapatsafety-persi.or.id/data/panduan.pdf>
3. Mulyana DS. Analisis Penyebab Insiden Keselamatan Pasien oleh Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta. Universitas Indonesia; 2013.
4. Donaldson MS. An Overview of To Err is Human : Re-emphasizing the Message of Patient Safety. Patient Saf Qual An Evidence-Based Handb Nurses. 2008;1:37–46. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2673/pdf/Bookshelf_NBK2673.pdf
5. Kohn LT, Corrigan JM. To Err Is Human Building a Safer Health System. Donaldson MS, editor. Washington DC: National Academy Press; 2003. 1-34 p. Available from: <http://www.csen.com/err.pdf>
6. World Health Organization. 10 Facts On Patient Safety. 2014 [cited 2016 Jan 1]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
7. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS). Laporan Insiden Keselamatan Pasien. 2010; Available from: http://www.inapatsafety-persi.or.id/umpan_balik/laporan_ikp2.pdf
8. Joint Commission International. Joint Commission International Accreditation Standards For Hospitals. 4 Edition. USA: JCI; 2011. 35 p.
9. Joint Commission International. International Patient Safety Goals. JCI. 2011. Available from: <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>
10. Needleman J, Hassmiller S. The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: Real-world results. Health Aff. 2009;28(4):625–33. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/28/4/w625.full.pdf+html>
11. Canadian Nurses Association. Nurses and Patient Safety: 2004;1–24. Available from: https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/patient_safety_discussion_paper_e.pdf?la=en
12. Yudhawati DD, Listiowati E. Evaluasi Penerapan Identifikasi Pasien Di Bangsal Rawat Inap Rsi Siti Aisyah Madiun. 2013;1–10.

13. Cheragi MA, Manoocheri H, Ehsani SR. Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013;18(3):228–31.
14. Parsinahingsih SH, Supratman. Gambaran Pelaksanaan Kewaspadaan Universal Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr Moewardi Surakarta. *Ber Ilmu Keperawatn.* 2008;1(1):25–30. Available from: <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/463/1d.pdf?sequence=1>
15. Gibson J., Ivancevich J., Donnelly J. *Organisasi: Perilaku, Struktur, Proses, Jilid 1.* Jakarta: Binarupa Aksara Publisher; 2003.
16. Nichol K, Bigelow P, O'Brien-Pallas L, McGeer A, Manno M, Holness DL. The individual, environmental, and organizational factors that influence nurses' use of facial protection to prevent occupational transmission of communicable respiratory illness in acute care hospitals. *Am J Infect Control.* 2008;36(7):481–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019665530800059X>
17. Martyastuti N. Hubungan Antara Faktor Individu dan Persepsi Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana dalam Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Bendan Pekalongan. Universitas Diponegoro; 2016.
18. Aprilia S. Faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam penerapan IPSG di Instalasi rawat Inap RS Swasta X Tahun 2011. 2011;
19. Suarli S, Bahtiar Y. *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis.* Jakarta: Erlangga; 2009.
20. Helen Halpern, Mckimm J. What is supervision? 2006;1–15. Available from: http://www.faculty.londondeanery.ac.uk/other-resources/files/Pre course reading Halpern and McKimm_one day course.pdf
21. Suyanto. *Mengenal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di Rumah Sakit.* Jogjakarta: Mitra Cendikia; 2008.
22. Aeni WN. Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Supervisi untuk Meningkatkan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan SPO Pemasangan Infus di RSUD Indramayu. Universitas Diponegoro; 2016.
23. Amsrud KE. The influence of clinical supervision and its potential for enhancing patient safety – Undergraduate nursing students' views. 2015;5(6):87–95.
24. Tsang, L. F., Yuk, T.K., Sham SY. How to change nurses' behavior leading to medication administration errors using a survey approach in United Christian Hospital. *J Nurs Educ Pract.* 2014;4(12). Available from: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/4826>

25. Cruz S, Luís A, Barbosa P, Lamas B. Morse fall scale user ' s manual : Quality in supervision and in nursing practice. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2015;171:334–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.130>
26. Wati IM. Pengaruh Supervisi Klinis Terhadap Penatalaksanaan Universal Precaution Oleh Perawat (Literature Review). 2014;(2):138–42.
27. Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Daftar Rumah Sakit Terakreditasi Versi 2012. 2014 [cited 2016 Jan 1]. p. 20. Available from: http://accreditation.kars.or.id/accreditation/report/report_accredited.php
28. RSUD Tugurejo. Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien. 2016 [cited 2016 Jan 1]. Available from: <http://www.rstugurejo.com/blog/peningkatan-budaya-keselamatan-pasien/>
29. Retnaningsih D, Fatmawati Di. Beban Kerja Perawat Terhadap Implementasi Patient Safety Di Ruang Rawat Inap. *J Keperawatan Soedirman.* 2016;11(1):44–52. Available from: <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/viewFile/637/383>
30. Pujiyanto T. Pengaruh Pelatihan Supervisi terhadap Pemahaman Kepala Ruangan dan Wakil Kepala Ruangan tentang Supervisi di RSUD Tugurejo. Universitas Indonesia; 2010.
31. World Health Organization. Patient safety. 2016 [cited 2016 Nov 11]. Available from: http://www.who.int/topics/patient_safety/en/
32. Emanuel L, Berwick D, Conway J. What exactly is patient safety? 2008;1–18. Available from: http://ahrq.hhs.gov/downloads/pub/advances2/vol1/Advances-Emanuel-Berwick_110.pdf
33. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 2011 [cited 2016 Nov 11]. Available from: http://202.70.136.86/bprs/uploads/pdf/files/21_PMK_No._1691_ttg_Keselamatan_Pasien_Rumah_Sakit.pdf
34. Setiyajati A. Pengaruh Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Penerapan Keselamatan Pasien di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi. Universitas Sebelas Maret; 2014.
35. Bantu A, Mulyadi, Bidjuni H. Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Penerapan Identify Patient Correctly Di Rsup Ratatotok Buyat Kabupaten Minahasa Tenggara. 2014;

36. Lestari W. Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Patient Safety dengan Penerapan Patient Safety pada Pasien Stroke di Rawat Inap di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul. 2013; Available from: http://opac.unisayogya.ac.id/508/1/naskah_publicasi_WIJI_LESTARI_090201026.pdf
37. Wijayanto W. Hubungan Motivasi Perawat dengan Perilaku Pemakaian Alat Pelindung Diri Saat Melakukan Kemoterapi di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi. Stikes Kusuma Husada Surakarta; 2015. Available from: <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/25/01-gdl-wahyuwijay-1211-1-skripsi-o.pdf>
38. Lai ER. Motivation : A Literature Review. 2011;1–43. Available from: <http://www.datec.org.uk/CHAT/chatmeta1.htm>
39. Toode K. Nurses ' Work Motivation Nurses ' Work Motivation Essence and Associations. Tampere: Universitas Tamperensis; 2015. 11 p. Available from: <http://www.rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/6124/1/Toode2015.pdf>
40. Ramdan IM, S DL. Implementation Of Patient Safety Program By Nurse At Hospital “ X ” In Samarinda And Factors Influence. 2015;9(2):145–50.
41. Saptorini M. Pengaruh Persepsi Tentang Profesionalitas, Pengetahuan Patients Safety Dan Motivasi Perawat Terhadap Pelaksanaan Program Patients Safety Di Ruang Rawat Inap Rso Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. Universitas Sebelas Maret; 2010.
42. Notoatmodjo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.
43. Sunaryo. Psikologi untuk Keperawatan. Jakarta: EGC; 2004.
44. Makhfudli EF. Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
45. Nursalam. Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. 3rd ed. Jakarta: Salemba Medika; 2012. 85-86 p.
46. Winstanley J, White E. New Evidence in the Implementation and Evaluation of Clinical Supervision. Virginia Henderson Glob Nurs e-Repository. 2012;
47. Sastroasmoro S, Ismael S. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis. 3rd ed. Jakarta: Sagung Seto; 2010. 39 p.
48. Wibowo A. Metodologi Penelitian Praktis. 1st ed. Jakarta: Rajawali Pers; 2014. 124 p.
49. Hidayat AAA. Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika; 2009. 60 p.

50. Murti B. Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2006. 47 p.
51. Nursalam. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. 3rd ed. Jakarta: Salemba Medika; 2014. 125-127 p.
52. Setiadi. Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2007.
53. Winstanley J, White E. Clinical Supervision: Models Measures and Best Practice. *Nurse Res.* 2000;10(4):20–30.
54. Osman Consulting. The MCSS-26© (previously The Manchester Clinical Supervision Scale©). Osman Consulting Pty Ltd. 2015 [cited 2016 Dec 20]. Available from: http://www.osmanconsulting.com/info_mcscs/home_mcscs.php
55. Zakiyah A. Pengaruh supervisi pimpinan ruang terhadap pelaksanaan pemberian cairan intravena di rumah sakit umum daerah sidoarjo tesis. Universitas Indonesia; 2012.
56. Ruslan R. Metode Penelitian: Public Relation & Komunikasi. Jakarta: Rajawali Pers; 2013. 304 p.
57. Brockopp YD, Tolsma MTH. Dasar-Dasar Riset Keperawatan. Edisi 2. Jakarta: EGC; 2000. 172-179 p.
58. Budiarto E. Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat. Widyastuti P, editor. Jakarta: EGC; 2001.
59. Santoso S. Mengatasi Berbagai Masalah Statistik dengan SPSS. Jakarta: PT. Gramedia; 2005.
60. Brink PJ, Wood MJ. Buku Langkah Dasar Dalam Perencanaan Riset Keperawatan: Dari Pertanyaan Sampai Proposal. 4th ed. Jakarta: EGC; 2001. 207 p.
61. Ariastuti NLP, Margawati A, Hidayati W. Analisis faktor - faktor yang mempengaruhi perawat dalam melaksanakan patient safety di kamar bedah.

Lampiran 1. Surat Pengantar Pengkajian Data Awal



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Profesor Soedarto, SH, Tembalang, Semarang 50275
Telepon : (024) 76928010 Faximile : (024) 76928011
Email : dean_fmdu@undip.ac.id

Nomor : 11373 /UN7.3.4/D1/PP/2016
Perihal : Permohonan Ijin Pengkajian
Data Awal Proposal Penelitian

02 NOV 2016

Kepada Yth.
Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang
di - Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan kegiatan pembuatan proposal penelitian mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP sebagai persyaratan mengikuti M.A. Riset Keperawatan, maka kami mohon kiranya Saudara dapat membantu mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Dian Eka Solehati
NIM : 22020113120022
Judul/Topik : Hubungan Motivasi dengan Perilaku Perawat Pelaksana dalam Menerapkan Patient Safety di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang
Pembimbing : Ns. Yuni Dwi Hastuti, S.Kep.,M.Kep

Untuk mencari data awal di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang yang diperlukan dalam pembuatan proposal penelitian.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

a.n Dekan
Bantuan Dekan I,



Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes.,Sp.S(K)
NIP. 19660702 199512 1 001

Tembusan

1. Dekan FK UNDIP (sebagai laporan)
2. PD IV FK UNDIP
3. Ketua Jurusan Ilmu Keperawatan FK. UNDIP

Lampiran 2. Surat Ijin Studi Pendahuluan



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO
Alamat Kantor : Jl. Raya Tugurejo – Semarang Telp. 7605378,7605297 Fax.7604398
Email : tugurejo@jatengprov.go.id Website : www.rstugurejo.com

Semarang, 9 Nopember 2016

Nomor : 123.4/7417
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengkajian Data Awal

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro (UNDIP)
di-

SEMARANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 11373/UN7.3.4/DI/PP/2016 tanggal 2 Nopember 2016 perihal tersebut pada pokok surat, pada dasarnya kami **tidak keberatan dan memberi ijin** untuk melaksanakan Pengkajian Data Awal di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah kepada Mahasiswa yang Saudara ajukan :

NAMA : Dian Eka Solehati
NIM : 22020113120022
Prodi : S1 Ilmu Keperawatan
JUDUL : " Hubungan Motivasi dengan Perilaku Perawat Pelaksana dalam Menerapkan Patient Safety di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang ".

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

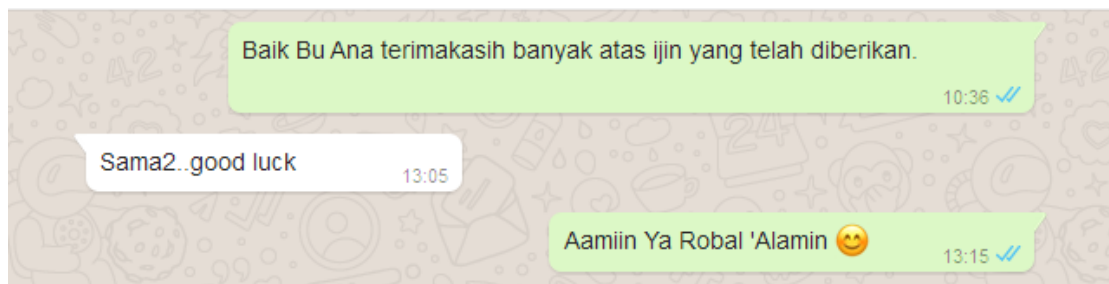
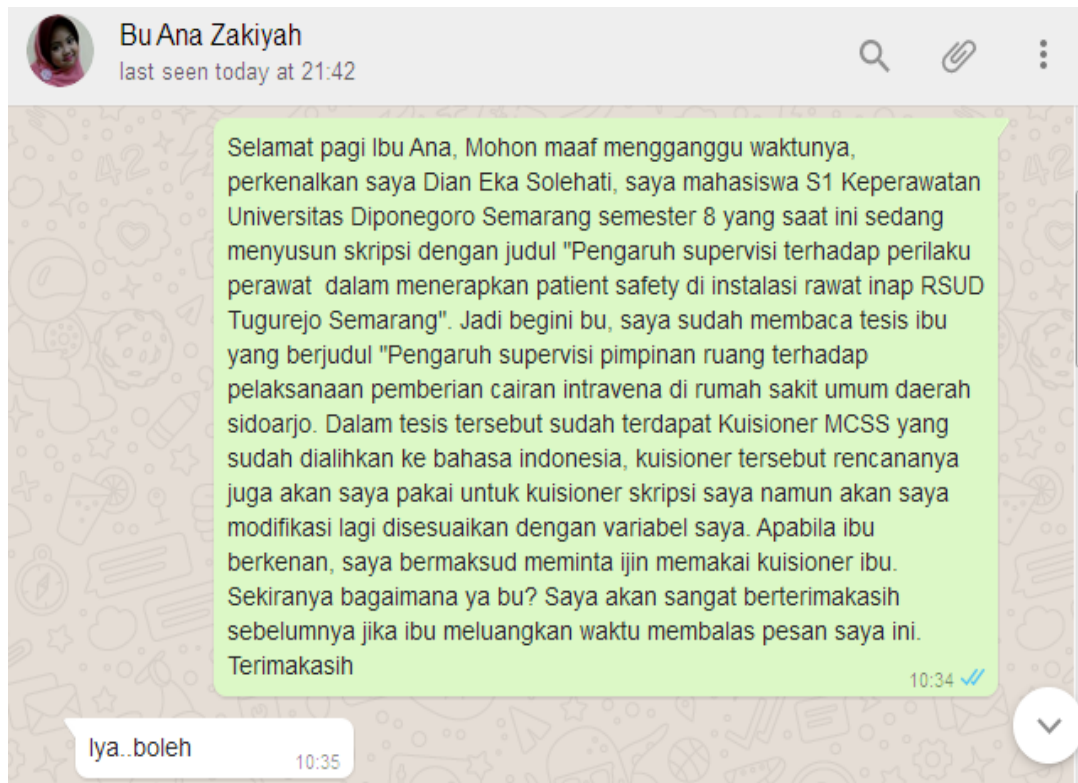
an.DIREKTUR RSUD TUGUREJO
PROVINSI JAWA TENGAH
Wakil Umum dan Keuangan



Dra. RETNO SUDEWI, Apt., MSi, MM
Bina Tingkat I
NIP. 19681124 199310 2 001

TEMBUSAN :
1. Direktur RSUD Tugurejo (sebagai laporan)

Lampiran 3. Ijin Penggunaan Kuesioner



KUESIONER

**PENGARUH SUPERVISI TERHADAP PERILAKU PERAWAT DALAM
MENERAPKAN *PATIENT SAFETY* DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD**

TUGUREJO



Oleh

Dian Eka Solehati

22020113120022

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS DIPONEGORO

SEMARANG, MEI 2017

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada yth.

Calon Responden Penelitian

Di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Dian Eka Solehati

NIM : 22020113120022

adalah mahasiswa semester 8 (delapan) Jurusan S-1 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang akan melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Supervisi terhadap Perilaku Perawat dalam Menerapkan *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo”

Saya bermaksud memohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk menjadi responden dalam penelitian ini dengan mengisi kuesioner yang sudah disediakan sesuai dengan petunjuk yang tertera. Segala informasi yang menyangkut identitas dan jawaban yang Bapak/Ibu/Saudara/i berikan akan dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan dalam kepentingan penelitian. Bila Bapak/Ibu/Saudara/i bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, mohon untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya sertakan bersama surat ini.

Demikian permohonan ini saya sampaikan. Atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terimakasih.

Semarang, Mei 2017

Peneliti

Dian Eka Solehati

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan :

BERSEDIA / TIDAK BERSEDIA*

menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh Supervisi terhadap Perilaku Perawat dalam Menerapkan *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Tugurejo” oleh Dian Eka Solehati. Saya telah mengerti dengan penjelasan terkait tujuan dan manfaat penelitian yang telah disampaikan oleh peneliti, sehingga keputusan yang saya ambil bebas dari tekanan maupun paksaan dari pihak manapun.

*: coret salah satu

Semarang, Mei 2017

(.....)



KUESIONER

PENGARUH SUPERVISI TERHADAP PERILAKU PERAWAT DALAM MENERAPKAN *PATIENT SAFETY* DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD TUGUREJO

Nomor Responden (diisi oleh peneliti) :

A. Karakteristik Responden

Petunjuk:

1. Bapak/Ibu/Saudara/i tidak perlu mencantumkan nama untuk menjamin kerahasiaan data
2. Mohon jawab pertanyaan berikut dengan apa adanya dan sejujur-jujurnya
3. Berilah tanda (√) untuk jawaban yang Bapak/ Ibu/ Saudara/i pilih

1. Nama (inisial) :
2. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
3. Umur :tahun
4. Pendidikan : D3 D4
 S1 Ners
 S2
5. Pelatihan : Pernah Belum pernah
tentang *Patient Safety*
6. Tim *Patient Safety* : Iya Tidak

B. Supervisi

Petunjuk pengisian: Berilah tanda (√) di dalam kolom jawaban yang tersedia sesuai dengan kondisi yang Bapak/Ibu/Saudara/i rasakan, dengan pilihan:

1. Ya : Jika pernyataan tersebut dilakukan
2. Tidak : Jika pernyataan tersebut tidak dilakukan

Supervisor dalam penelitian ini : Tim *patient safety*, kepala ruang, pengawas keperawatan, dan kepala seksi keperawatan

No	Pernyataan	Ya	Tidak
Komponen Normatif			
1.	Supervisor memberikan kewajiban kepada saya untuk menerapkan sasaran <i>patient safety</i>		
2.	Supervisor melakukan supervisi pelaksanaan sasaran <i>patient safety</i> hanya pada karyawan baru		
3.	Supervisor memberikan kesempatan pada saya untuk menyampaikan permasalahan yang muncul terkait topik sasaran <i>patient safety</i>		
4.	Supervisor memberikan umpan balik terhadap hasil supervisi		
5.	Supervisor memberikan alternatif pemecahan masalah yang ditemukan dalam pelaksanaan sasaran <i>patient safety</i> tanpa melibatkan saya		
6.	Supervisor meluangkan waktu untuk melakukan supervisi tentang sasaran <i>patient safety</i>		
7.	Supervisor menyampaikan tujuan supervisi dengan jelas		
8.	Supervisor melakukan supervisi dengan tidak rutin		
9.	Supervisor melakukan investigasi saat terjadi masalah tentang sasaran <i>patient safety</i>		
10.	Supervisor membimbing saya untuk melakukan pekerjaan sesuai dengan sasaran <i>patient safety</i>		
11.	Supervisor mensosialisasikan rencana supervisi kepada saya		

No	Pernyataan	Ya	Tidak
Komponen Formatif			
12.	Supervisor mengarahkan saya untuk bekerja sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang ada		
13.	Supervisor menjelaskan tentang sasaran <i>patient safety</i>		
14.	Supervisor hanya melakukan pengawasan ketika menjalankan kegiatan supervisi		
15.	Supervisor dalam mengidentifikasi permasalahan sasaran <i>patient safety</i> kurang sesuai dengan kenyataan yang ada		
16.	Supervisor melakukan supervisi jika ada insiden keselamatan pasien		
17.	Supervisor memberikan masukan pada saya saat supervisi		
18.	Supervisor memeriksa hasil pekerjaan saya sesuai standar yang telah ditetapkan		
Komponen Restoratif			
19.	Supervisor memberikan contoh dalam menerapkan sasaran <i>patient safety</i>		
20.	Supervisor memberikan sanksi apabila saya tidak menerapkan sasaran <i>patient safety</i>		
21.	Supervisor memberikan motivasi untuk selalu menerapkan sasaran <i>patient safety</i> dengan benar		
22.	Supervisor tidak memberikan <i>reinforcement</i> apabila saya patuh menerapkan sasaran <i>patient safety</i>		
23.	Supervisor mengingatkan saya untuk selalu memperhatikan <i>patient safety</i> dalam melakukan setiap tindakan		
24.	Supervisor memberikan dukungan kepada saya dengan memberikan kesempatan pada saya mengikuti pelatihan atau seminar tentang <i>patient safety</i>		
25.	Supervisor mendorong saya untuk meningkatkan pengetahuan tentang <i>patient safety</i>		
26.	Supervisor mendorong saya untuk meningkatkan ketrampilan dalam menerapkan sasaran <i>patient safety</i>		

C. Perilaku Perawat dalam Menerapkan *Patient Safety*

Petunjuk pengisian: Berilah tanda (√) di dalam kolom yang tersedia di bawah ini. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/i seberapa sering perilaku menerapkan *Patient Safety* yang dilakukan Bapak/Ibu/Saudara/i terhadap pasien di Instalasi rawat inap. Mohon diisi dengan apa adanya dan sejujurnya.

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
Mengidentifikasi Pasien dengan Benar					
1.	Saya menggunakan minimal 2 dari 3 identitas pasien yaitu nama lengkap, tanggal lahir, dan No. RM untuk mengidentifikasi pasien				
2.	Saya mencocokkan gelang identitas pasien dengan etiket obat sebelum memberikan obat-obatan				
3.	Saya mengambil sampel darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis tanpa mencocokkan stiker label pada tabung dengan gelang identitas pasien				
4.	Saya mencocokkan gelang identitas pasien dengan label infus sebelum melakukan pemasangan infus				
5.	Saya menggunakan nomor kamar untuk identifikasi pasien				
6.	Saat pengambilan sampel darah dan spesimen lainnya saya mencocokkan stiker label pada tabung dengan gelang identitas pasien				
7.	Saya mencocokkan gelang identitas pasien hanya saat pertama bertemu pasien saat pengkajian awal				
8.	Saya tetap memanggil pasien yang mengalami koma untuk proses identifikasi				
9.	Saya memberikan edukasi pada pasien pentingnya gelang identitas pasien				
10.	Saya memberikan gelang identitas warna merah untuk pasien alergi				

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
Meningkatkan Komunikasi Efektif					
11.	Bila ada perintah secara lisan melalui telepon, saya mencatat perintah tersebut secara lengkap				
12.	Bila ada perintah secara lisan melalui telepon, saya membacakan kembali isi dari perintah tersebut				
13.	Pemberi perintah mengkonfirmasi ulang perintah yang ditulis saat ada perintah secara lisan melalui telepon				
14.	Saya meminimalkan penggunaan perintah lisan terkait pengobatan LASA				
15.	Saat melakukan serah terima pasien, saya menjelaskan kondisi terkini yang terjadi pada pasien				
16.	Saya melakukan serah terima pasien tanpa menjelaskan informasi penting berhubungan dengan kondisi pasien				
17.	Saat melakukan serah terima pasien saya menjelaskan hasil pengkajian dari kondisi pasien				
18.	Saya memberikan rekomendasi tindakan yang diberikan kepada pasien saat serah terima pasien				
19.	Dokter melakukan pengecekan ulang 1 x 24 jam atas perintah yang tertulis				
Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan yang Harus Diwaspadai					
20.	Saya melakukan pemantauan dengan ketat pasien yang menggunakan obat HAM (<i>High Alert Medications</i>)				
21.	Saya menyimpan obat <i>high alert</i> dengan memberi label pada tempat penyimpanan				
22.	Saya memberikan label untuk obat LASA				
23.	Sebelum mengoplos obat, saya mencocokkan 2 dari 3 identitas yang ditetapkan dengan jenis obat yang didapat, dosis, waktu dan rute pemberian.				

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
24.	Saya menanyakan ada alergi atau tidak kepada pasien sebelum memberi obat				
25.	Saya menyuntikan obat elektrolit pekat (HAM) tanpa mengencerkan terlebih dahulu				
26.	Saya meletakkan KCL 7,46% dekat aquadest agar mudah dijangkau saat diperlukan				
27.	Saya meletakkan semua obat oral di meja pasien				
28.	Saya mencatat dan menyampaikan informasi yang benar tentang pengobatan pasien dalam dokumen termasuk nama obat, dosis, rute, frekuensi, durasi, dan manfaat				
29.	Saya memberikan edukasi pentingnya mengelola informasi tentang obat kepada pasien ketika meninggalkan rumah sakit.				
30.	Saya mencocokkan obat sesuai terapi pasien dengan etiket yang ada di bungkus obat				
Memastikan Benar Lokasi Operasi, Benar Prosedur, dan Benar Pasien					
31.	Saya menggunakan <i>marking</i> yang jelas untuk identifikasi lokasi operasi				
32.	Saya melibatkan pasien dalam proses penandaan lokasi operasi				
33.	Saya melakukan verifikasi saat pre operasi untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien				
34.	Setelah operasi saya mengecek kelengkapan pengisian <i>safety surgery checklist</i>				
35.	Saya tidak melakukan verifikasi ulang dokumen terhadap pasien pra operasi karena akan dilakukan verifikasi di ruang persiapan tindakan				
36.	Saya melakukan verifikasi pre medikasi pada pasien pre operasi				

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
Mengurangi Resiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan					
37.	Saya cuci tangan sebelum mengecek tanda-tanda vital				
38.	Saya cuci tangan setelah mengecek tanda-tanda vital				
39.	Saya cuci tangan sebelum membantu pasien untuk berpindah tempat				
40.	Saya cuci tangan setelah membantu pasien untuk berpindah tempat				
41.	Saya cuci tangan sebelum melakukan injeksi ke pasien				
42.	Saya cuci tangan setelah membuka sistem <i>water seal drainage</i> (WSD)				
43.	Saya cuci tangan setelah membersihkan meja samping tempat tidur pasien jika tangan terlihat kotor				
44.	Saya menggunakan kuku buatan (cat kuku)				
45.	Saya menggunakan sabun dengan <i>hand rubs</i> secara bersamaan				
46.	Saya mengevaluasi semua kateter vena sentral secara rutin				
47.	Saya membuang kateter yang tidak penting				
48.	Saya cuci tangan menggunakan <i>hand rubs</i> jika tangan terlihat kotor karena adanya darah atau cairan tubuh pasien				
49.	Setelah melepas <i>handscoon</i> saya tidak cuci tangan karena masih steril				
50.	Setelah 5 kali menggunakan <i>hand rubs</i> , maka selanjutnya saya menggunakan <i>hand wash</i>				

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh					
51.	Saya mengkaji resiko jatuh pada semua pasien baru yang masuk ke ruangan				
52.	Saya menentukan <i>scoring</i> berdasarkan kriteria resiko pasien jatuh				
53.	Saya hanya memberikan gelang identitas warna kuning sebagai tanda kategori resiko jatuh sedang				
54.	Saya mengkaji ulang pada pasien dengan resiko jatuh sedang setiap 4 jam sekali				
55.	Saya mengkaji resiko jatuh khusus untuk pasien lansia				
56.	Saya memberikan edukasi pada keluarga strategi untuk mengurangi jatuh pasien				
57.	Saya melakukan komunikasi dengan pihak yang bertanggungjawab apabila kondisi lingkungan dapat menyebabkan jatuh misalnya lantai licin				
58.	Saya memastikan roda tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci				
59.	Saya melakukan pengawasan ketat pada pasien dengan resiko jatuh tinggi dengan melakukan monitor setiap 1 jam.				
60.	Saya menurunkan pengaman tempat tidur pasien yang mengalami keterbatasan gerak				

TERIMAKASIH

Lampiran 5. Lembar Konsultasi

JADUAL KONSULTASI

No.	Tanggal	Materi Konsultasi	Dosen	Keterangan
1	14-Okt-16	konsultasi topik skripsi 1		Perbaiki, ⊕ stupend
2	20-Okt-16	konsultasi topik skripsi 2		Perbaiki
3	26-Okt-16	Variabel untuk stupend		Cart fenomena yg aktual
4	11-Nov-16	konsultasi latar belakang		revisi dan ⊕ BAB II
5	7-Des-16	konsultasi BAB I dan II		perbaiki lanjut BAB III
6	19-Des-16	konsultasi BAB I dan II		
7	4-Jan-17	konsultasi BAB III		
8	6-Jan-17	Diskusi terkait dengan BAB III		
9	24-Jan-17	konsultasi BAB I-III		
10	6-Mar-17	konsultasi BAB I-III		Perbaiki
11	20-Mar-17	konsultasi BAB I-III		perbaiki & persiapkan sempro
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				

CATATAN HASIL KONSULTASI

Hari/Tanggal : 14 Oktober 2016

Catatan :

Perbaiki topik skripsi, kemudian ditambahkan lagi studi pendahuluan supaya fenomena bisa lebih kuat.

Paraf

Hari/Tanggal : 20 Oktober 2016

Catatan :

Topik skripsi lebih di perjelas, cari jurnal yang mendukung dan instrumen untuk persiapan penelitian

Paraf

Hari/Tanggal : 26 Oktober 2016

Catatan :

Saat studi pendahuluan tidak hanya berfokus pada variabel motivasi perawat, namun dilihat dari semua faktor yang sekiranya mempengaruhi perawat dalam menerapkan *patient safety*

Paraf

Hari/Tanggal : 11 November 2016

Catatan :

Latar belakang difokuskan pakai IPSTG atau NPSG, hasil studi pendahuluan diperjelas lagi menggunakan angka jangan beberapa, menambahkan hasil stupend terkait motivasi perawat.

Paraf

Hari/Tanggal : 07 Desember 2017

Catatan :

Ganti variabel dari motivasi menjadi supervisi, karena berdasarkan hasil stupen yang lebih berpengaruh adalah supervisi, kuatkan fenomena yang akan diteliti, tambahkan terkait supervisi termasuk faktor yang dapat berpengaruh pada supervisi.

Paraf

Hari/Tanggal : 19 Desember 2016

Catatan :

Ganti responden dari perawat pelaksana menjadi perawat yang memberikan pelayanan keperawatan jadi ketua TIM termasuk menjadi responden, dibagian rumusan masalah tambahkan data perilaku *patient safety*, perbaiki kerangka teori.

Paraf

Hari/Tanggal : 4 Januari 2017

Catatan :

Tambahkan teori hipotesis dulu, teknik sampling menggunakan *proporsional random sampling*, tingkat pendidikan ditambahkan S2 dalam hasil ukur, bedakan antara pelatihan dan seminar, pengkategorian kuesioner perilaku dengan *cut off point*.

Paraf

Hari/Tanggal : 6 Januari 2017

Catatan :

Perbaiki dari BAB I-BAB III, kalau bisa kuesioner MCSS yang sudah pernah dipakai di Indonesia jadi tidak perlu melakukan *back translation*.

Paraf

Hari/Tanggal : 24 Januari 2017

Catatan :

Ganti judul dari hubungan menjadi pengaruh, mengganti SPO menjadi SOP, tambahkan tentang rancangan *cross sectional*, IBS tidak perlu dieksklusikan karena bukan rawat inap, tingkat signifikansi boleh 0,07 tapi lebih baik 0,05. Lama kerja termasuk dalam skala interval, lengkapi dengan nilai validitas dan reliabilitas yang dikembangkan oleh Saraswati, uji *expert* ke Pak Madya dan salah satu tim *patient safety* RS Tugurejo, uji *construct validity* di RS Tugurejo.

Paraf

Hari/Tanggal : 6 Maret 2017

Catatan :

Tambahkan halaman, daftar pustaka sesuaikan dengan buku panduan, berikan kalimat pembuka, tambahkan lebih detail bagian sasaran supervisi, jika ada alat ukur lain MCSS bisa ditambahkan, pada pembagian sampel tidak perlu diberikan kuesioner yang kembali karena baru proposal, pertimbangkan VK apakah termasuk dalam sampel atau tidak lihat teori munculnya dekubitus, sesuaikan dengan kuesioner asli untuk pengkategorian kuesioner MCSS, tambahkan analisis bivariat untuk menjelaskan korelasi, perbaiki kuesioner dengan menambahkan “Saya” pada setiap pernyataan, dan hindari kata “Tidak” untuk pernyataan *unfavourable*

Paraf

Hari/Tanggal : 20 Maret 2017

Catatan :

Ganti skala ukur untuk variabel supervisi dan perilaku dari skala ordinal menjadi skala nominal. Tambahkan keterangan pada pengujian validitas yang membutuhkan *content* dan *construct* validity dan reliabilitas. Perbaiki kuesioner bagian menyerahkan obat dan mencegah jatuh dengan melakukan manajemen lingkungan

Paraf