



**HUBUNGAN SUPERVISI KEPALA RUANG DENGAN PENERAPAN  
KESELAMATAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT PARU JEMBER**

**SKRIPSI**

oleh

**Eka Desi Pratiwi  
NIM 112310101053**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**



**HUBUNGAN SUPERVISI KEPALA RUANG DENGAN PENERAPAN  
KESELAMATAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT PARU JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh

**Eka Desi Pratiwi  
NIM 112310101053**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Surahmad Mulyadi, Ibunda Sutiah dan adikku tercinta Dwi Retno Kusuma, yang selalu memberikan do'a, dukungan dan semangat pada saya selama penyelesaian skripsi ini, dan kesabaran pada saya;
2. Aldita Berliandra W., Ratna Laurantita A., Dahlia K. U., Dhara P., dan Melinda P., atas dukungan dan waktunya mendengarkan keluh kesah dan memberikan semangat serta motivasi selama penyelesaian skripsi ini;
3. Bapak dan Ibu guru tercinta di SDN Jumerto 02 Jember, SMPN 7 Jember, SMAN 2 Jember dan seluruh dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan ilmu, membimbing, dan mendidik saya;
4. Teman-teman angkatan 2011 yang telah menemani saya selama menempuh kuliah sampai menyelesaikan skripsi ini.

**MOTTO**

“Dan sungguh, inilah jalan-Ku yang lurus. Maka ikutilah! Jangan kamu ikuti jalan-jalan (yang lain) yang akan mencerai-beraikan kamu dari jalan-Nya”.  
Demikianlah Dia memerintahkan kepadamu agar kamu bertakwa.

(terjemahan *QS. Al-An'am: 153*\*)

*Leaders must be close enough to relate to others,  
but far enough ahead to motivate them. \*\*)*

---

\*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2002. *Mushaf Al-Qur'an Terjemahan*. Jakarta: Al Huda (Kelompok Gema Insani)

\*\*\*) John Maxwell

**PERNYATAAN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

nama : Eka Desi Pratiwi

NIM : 112310101053

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Agustus 2015

Yang menyatakan,

Eka Desi Pratiwi  
NIM 112310101053

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN SUPERVISI KEPALA RUANG DENGAN PENERAPAN  
KESELAMATAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT PARU JEMBER**

oleh

Eka Desi Pratiwi  
NIM 112310101053

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Retno Purwandari, M. Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Siswoyo, M. Kep.

**PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul “Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember” telah diuji dan disahkan pada:

hari : Jumat

tanggal : 14 Agustus 2015

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui

Pembimbing I,

Pembimbing II,

Ns. Retno Purwandari, M. Kep  
NIP. 19820314 200604 2 002

Ns. Siswoyo, M. Kep.  
NIP. 19800412 200604 1 002

Penguji I,

Penguji II,

Ns. Dodi Wijaya, M. Kep  
NIP. 19820622 201012 1 002

Ns. Nurfika Asmaningrum, M. Kep.  
NIP. 19800112 200912 2 002

Mengesahkan  
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.  
NIP. 19780323 200501 2 002

**Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember (*The Relationship between First Line Manager Supervision and the Application of Patient Safety in Ward of Lung Hospital Jember*).**

**Eka Desi Pratiwi**

*Nursing Science, University of Jember*

**ABSTRACT**

*The world of health starts to put high awareness of patient safety since malpractices widely happen throughout the hemisphere through various printed media to leading scientific journals. This research aimed to identify the relationship between first line manager supervision and the application of patient safety in the ward of Lung Hospital Jember. The research belongs to quantitative research used descriptive analytic method with cross sectional approach. Samples were taken by using total sampling. The number of samples in this research was 32 respondents. Data were analyzed by chi square test. The results of univariate tests related to the variable of first line manager supervision showed 53.1% of nurses perceived the supervision of first line manager was in moderate category, and 46,9% of nurses perceived the supervision of first line manager was in good category. The variable of patient safety application showed that 56.2% of nurses had implemented patient safety well and the remaining 43.8% had implemented patient safety moderate. Bivariate test results obtained  $p$  value =  $0.000 < \alpha = 0.05$ , which indicated that there was a significant relationship between first line manager supervision and the application of patient safety in the ward of Lung Hospital Jember. Supervision is motivation, guidance, and opportunity for the development of skills and abilities of nurses. The supervision of first line manager is facilitative by providing knowledge and understanding of the nurses' jobs, so that the nurses can fix the weaknesses before the incidence of more serious problems and do the jobs correctly, one of which is the implementation of patient safety.*

**Keywords:** *first line manager, patient safety, supervision.*



**RINGKASAN**

**Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember;** Eka Desi Pratiwi, 112310101053; 2015; 194 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Tujuan nasional dalam unsur kesejahteraan umum adalah mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Tujuan tersebut perlu diiringi dengan peningkatan upaya guna memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu yang baik. Sisi yang lain, dunia kesehatan mulai menaruh kepedulian tinggi terhadap keselamatan pasien sejak malpraktik menggemakan di seluruh belahan bumi melalui berbagai media cetak hingga jurnal ilmiah ternama. Upaya pengelolaan yang baik perlu dilakukan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan diantaranya menggunakan fungsi manajemen keperawatan, khususnya supervisi kepala ruang. Supervisi merupakan fungsi pengarahan manajemen keperawatan, dan kepala ruang sebagai *first line manager* mempunyai tanggung jawab untuk melakukan supervisi pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien di ruang perawatan yang dipimpinnya. Penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan metode deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini sebanyak 32 responden. Cara pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling*. Penelitian dilakukan di ruang rawat inap kelas 2 dan 3 Rumah Sakit Paru Jember. Alat pengumpul data yang digunakan adalah kuesioner sehingga data yang diperoleh adalah data primer. Uji validitas dan reliabilitas menggunakan *Pearson Product Moment* dan menggunakan uji statistik *Chi Square*.

Hasil uji univariat terkait variabel supervisi kepala ruang menunjukkan 53,1% perawat pelaksana mempersepsikan supervisi kepala ruang pada kategori cukup, dan selebihnya mempersepsikan supervisi kepala ruang kategori baik. Variabel penerapan keselamatan pasien menunjukkan 56,2% perawat pelaksana telah menerapkan keselamatan pasien dengan baik dan 43,8% sisanya telah menerapkan keselamatan pasien dengan cukup. Hasil uji bivariat dari hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember, dianalisis dengan uji *Chi Square* dan didapatkan nilai  $p=0,000 < \alpha= 0,05$  yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember.

Kegiatan supervisi adalah kegiatan-kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktifitas bimbingan, pengarahan, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari. Kegiatan bimbingan yang diberikan oleh supervisor keperawatan sangat diperlukan agar terjadi perubahan perilaku yang mencakup perubahan kognitif berupa pengetahuan perawat. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka. Penentuan sikap yang didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan lebih kuat tertanam dalam kepribadiannya, dibandingkan dengan sikap yang tidak didasari atas pengetahuan atau konsep yang dipahaminya. Pengetahuan perawat memberikan kontribusi positif dan signifikan dalam menerapkan keselamatan pasien. Hasil penelitian ini dapat menjadi rekomendasi terhadap perawat untuk meningkatkan penerapan keselamatan pasien serta menjadikan budaya keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan.

## PRAKATA

Segala puji syukur penulis ucapkan ke hadirat Tuhan yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul ” Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember” dengan baik. Skripsi ini disusun sebagai langkah awal untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam mencapai gelar sarjana keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan karena skripsi ini dapat penulis selesaikan atas bimbingan dan bantuan dari beberapa pihak, yaitu:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Retno Purwandari, M. Kep. selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan masukan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Ns. Siswoyo, M. Kep. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Dodi Wijaya, M. Kep. selaku Dosen Penguji Utama yang telah membimbing, memberikan masukan, arahan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Ns. Nurfika Asmaningrum, M. Kep. selaku Dosen Penguji Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan, arahan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
6. Direktur Rumah Sakit Paru Jember, Instalasi Litbang dan Diklat Rumah Sakit Paru Jember, Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit Paru Jember, serta Kepala Ruang Rawat Inap Kelas 2 dan 3 Rumah Sakit Paru Jember yang telah memberi izin penelitian ini;
7. Perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Dahlia, Intermediet, Mawar, dan Melati yang telah meluangkan waktu untuk menjadi responden penelitian ini;

8. Ns. Anisah Ardiana, M. Kep., dan Ns. Mulia Hakam, M. Kep, Sp. Kep. MB. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
9. Kedua orang tuaku Surahmad Mulyadi dan Sutiah, serta adikku Dwi Retno Kusuma yang selalu mendoakan dan menjadi sumber motivasi demi terselesaikannya proposal skripsi ini;
10. Ratna Laurantita A., dan Dahlia K. U. atas dukungan dan waktunya mendengarkan keluh kesah dan memberikan semangat serta motivasi selama penyelesaian skripsi ini;
11. semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, semoga skripsi ini dapat membawa manfaat.

Jember, Agustus 2015

Peneliti

**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	vii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>RINGKASAN</b> .....	x
<b>PRAKATA</b> .....	xi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xiii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xvii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xviii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	11
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	11
1.3.1 Tujuan Umum.....	11
1.3.2 Tujuan Khusus.....	11
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	12
1.4.1 Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan .....	12
1.4.2 Bagi Keperawatan.....	12
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	12
1.4.4 Bagi Peneliti .....	13
<b>1.5 Keaslian Penelitian</b> .....	13
<b>BAB 2.TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	15
<b>2.1 Konsep Keselamatan Pasien</b> .....	15
2.1.1 Pengertian Keselamatan Pasien .....	15

2.1.2	Tujuan Keselamatan Pasien.....	15
2.1.3	Sasaran Keselamatan Pasien.....	16
2.1.4	Standar Keselamatan Pasien .....	20
2.1.5	Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien .....	25
2.1.6	Faktor yang Mempengaruhi Penerapan Keselamatan Pasien.....	33
<b>2.2</b>	<b>Konsep Manajemen Keperawatan.....</b>	<b>34</b>
2.2.1	Pengertian Manajemen Keperawatan .....	34
2.2.2	Fungsi Manajemen Keperawatan .....	35
<b>2.3</b>	<b>Konsep Supervisi .....</b>	<b>39</b>
2.3.1	Pengertian Supervisi .....	39
2.3.2	Tujuan Supervisi.....	40
2.3.3	Sasaran Supervisi.....	41
2.3.4	Tugas dan Fungsi Supervisor .....	42
2.3.5	Karakteristik Pelaksana Supervisi .....	43
2.3.6	Pelaksana Supervisi .....	43
2.3.7	Cara Supervisi.....	45
2.3.8	Kegiatan Supervisi.....	46
<b>2.4</b>	<b>Peran Perawat.....</b>	<b>50</b>
<b>2.5</b>	<b>Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien .....</b>	<b>53</b>
<b>2.6</b>	<b>Kerangka Teori .....</b>	<b>56</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>KERANGKA KONSEP.....</b>	<b>57</b>
3.1	Kerangka Konseptual .....	57
3.2	Hipotesis Penelitian .....	58
<b>BAB 4.</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>59</b>
4.1	Desain Penelitian .....	59
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian .....	59
4.2.1	Populasi Penelitian .....	59
4.2.2	Sampel Penelitian .....	60

4.2.3	Teknik Penentuan Sampel Penelitian .....	60
4.2.4	Kriteria Sampel Penelitian.....	61
<b>4.3</b>	<b>Lokasi Penelitian.....</b>	<b>61</b>
<b>4.4</b>	<b>Waktu Penelitian .....</b>	<b>61</b>
<b>4.5</b>	<b>Definisi Operasional .....</b>	<b>63</b>
<b>4.6</b>	<b>Pengumpulan Data .....</b>	<b>65</b>
4.6.1	Sumber Data .....	65
4.6.2	Teknik Pengumpulan Data .....	65
4.6.3	Alat Pengumpulan Data.....	67
4.6.4	Uji Validitas dan Reliabilitas.....	71
<b>4.7</b>	<b>Pengolahan Data .....</b>	<b>74</b>
4.7.1	<i>Editing</i> .....	74
4.7.2	<i>Coding</i> .....	74
4.7.3	<i>Entry</i> .....	75
4.7.4	<i>Cleaning</i> .....	75
<b>4.8</b>	<b>Analisis Data .....</b>	<b>76</b>
4.8.1	Analisis Normalitas .....	76
4.8.2	Analisis Univariat .....	77
4.8.3	Analisis Bivariat .....	78
<b>4.9</b>	<b>Etika Penelitian.....</b>	<b>78</b>
4.9.1	<i>Informed Conccent</i> .....	79
4.9.2	Kerahasiaan ( <i>Confidentialy</i> ) .....	79
4.9.3	Keanoniman ( <i>Anonymity</i> ).....	80
4.9.4	Keadilan ( <i>Justice</i> ).....	80
<b>BAB 5.</b>	<b>HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>81</b>
<b>5.1</b>	<b>Hasil Penelitian.....</b>	<b>82</b>
5.1.1	Analisis Univariat.....	82
5.1.2	Analisis Bivariat.....	88
<b>5.2</b>	<b>Pembahasan.....</b>	<b>90</b>
5.2.1	Karakteristik Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember.....	90

5.2.2 Supervisi Kepala Ruang di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember .....	96
5.2.3 Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember.....	103
5.2.4 Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember.....	112
<b>5.3 Keterbatasan Penelitian</b> .....	117
<b>5.4 Implikasi Keperawatan</b> .....	118
<b>BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	120
<b>6.1 Kesimpulan</b> .....	120
<b>6.2 Saran</b> .....	120
6.2.1 Bagi Rumah Sakit.....	120
6.2.2 Bagi Keperawatan .....	121
6.2.3 Bagi Institusi Pendidikan .....	121
6.2.4 Bagi Peneliti .....	122
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	123
<b>LAMPIRAN</b>	

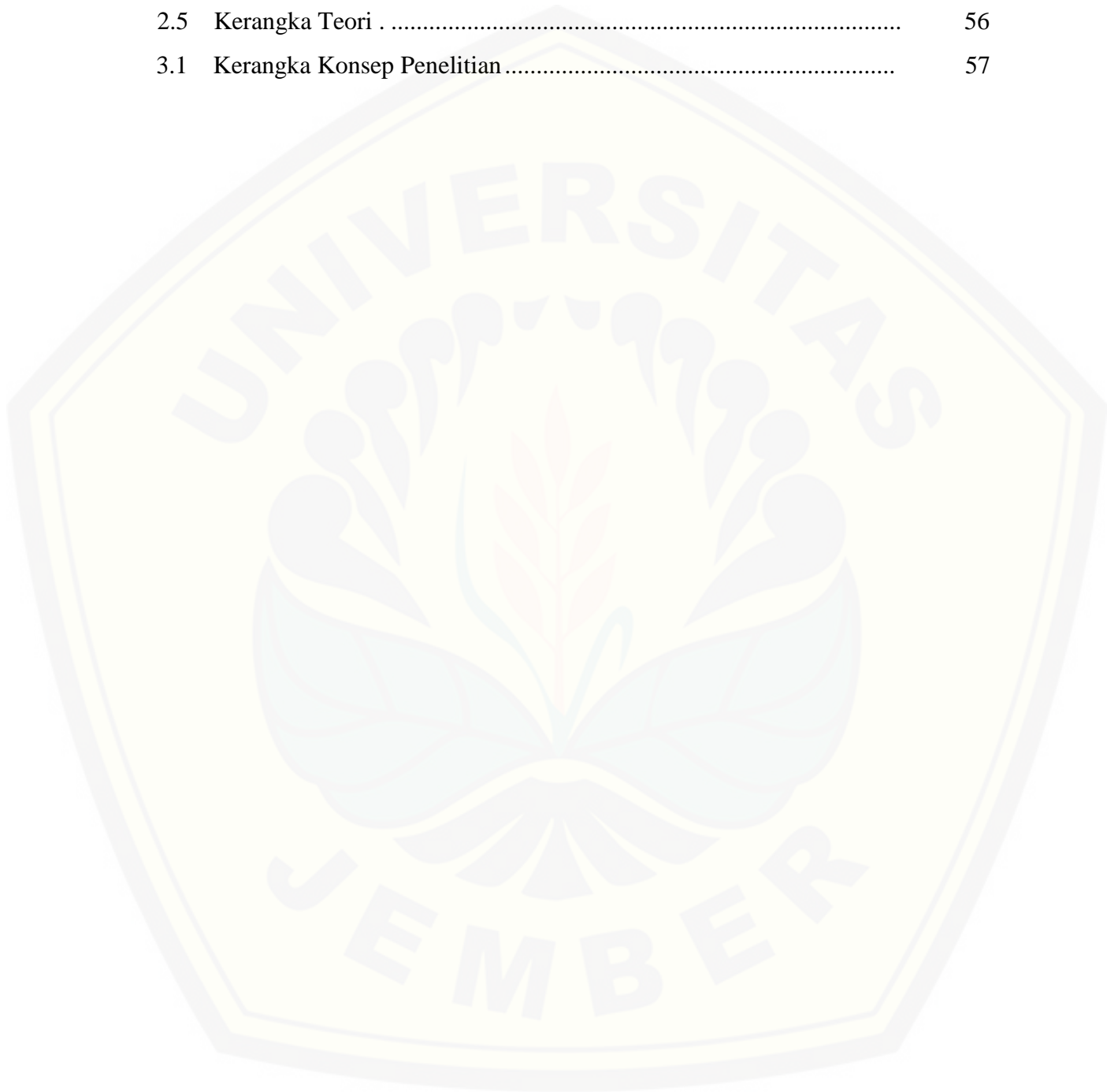


**DAFTAR TABEL**

	Halaman
1.1 Perbedaan Penelitian Dahulu dan Sekarang.....	14
4.1 Variabel dan Definisi Operasional.....	63
4.2 <i>Blue Print</i> instrumen penelitian sebelum dan sesudah uji validitas terkait pelaksanaan supervisi kepala ruang di ruang rawat inap RumahSakit Paru Jember .....	68
4.3 Kategorisasi Pelaksanaan Supervisi Kepala Ruang.....	69
4.4 <i>Blue Print</i> instrumen penelitian sebelum dan sesudah uji validitas terkait penerapan keselamatan pasien ruang di ruang rawat inap RumahSakit Paru Jember.....	70
4.5 Kategorisasi Penerapan Keselamatan Pasien .....	71
5.1 Rerata responden menurut usia dan lama bekerja perawat pelaksana di Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015 .....	83
5.2 Distribusi frekuensi responden menurut jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, dan frekuensi pelatihan keselamatan pasien perawat pelaksana di Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015 .....	83
5.3 Distribusi frekuensi supervisi kepala ruang berdasarkan persepsi perawat pelaksana ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015.....	84
5.4 Gambaran distribusi supervisi kepala ruang di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015 .....	85
5.5 Distribusi frekuensi penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015.....	86
5.6 Gambaran distribusi penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015.....	86
5.7 Analisis hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015.....	88

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.5 Kerangka Teori . . . . .	56
3.1 Kerangka Konsep Penelitian . . . . .	57



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i> .....	132
B. Lembar <i>Consent</i> .....	133
C. Karakteristik Responden .....	134
D. Kuesioner Pelaksanaan Supervisi Kepala Ruang.....	135
E. Kuesioner Penerapan Keselamatan Pasien .....	138
F. Lembar Konsultasi Penelitian .....	141
G. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	144
H. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat .....	150
I. Dokumentasi Penelitian .....	160
J. Matriks Waktu Penyusunan Skripsi .....	161
K. Surat Rekomendasi Penelitian.....	162

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, yang termasuk dalam unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional. Tujuan tersebut perlu diiringi dengan peningkatan upaya guna memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu yang baik. Perkembangan jaman berdampak pada tuntutan pelayanan yang lebih baik, ramah, dan bermutu oleh masyarakat. Hal ini menjadikan mutu pelayanan kesehatan merupakan salah satu magnet yang mampu menarik konsumen atau masyarakat, terutama pelayanan keperawatan yang bermutu.

Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan (2008), bahwa pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan memegang peranan penting dalam menentukan mutu pelayanan kesehatan. Pelayanan keperawatan merupakan tulang punggung dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan karena diberikan secara berkesinambungan selama 24 jam dan berada dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Upaya untuk meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan keperawatan, dengan indikator mutu minimal yang dapat dilaksanakan oleh perawat di rumah sakit. Indikator tersebut meliputi: keselamatan pasien (*patient safety*), perawatan diri (*self care*), kenyamanan, kecemasan, pengetahuan dan kepuasan pasien. Hughes (2008), menyatakan bahwa langkah awal untuk memperbaiki pelayanan yang berkualitas adalah keselamatan.

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam pelayanan kesehatan karena pada dasarnya pelayanan kesehatan untuk menyelamatkan pasien sesuai dengan ucapan Hipocrates yaitu “*First, do no harm*” dan keselamatan pasien terkait dengan mutu pelayanan rumah sakit (Depkes RI, 2008). Nursalam (2014), juga mengatakan bahwa untuk mengukur atau mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan salah satunya dengan keselamatan pasien. Pemenuhan keselamatan klien dijelaskan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan serta Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Kedua peraturan tersebut menyebutkan bahwa asas pelayanan yang diberikan salah satunya adalah keselamatan pasien. Keselamatan merupakan kebutuhan manusia urutan kedua dalam hirarki Maslow setelah kebutuhan fisiologis. Kebutuhan akan keselamatan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya. Keselamatan pasien penting untuk dipenuhi selama pelayanan kesehatan.

Dunia kesehatan mulai menaruh kepedulian tinggi terhadap keselamatan pasien sejak malpraktik menggema di seluruh belahan bumi melalui berbagai media cetak hingga jurnal ilmiah ternama (Nursalam, 2014). Bermula dari laporan *Institute of Medicine* (IOM) di Amerika tahun 1999 menyatakan bahwa 44.000 sampai dengan 98.000 pasien meninggal di rumah sakit dalam satu tahun akibat dari kesalahan medis (*medical errors*) yang sebetulnya bisa dicegah keadaan ini menyebabkan tuntutan hukum yang dialami rumah sakit semakin meningkat. Jumlah ini melebihi kematian akibat kecelakaan lalu lintas, kanker payudara dan AIDS. Tahun 2000, IOM menerbitkan laporan: “*To Err is Human*”, *Building a*

*Safer Health System* yang mengemukakan tentang penelitian di beberapa rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York tentang Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). KTD yang ditemukan di Utah dan Colorado sebanyak 2,9%, 6,6% diantaranya menyebabkan kematian mencapai 13,6% (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). Publikasi *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2004 yang mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai negara : Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2 sampai dengan 16,6% (Mulyana, 2013).

Hasri, Hartriyanti, dan Haryanti (2012), menjelaskan bahwa tahun 2008 didapatkan tindakan *Sectio Caesarea* (SC) 238 kasus (22,16%) yang mengalami infeksi luka operasi 104 kasus (36,24%). Penyebab infeksi tersebut diketahui arena beberapa jenis pelaksanaan tindakan pembedahan di RSUD Sumbawa tidak dilakukan sesuai dengan *Surgical Safety Checklist* (SSCL). Data rekapitulasi insiden keselamatan pasien (IKP) dari 2009 - 2011 di RS Haji Jakarta yang didapat dari Panitia KPRS Rumah Sakit Haji Jakarta (2012, dalam Purwanto, 2012) meliputi masalah obat, dokumentasi, pasien jatuh, komunikasi, alat kesehatan, terjepit pintu, sampel hilang/tertukar, dokter tidak *visite*, salah membuat pemeriksaan laboratorium, perilaku pasien yang berisiko, dan salah ganti cairan infus. Data menurut Yulia (2010) mengenai KTD di RS Tugu Ibu adalah sebanyak 2 insiden pada tahun 2007 dan sebanyak 7 insiden tahun 2008. Namun, sepanjang tahun 2009 didapatkan sebanyak 20 KNC yang dilaporkan sebagai insiden. Bawelle, Sinolungan, dan Hamel (2013), menjelaskan bahwa instalasi rawat inap RSUD Liun Kendage, Manado program keselamatan pasien

sudah diterapkan, namun masalah di lapangan merujuk pada konsep keselamatan pasien, karena walaupun sudah pernah mengikuti sosialisasi, tetapi masih ada resiko pasien cedera, resiko jatuh, resiko salah pengobatan, pendelegasian yang tidak akurat saat operan pasien yang mengakibatkan keselamatan pasien menjadi kurang maksimal.

Hasil studi dokumentasi data Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) Husada yang diperoleh Dewi (2011a) menunjukkan bahwa sejak tahun 2007 sampai dengan 2009 terjadi penurunan jumlah insiden keselamatan pasien. Keterbatasan data ini dikarenakan tidak adanya laporan kejadian dari ruangan dari bulan Oktober sampai dengan bulan Desember 2009. Tahun 2010, sampai dengan bulan November ditemukan 23 kasus. Jumlah ini mengalami kenaikan signifikan. Beginta (2012), menyatakan bahwa di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Bekasi menjelaskan bahwa sepanjang 2009 hanya 7 kasus dan tahun 2010 bertambah menjadi 18 kasus yang dilaporkan pada panitia KPRS.

Data di atas menunjukkan kesadaran untuk pelaporan kejadian meningkat dibanding tahun 2009. Manuaba (2012), juga menyebutkan bahwa hal tersebut terjadi karena belum terciptanya budaya keselamatan pasien yang menyeluruh pada perawat. Yulia (2010), menemukan bahwa belum optimalnya nilai-nilai kesadaran dalam membangun budaya keselamatan pasien di tatanan petugas kesehatan. Hal ini dapat dilihat dengan pelaporan yang belum menjadi prioritas utama untuk mendukung penerapan keselamatan pasien. Purwanto (2012), mendapatkan bahwa rumah sakit masih kurang peduli melaporkan tentang pelaksanaan keselamatan pasien.

Pelaporan data di Indonesia tentang KTD dan KNC belum banyak dilakukan oleh rumah sakit di Indonesia. Data yang dimiliki KKPRS dari September 2006 sampai dengan tahun 2011 didapatkan bahwa jumlah KTD sebanyak 249 laporan, dan KNC sebanyak 283 laporan. Data berdasarkan Provinsi, Jawa Timur berada pada tempat kelima dengan 88 laporan. Keperawatan menduduki peringkat pertama sebanyak 207 laporan berdasarkan unit penyebabnya, kemudian disusul farmasi, laboratorium, dan dokter (KKPRS, 2012 dalam Yulia, 2010). Menurut Ngalngola, Maidin, dan Pasinringi (2012), insidensi pelanggaran keselamatan pasien 28,3% dilakukan oleh perawat. Data di atas memberi gambaran bahwa perawat belum melaksanakan asuhan keperawatan yang aman secara optimal dan belum menjalankan indikator pelayanan bermutu secara optimal.

Pemenuhan keselamatan antara lain ditujukan untuk menciptakan lingkungan yang aman. Upaya penanggulangan kejadian cedera didasarkan pada asumsi bahwa kondisi manusia tidak bisa diubah, akan tetapi kondisi lingkungan dapat diubah untuk menciptakan keselamatan (Reason, 2000). Keamanan dalam lingkungan pasien akan mengurangi terjadinya cedera, memperpendek lama perawatan, mempertahankan status kesehatan pasien, dan meningkatkan perlindungan pasien sehingga pasien akan merasa bahagia dan sejahtera. Keamanan lingkungan meliputi pemberian cahaya yang cukup, mengurangi penghalang fisik yang dapat membahayakan, mengurangi bahaya yang ada di kamar mandi dan tindakan menjaga dari cedera (Potter & Perry, 2006). Lingkungan yang tidak aman dapat membahayakan pasien di rumah sakit yang



dapat mengakibatkan cedera. Kebutuhan rasa aman pasien merupakan kebutuhan pasien yang perlu dipenuhi selama dirawat khususnya di rumah sakit.

Pemenuhan kebutuhan keselamatan pasien di rumah sakit dijelaskan dalam Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa rumah sakit mempunyai tugas untuk memberikan perlindungan untuk keselamatan pasien, dan berkewajiban rumah sakit adalah memberi pelayanan kesehatan yang aman. Rumah sakit wajib memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana serta wajib memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien. Penerapan keselamatan pasien di rumah sakit menurut Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit oleh Departemen Kesehatan (Depkes) mempunyai tujuh standar dan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit (Depkes RI, 2008). Sasaran yang akan dicapai dengan penerapan keselamatan pasien tersebut adalah enam sasaran keselamatan pasien terdiri atas mengidentifikasi pasien secara benar, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keselamatan pada pengobatan berisiko tinggi, memastikan lokasi, prosedur, dan pada pasien yang benar ketika operasi bedah, mengurangi risiko infeksi nosokomial, dan mengurangi risiko bahaya jatuh. Enam sasaran tersebut fokus pada solusi yang menyeluruh sehingga diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu (Permenkes RI No. 1691).

Nursalam (2014), mengatakan bahwa mengukur atau mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan salah satunya dengan keselamatan pasien. Menurut data yang telah dijelaskan di atas bahwa penerapan keselamatan pasien

belum maksimal, sehingga perlu membutuhkan upaya pengelolaan yang baik untuk meningkatkan pelayanan keperawatan. Proses pengelolaan ini dengan fungsi manajemen keperawatan. Menurut Asmuji (2012), fungsi manajemen meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian guna memperoleh hasil pelayanan keperawatan yang berkualitas.

Parmin (2009), menemukan bahwa ada hubungan yang bermakna antara fungsi manajemen perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan kepala ruangan dengan motivasi perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUP Undala Palu. Keempat fungsi manajemen kepala ruang yang memiliki *Odd Ratio* (OR) paling besar yaitu fungsi pengarahan sebesar 2,93. OR ketiga fungsi lainnya yaitu perencanaan (2,15), pengorganisasian (2,18), dan pengawasan (2,86). Penjelasan di atas disimpulkan bahwa jika fungsi pengarahan dapat dilakukan dengan baik mempunyai peluang paling tinggi untuk meningkatkan motivasi perawat pelaksana. Astuty (2011), juga menyatakan bahwa fungsi pengarahan kepala ruangan berhubungan dengan kepuasan kerja perawat pelaksanaan di RS Haji Jakarta.

Fungsi pengarahan di dalamnya terdapat motivasi, delegasi, manajemen konflik, komunikasi, dan supervisi. Motivasi merupakan perasaan atau pikiran yang mendorong seseorang melakukan pekerjaan. Delegasi merupakan pelimpahan tugas kepada orang lain. Manajemen konflik merupakan pengelolaan masalah internal ataupun eksternal sehingga dapat diselesaikan secara konstruktif. Komunikasi adalah penyampaian pesan kepada orang lain, sehingga orang lain dapat mengerti dan menerima maksud dan tujuan pesan (Nursalam, 2014).

Supervisi merupakan bagian dari fungsi pengarahan yang bertujuan untuk mempertahankan agar segala kegiatan yang telah terprogram dapat dilaksanakan dengan baik dan lancar sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang salah satu indikatornya keselamatan pasien (Arwani, 2005; Suarli dan Bahtiar, 2014; Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, 2008). Supervisi yang maksimal akan membuat perawat pelaksana melakukan penerapan *patient safety* dengan baik (Rumampuk, Budu, dan Notji, 2013).

Fokus dalam supervisi keperawatan adalah pengawasan partisipatif yang memungkinkan terjadinya pemberian penghargaan, diskusi, dan juga bimbingan yang bertujuan untuk mencari jalan keluar jika terjadi kesulitan dalam tindakan keperawatan. Supervisi yang berkesinambungan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat sehingga dapat berdampak pada peningkatan mutu pelayanan keperawatan (Zakiyah, 2012). Tujuan supervisi merupakan peningkatan pelayanan pada pasien dengan berfokus pada kebutuhan, keterampilan, dan kemampuan perawat dalam menjalankan tugasnya. Kepala ruang merupakan *first level manager* yang bertanggung jawab 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 (Suyanto, 2009).

Permatasari (2012), menjelaskan bahwa supervisi mempunyai hubungan dalam pelaksanaan dalam pelaksanaan *Nine Life Saving Solutions* dari WHO dalam upaya keselamatan pasien. Rumampuk, Budu, dan Notji (2013), menemukan bahwa ada hubungan peran kepala ruangan melakukan supervisi pada perawat

pelaksana dengan penerapan keselamatan pasien yang meliputi prosedur identifikasi pasien baik (95,2%), prosedur pemberian injeksi baik (100%), dan prosedur mencuci tangan baik (100%).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Paru Jember melalui wawancara tim keselamatan pasien didapatkan bahwa selama 3 tahun terakhir terdapat 1 KTD dan 2 KNC yang terjadi di rawat inap dan rawat jalan. Kasus yang terjadi di rawat adalah pasien jatuh saat di kamar mandi, karena kondisi yang kurang stabil saat *Hemoptoe*, dan salah pasien saat pengambilan sampel cairan paru dikarenakan salah identifikasi pasien. Kasus yang terjadi di rawat jalan, saat pasien akan melakukan pemeriksaan radiologi jatuh karena lantai yang tidak rata dan mengakibatkan patah tulang. Ketiga kasus tersebut sudah dilakukan analisis serta penerapan solusi. Data insiden keselamatan pasien selama 1 tahun terakhir, peneliti tidak mendapatkannya. Wawancara kepada 10 perawat di 4 ruang rawat inap didapatkan selama 1 tahun terakhir tidak ada insiden keselamatan pasien seperti kasus salah pemberian obat, dan salah pasang kateter. Evaluasi terkait pelaporan insiden keselamatan pasien secara rutin dari rumah sakit selama ini belum ada.

Wawancara yang dilakukan kepada 10 orang perawat di 4 ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember didapatkan hasil bahwa identifikasi pasien dilakukan saat sebelum pemberian perawatan, dan sebelum pemberian obat. Identifikasi pasien yang dilakukan oleh 7 dari 10 orang perawat menggunakan nama, usia, dan nomor rekam medik pasien, dan sisanya menggunakan nama dan nomor tempat tidur pasien. Identifikasi pasien dengan nomor kamar atau lokasi

tidak bisa digunakan menurut Permenkes RI No. 1691. Komunikasi yang dilakukan 6 dari 10 perawat dengan pasien saat sebelum melakukan tindakan keperawatan adalah hanya menjelaskan tujuan tindakan. Perawat yang menjelaskan tujuan dan manfaat tindakan sebanyak 4 dari 10 perawat. Pencegahan pasien jatuh dengan *side-rail bed* pasien. Namun ada beberapa *side-rail bed* pasien sudah tidak berfungsi. Pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien belum semua perawat melakukannya berdasarkan hasil wawancara di atas.

Hasil wawancara kepada kepala ruang didapatkan bahwa kepala ruang melakukan supervisi atau pengamatan saat perawat melakukan tindakan keperawatan, namun pelaksanaannya yang tidak terjadwal. Kepala ruang juga menyebutkan evaluasi kerja perawat dilakukan 1 tahun sekali saat penilaian kerja tahunan dari rumah sakit yang dinilai oleh kepala ruang. Hasil wawancara kepada perawat pelaksana didapatkan bahwa kepala ruang melakukan bimbingan saat orientasi perawat baru, jika ada permasalahan, atau informasi terbaru mengenai sistem atau pelayanan kepada pasien. Supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang masih belum dilakukan secara teratur dan berkala sehingga belum dikatakan supervisi yang baik.

Berdasarkan fenomena yang ada, peneliti tertarik untuk mengidentifikasi hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan tersebut maka penulis dapat merumuskan masalah penelitian yaitu “Apakah ada hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember.”

## 1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin di capai dalam penelitian ini adalah

### 1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengidentifikasi gambaran karakteristik responden di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember;

1.3.2.2 Mengidentifikasi supervisi kepala ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember;

1.3.2.3 Mengidentifikasi penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember;

1.3.2.4 Menganalisis hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada rumah sakit perawat, institusi pendidikan dan penelitian

##### **1.4.1 Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pihak manajemen rumah sakit dalam melaksanakan kegiatan perencanaan, pengembangan dan pembinaan dengan melakukan sosialisasi terhadap sumber daya keperawatan guna menghasilkan tenaga keperawatan yang mampu menerapkan keselamatan pasien dalam setiap pemberian pelayanan keperawatan.

##### **1.4.2 Bagi Keperawatan**

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadikan masukan bagi perawat rumah sakit sebagai kepala ruangan untuk mengembangkan bentuk fungsi manajemen keperawatan dengan baik salah satunya dengan melaksanakan supervisi yang baik dalam organisasi di setiap ruang rawat inap sehingga diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada pasien.

##### **1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Manfaat yang bisa diperoleh bagi institusi pendidikan adalah diharapkan dapat memberikan informasi untuk pengembangan pendidikan

keperawatan khususnya tentang supervisi keperawatan. Penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu bahan refensi pembelajaran bagi peserta didik.

#### 1.4.4 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi terkait supervisi keperawatan dan dampaknya dalam penerapan keselamatan pasien serta pengembangan metode lain untuk menilai penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana.

### 1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu yang mendasari penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah penelitian yang dilakukan oleh Rumampuk et. al. (2013) dengan judul Peran Kepala Ruangan Melakukan Supervisi Perawat dengan Penerapan *Patient Safety* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon. Tujuan dari penelitian tersebut adalah mengetahui peran kepala ruangan melakukan supervisi perawat pelaksana dengan penerapan *patient safety* di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon. Jenis penelitian ini adalah *observational* dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan *purposive sampling*, sebanyak 42 sampel dan dalam pengumpulan data menggunakan kuesioner untuk menilai peran kepala



ruangan melakukan supervisi dan penerapan *patient safety*, serta dengan observasi pemberian injeksi 6 Benar, identifikasi pasien dengan benar dan mencuci tangan.

Adapun perbedaan penelitian yang dilakukan saat ini dengan penelitian sebelumnya yang dapat dilihat pada tabel 1.1 tentang matrik perbedaan penelitian.

Tabel 1.1 Perbedaan Penelitian Dahulu dan Sekarang

No	Perbedaan	Penelitian Dahulu	Penelitian Sekarang
1.	Judul penelitian	Peran Kepala Ruangan Melakukan Supervisi Perawat dengan Penerapan <i>Patient Safety</i> di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon	Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember
2.	Peneliti	Maria Vonny H. Rumampuk, Budu, dan Werna Notji	Eka Desi Pratiwi
3.	Tahun Penelitian	2013	2015
4.	Tempat	Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon	Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember
5.	Jenis dan Desain Penelitian	Penelitian <i>observational</i> dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian <i>deskriptive analitik</i> melalui pendekatan <i>cross sectional</i>
6.	Populasi	Perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon	Perawat pelaksana di ruang rawat inap kelas 2 dan 3 Rumah Sakit Paru Jember
7.	Jumlah Sampel	42 perawat pelaksana	33 perawat pelaksana
8.	Teknik Sampling	Pengambilan sampel menggunakan <i>purposive sampling</i>	Pengambilan sampel menggunakan <i>total sampling</i>
9.	Instrumen	Kuesioner untuk mengukur peran kepala ruang melakukan supervisi dan penerapan <i>patient safety</i> dibuat sendiri oleh peneliti. Instrumen observasi prosedur pemberian injeksi menggunakan standar dari rumah sakit	Kuesioner untuk mengukur pelaksanaan supervisi oleh kepala ruangan dan penerapan 6 sasaran keselamatan pasien yang dibuat oleh peneliti.
10.	Analisis	Analisis univariat, dan analisis bivariat menggunakan uji statistik korelasi Pearson	Analisis univariat, dan analisis bivariat menggunakan uji statistik <i>Chi Square</i>

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep Keselamatan Pasien

#### 2.1.1 Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan menurut persepsi pasien seperti yang dikemukakan oleh IOM adalah “*safety is defined as freedom from accidental injury*” (Kohn, Corrigan, dan Donaldson, 2000). Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Depkes RI., 2008; Permenkes RI No. 1691).

#### 2.1.2 Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien rumah sakit yaitu:

- a. Pasien aman yaitu terhindar dari cedera sehingga menurunnya KTD di rumah sakit;
- b. Pelayanan efektif dengan memberikan pelayanan berdasarkan bukti ilmiah (*evidence-based*) terhadap terapi yang perlu atau tidak perlu diberikan ke pasien;

- c. Pelayanan berpusat pada pasien dengan memberikan perawatan keputusan klinis yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai-nilai pasien;
- d. Mengurangi waktu tunggu pasien dalam menerima pelayanan;
- e. Efisien dalam menggunakan sumber daya yang ada;
- f. Adil yaitu memberikan perawatan yang tidak berbeda;
- g. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit;
- h. Meningkatnya akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat;
1. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (Depkes RI, 2008; Kohn, Corrigan, dan Donaldson, 2000).

### 2.1.3 Sasaran Keselamatan Pasien

Permenkes RI No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit menjelaskan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient Safety* tahun 2007 yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International (JCI)*. Tujuan dari sasaran keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan

keahlian atas permasalahan ini, sehingga diharapkan pelayanan kesehatan yang diberikan aman dan bermutu tinggi. Enam sasaran keselamatan pasien sebagai berikut.

a. Ketepatan identifikasi pasien

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Tujuan sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Proses identifikasi pasien minimal menggunakan 2 cara seperti nama pasien, nomor registrasi, tanggal lahir pasien, dan gelang identitas pasien dengan *barcode* (Permenkes RI No. 1691). Unsur-unsur yang terukur pada standar pertama ini adalah: (1) pasien diidentifikasi dengan menggunakan 2 identitas pasien; (2) pasien diidentifikasi sebelum melakukan tindakan, dan; (3) pasien diidentifikasi sebelum prosedur diagnostik (JCI, 2014; Permenkes RI No. 1691).

b. Peningkatan komunikasi yang efektif

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan. Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau

melalui telepon, serta saat pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan (Permenkes RI No. 1691). Unsur-unsur yang terukur pada standar kedua ini adalah: (1) pendokumentasian secara lengkap pesan verbal dan telepon serta pembacaan kembali oleh penerima pesan serta konfirmasi dari pemberi pesan; dan (2) pendokumentasian secara lengkap hasil tes dan pembacaan kembali oleh penerima pesan serta konfirmasi dari pemberi pesan (JCI, 2014; Permenkes RI No. 1691).

c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*) yang di dalam juga terdapat pengendalian cairan elektrolit pekat. Obat-obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius, obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi (Permenkes RI No. 1691). Unsur-unsur yang terukur pada standar ketiga ini adalah: (1) rumah sakit mempunyai daftar semua obat yang perlu diwaspadai; (2) rumah sakit menerapkan strategi peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, dan; (3) elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi

label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (JCI, 2014; Permenkes RI No. 1691).

d. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi

Proses verifikasi praoperatif adalah: (1) memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar; (2) memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang; dan (3) melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant yang dibutuhkan (JCI, 2014; Permenkes RI No. 1691).

e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. Pengurangan infeksi yang tepat adalah pelaksanaan prosedur cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat (Permenkes RI No. 1691). Prosedur *hand hygiene* ditempatkan pada area yang tepat, staf diedukasi secara tepat tentang prosedur cuci tangan dan disinfeksi tangan (JCI, 2014).

f. Pengurangan risiko pasien jatuh

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Rumah sakit perlu menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh, sehingga dapat ditentukan langkah-langkah yang akan dilakukan dan dimonitor hasilnya. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit (Permenkes RI No. 1691).

#### 2.1.4 Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien terdiri atas tujuh standar yang mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh *Joint on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002, yang telah disesuaikan dengan kondisi perumahsakitannya di Indonesia. Tujuh standar menurut Depkes (2008) yaitu:

##### a. Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD. JCI (2011), menyebutkan rumah sakit bertanggung jawab mendukung hak pasien dan keluarga selama perawatan, partisipasi dalam proses perawatan, dan memberi informasi tentang proses perawatan. Hak-hak pasien meliputi:

- 1) Hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang adil, memadai dan berkualitas;
- 2) Hak untuk diberi informasi;
- 3) Hak untuk dilibatkan dalam pembuatan keputusan tentang pengobatan dan perawatan;
- 4) Hak untuk memberikan *informed consent*;
- 5) Hak untuk menolak suatu *consent*;
- 6) Hak untuk mengetahui mana dan status tenaga kesehatan yang menolong;
- 7) Hak untuk mempunyai pendapat kedua;
- 8) Hak untuk diperlakukan dengan hormat;
- 9) Hak untuk kerahasiaan (termasuk privasi);

10) Hak untuk mendapatkan perawatan yang berkelanjutan (Megan 1989, dalam Priharjo, 1995; *Health Professions Council of South Africa*, 2008).

b. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Kriteria dari standar kedua ini adalah keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dari tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

- 1) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap, dan jujur;
- 2) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga;
- 3) Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti;
- 4) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan rumah sakit;
- 5) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit;
- 6) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa;
- 7) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan. Depkes (2008) menjelaskan kriteria standar ketiga ini adalah:



- 1) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit;
- 2) Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara kesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar;
- 3) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya;
- 4) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Kriteria dari standar keempat ini adalah:

- 1) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan yang baik, mengacu pada visi, misi dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan

faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”;

- 2) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan;
  - 3) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua KTD, secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi;
  - 4) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Depkes RI. (2008), menjelaskan beberapa kriteria dari poin kelima ini, yaitu:

- 1) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien;
- 2) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari KNC sampai dengan KTD;
- 3) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien;
- 4) Tersedianya prosedur “cepat-tanggap” terhadap pasien, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis;

- 5) Tersedianya mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah (*Root Case Analysis/RCA*) KNC dan kejadian sentinel pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan;
  - 6) Tersedianya mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani kejadian sentinel atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian sentinel;
  - 7) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin;
  - 8) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut;
  - 9) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Depkes RI. (2008), menjelaskan beberapa kriteria dari poin keenam ini, yaitu:

- 1) Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing;

- 2) Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden;
  - 3) Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien
- Depkes RI. (2008), menjelaskan beberapa kriteria dari poin ketujuh ini, yaitu:
- 1) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien;
    - a. Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

#### 2.1.5 Tujuh langkah Menuju Keselamatan Pasien

Depkes RI. (2008), selanjutnya menjelaskan dalam menerapkan Standar Keselamatan Pasien, Rumah Sakit melaksanakan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit, yang terdiri atas:

- a. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
- Budaya sebuah organisasi merupakan pola kepercayaan, nilai, sikap, norma, penerimaan yang tidak dapat dikatakan dan proses berkubu bagaimana orang berkelakuan dan bekerja sama. Budaya keselamatan adalah dimana staf sebuah organisasi mempunyai sebuah kesadaran yang aktif dan terus menerus

pada sesuatu yang potensial terjadi kesalahan. Organisasi dan staf dapat mengakui kesalahan, belajar dari kesalahan, dan mengambil tindakan untuk membuatnya benar. Ketika terjadi kesalahan, dapat menjadi cara berbagi informasi secara terbuka, dan bebas menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil. Nilai dan keyakinan yang harus dibangun meliputi: (1) melaporkan dan membahas kesalahan (KTD) tanpa bersikap menyalahkan; (2) bekerja secara tim; (3) melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan; (4) memandang suatu kesalahan dalam kerangka sistem; dan (5) berani mengungkapkan kesalahan yang terjadi (*National Patient Safety Agency*, 2004).

Manfaat pentingnya budaya keselamatan disebutkan oleh *National Patient Safety Agency* (2004) yaitu:

- 1) organisasi kesehatan lebih tahu jika ada kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan telah terjadi;
- 2) meningkatnya laporan kejadian yang dibuat dan belajar dari kesalahan yang terjadi akan berpotensi menurunkan kejadian yang sama berulang kembali dan keparahan dari keselamatan pasien;
- 3) kesadaran akan keselamatan pasien, yaitu bekerja untuk mencegah *error* dan melaporkan jika ada kesalahan;
- 4) berkurangnya perawat yang merasa tertekan, bersalah, malu karena kesalahan yang telah diperbuat;
- 5) berkurangnya *turn over* pasien, karena pasien yang pernah mengalami insiden, pada umumnya akan mengalami perpanjangan hari perawatan

dan pengobatan yang diberikan lebih dari pengobatan yang seharusnya diterima pasien;

- 6) mengurangi biaya yang diakibatkan oleh kesalahan dan penambahan terapi;
- 7) mengurangi sumber daya yang dibutuhkan untuk mengatasi keluhan pasien.

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien digambarkan dalam terminologi praktis yang harus dilakukan organisasi untuk membangun budaya keselamatan oleh *National Patient Safety Agency* (2004) sebagai berikut.

- 1) Promosikan budaya keselamatan secara terbuka dan jelas untuk berbagi informasi dan yakinkan informasi dipelajari.
- 2) Demonstrasikan keselamatan pasien sebagai prioritas kepemimpinan atas dan mengembangkan kerjasama yang efektif.
- 3) Implementasikan proses manajemen resiko berintegrasi dan perilaku rutin organisasi-pengkajian resiko dan insiden kesalahan secara luas. Evaluasi perawatan klinik, prosedur, proses dan lingkungan kerja.
- 4) Laporkan keselamatan pasien dan indentifikasi tren  
Memberikan pengakuan pelaporan insiden dan pembuatan keputusan gerakan-keselamatan.
- 5) Mengajak pasien dan keluarga dalam keselamatan mereka dan menyediakan umpan balik.
- 6) Berusaha investigasi sistematis mengikuti insiden menuntun pembelajaran berlanjut dan perbaiki sistem.

7) Implementasi perbaikan keselamatan pasien yang menghindari kepercayaan pada ingatan dan kewaspadaan.

b. Pimpin dan dukung staf anda

Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit anda. Organisasi dapat memperbaiki keselamatan pasien ketika pemimpin melakukan perubahan yang nyata. Pemimpin atas pada masing-masing organisasi dan memerlukan layanan untuk memfasilitasi sebuah perubahan dalam budaya, mendengarkan dan mendukung staf ketika mereka melapor IKP dan mendemonstrasikan pentingnya keselamatan dalam prinsip dan melalui contoh. Komunikasi yang baik dan umpan balik adalah yang penting. Hal ini mengapa dukungan dan kepemimpinan yang baik penting. *National Patient Safety Agency* (2004), menyebutkan 3 kunci prinsip langkah kedua ini yaitu:

- 1) Pemberian agenda *patient safety* memerlukan motivasi dan komitmen dari seluruh anggota organisasi sepanjang pelayanan;
- 2) Staf seharusnya merasa dapat mengatakan jika mereka merasa pelayanan yang disediakan tidak aman, tanpa tergantung dengan posisi mereka;
- 3) Untuk menunjukkan keselamatan menjadi prioritas dan manajemen organisasi dilakukan untuk perbaikan, staf pelaksana harus nampak dan aktif dalam memimpin perbaikan keselamatan pasien.

c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko

Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah. Hal ini dapat mengurangi risiko

aktual dan potensial, dan mengidentifikasi keuntungan untuk memperbaiki petugas kesehatan dan *patient safety*. Tidak cukup untuk mengatur risiko pada level aktivitas individu. Manajemen risiko terintegrasi berarti pembelajaran pada satu area risiko dapat menyebar secara cepat.

Manajemen risiko yang terintegrasi membentuk budaya keselamatan organisasi dan membantu mengungkapkan jumlah risiko dan saling ketergantungan dari bagian. Hal ini tidak hanya berfokus pada pengurangan atau mitigasi risiko tetapi dukungan dan mendorong inovasi sehingga besar kembali dapat dicapai dengan hasil, biaya dan risiko yang dapat diterima. Hal ini berusaha untuk keseimbangan risiko optimal. Manajemen risiko yang terintegrasi juga merupakan komponen integral manajemen baik dan memberikan fokus untuk pembangunan ketahanan organisasi yang diperbaiki dan fleksibilitas dalam menghadapi ketidakpastian. Hal ini dimaksudkan untuk mendukung pengambilan keputusan yang lebih baik melalui padatnya pemahaman dari semua risiko dan dampak mereka yang mungkin. Tanpa proses manajemen risiko secara efektif mengintegrasikan kelemahan dan kerentanan prosedur, praktek atau kebijakan utama perubahan tidak teridentifikasi. Hal ini mengapa manajemen risiko integrasi penting menurut *National Patient Safety Agency* (2004).

d. Kembangkan sistem pelaporan

Pastikan staf Anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/ insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). Pentingnya sistem pelaporan adalah untuk



mengetahui IKP untuk dilaporkan dan bagaimana pelaporannya. Manfaat pelaporan menurut *National Patient Safety Agency* (2004), yaitu penargetan sumberdaya lebih efektif, peningkatan kemampuan reaksi, keluhan didapat terlebih dahulu, dan pengurangan biaya. Pelaporan juga terdapat halangan, yaitu perasaan bersalah, perasaan “bukan tugasku”, takut disalahkan, dan kesulitan dalam pelaporan. Kunci prinsip dalam pengembangan pelaporan adalah sebagai berikut.

- 1) Pelaporan insiden keselamatan pasien dan mencegah insiden secara nasional memberikan kesempatan untuk memastikan bahwa pembelajaran diperoleh dari pengalaman pasien di salah satu bagian dari negara digunakan untuk mengurangi risiko terjadinya sesuatu yang mirip dengan pasien masa depan di tempat lain.
- 2) Semua laporan masuk ke Sistem Pelaporan Nasional dan Pembelajaran (NRLS) akan dihapus nama-nama pasien dan staf, bersama dengan data identitas lainnya yang tidak diperlukan untuk tujuan pembelajaran.
- 3) Analisis statistik dari NRLS akan mengidentifikasi tema, pola dan kelompok dalam data. Ini akan membentuk dasar untuk pekerjaan lebih lanjut untuk menentukan skala dan tingkat keparahan umum masalah disorot. Output dari pekerjaan ini akan mendukung lokal dan pembelajaran nasional secara signifikan (*National Patient Safety Agency*, 2004).

e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien. Prinsip utama menurut *National Patient Safety Agency* (2004) dalam melakukan langkah kelima ini, yaitu:

- 1) Banyak pasien yang ahli dalam kondisi mereka sendiri dan ini keahlian dapat digunakan untuk membantu mengidentifikasi risiko dan menyusun solusi masalah keselamatan pasien;
- 2) Pasien ingin terlibat sebagai mitra dalam perawatan mereka. Peduli Kesehatan Staf perlu menyertakan pasien dalam mencapai diagnosis yang tepat, memutuskan pengobatan yang tepat, membahas risiko dan memastikan pengobatan dengan benar diberikan, dimonitor dan ditaati;
- 3) Menjadi terbuka tentang apa yang telah terjadi dan membahas masalah segera, penuh dan penuh kasih dapat membantu pasien mengatasi lebih baik dengan efek setelah ketika hal-hal yang tidak beres.

f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

Dorong staf anda untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul. Prinsip utama melakukan langkah keenam ini menurut *National Patient Safety Agency* (2004) yaitu:

- 1) Ketika insiden keselamatan pasien terjadi masalah penting tidak “Siapa yang harus disalahkan atas kejadian tersebut?” tapi “Bagaimana dan mengapa hal itu terjadi?”;
- 2) Untuk mempromosikan pembelajaran organisasi NHS lokal membutuhkan sistematis Pendekatan yang staf tahu apa jenis insiden

harus dilaporkan, informasi apa yang dibutuhkan dan kapan, dan bagaimana menganalisis dan bertindak atas informasi ini.

g. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Langkah yang dapat ditempuh agar program keselamatan pasien dapat optimal adalah pengembangan sistem untuk mencegah dan mengurangi kerugian. Tiga prinsip dalam merancang dan mengembangkan sistem meliputi: (1) setiap kesalahan yang terjadi harus dapat dilihat; (2) sistem harus mampu mengurangi efek kesalahan; dan (3) mencegah terjadinya kesalahan. Hal ini dapat dilakukan dengan melaksanakan standarisasi prosedur, akreditasi, regulasi terhadap staf medis maupun paramedis, penggunaan teknologi, mengembangkan sistem pelaporan, dan merancang lingkungan yang kondusif *National Patient Safety Agency* (2004). Gunakan informasi yang ada tentang kejadian / masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju keselamatan pasien, sehingga tujuh langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit. Dalam pelaksanaan, tujuh langkah tersebut tidak harus berurutan dan tidak harus serentak. Pilih langkah-langkah yang paling strategis dan paling mudah dilaksanakan di rumah sakit. Bila langkah-langkah ini berhasil maka kembangkan langkah-langkah yang belum dilaksanakan. Bila tujuh langkah ini telah dilaksanakan dengan baik rumah sakit dapat menambah penggunaan metoda-metoda lainnya.

### 2.1.6 Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Keselamatan Pasien

Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien sebagai berikut.

#### a. Persepsi tentang profesionalisme

Persepsi yaitu mengenal dan memilih berbagai objek sesuai dengan tindakan yang dilakukan. Persepsi dapat diartikan sebagai proses diterimanya rangsang melalui panca indera yang didahului oleh perhatian sehingga individu mampu mengetahui, mengartikan, dan menghayati tentang hal yang diamati, baik yang ada di luar maupun dalam diri individu (Sunaryo, 2004). Menurut Murdyastuti (2010), memberikan kontribusi yang signifikan dalam mempengaruhi pelaksanaan program *patient safety*. Persepsi perawat adalah anggapan perawat terhadap stimulus dari perawat yang lain atau perawat pada umumnya yang kemudian diorganisasikan, diartikan, dievaluasi, dan ditanggapi dengan tindakan. Aspek-aspek profesionalisme meliputi tanggung jawab perawat terhadap diri sendiri, profesi, pasien dan masyarakat.

#### b. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan khususnya mata dan telinga terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (Sunaryo, 2004). Murdyastuti (2010), menjelaskan bahwa pengetahuan perawat tentang *patient safety* memberikan kontribusi positif dan signifikan dalam mempengaruhi pelaksanaan program *patient safety*. Pengetahuan perawat dapat meliputi pengalaman pribadi, informasi dari

lingkungan dan persepsi terhadap objek yang dimiliki perawat mampu membentuk pengetahuan tentang program *patients safety*. Ariyani (2008), juga menjelaskan bahwa pengetahuan juga memiliki hubungan yang signifikan terhadap sikap mendukung penerapan program *patient safety*. Bawelle et al. (2013), menjelaskan bahwa ada hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan keselamatan pasien (*patient safety*) di Ruang Rawat Inap RSUD Liun Kendage Tahuna.

c. Motivasi

Motivasi adalah kekuatan dalam individu yang dipengaruhi atau perilaku langsung (Marquis dan Huston, 2009). Motivasi berpengaruh terhadap pelaksanaan program *patients safety* seperti yang dijelaskan Murdyastuti (2010). Hal serupa dijelaskan oleh Nur, Noor, dan Irwandy (2013), bahwa motivasi memiliki hubungan yang signifikan dengan kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan *patient safety*. Motivasi terhadap sikap mendukung penerapan program *patient safety* juga dibuktikan oleh Ariyani (2008) memiliki hubungan yang bermakna.

## 2.2 Konsep Manajemen Keperawatan

### 2.2.1 Pengertian Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan menurut Suyanto (2009) adalah suatu tugas khusus yang harus dilaksanakan oleh pengelola keperawatan untuk merencanakan, mengorganisasi, mengarahkan serta mengawasi sumber-sumber yang ada baik sumber daya manusia, alat maupun dana, sehingga dapat memberikan pelayanan

keperawatan yang efektif, baik kepada pasien, keluarga dan masyarakat. Swansburg (2000), mengatakan bahwa manajemen berhubungan dengan perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengaturan staf (*staffing*), kepemimpinan (*leading*), dan pengendalian (*controlling*) aktivitas-aktivitas upaya perawatan atau divisi departemen perawatan dan dari sub-unit departemen.

### 2.2.2 Fungsi Manajemen Keperawatan

Manajer keperawatan dapat mencapai tujuan pelayanan keperawatan yang berkualitas jika manajer keperawatan mulai dari tingkat atas hingga bawah mampu melaksanakan fungsi manajemen dengan baik. Fungsi manajemen menurut meliputi:

#### a. Fungsi perencanaan

Perencanaan merupakan fungsi pertama dari manajemen. Perencanaan adalah proses menentukan pilihan di antara beberapa alternatif untuk memberikan pandangan ke depan mengenai hal yang akan dikerjakan dalam mencapai tujuan. Perencanaan harus dapat menjawab apa yang akan dilakukan, siapa yang melakukan, bagaimana, kapan, dan dimana hal tersebut dilaksanakan. Perencanaan meliputi penetapan visi, misi, filosofi, tujuan, rencana operasional, strategi, kebijakan, prosedur, dan aturan (Swansburg, 2000). Perencanaan yang dijalankan oleh kepala ruang berkaitan dengan keselamatan pasien antara lain merencanakan dan menetapkan tujuan, standar, prosedur, kebijakan maupun aturan mengenai keselamatan pasien. Perencanaan ini

sangat diperlukan karena menjadi acuan bagi perawat dalam bekerja (Dewi, 2011b).

b. Fungsi pengorganisasian dan pengaturan staf

Pengorganisasian adalah pengelompokan aktivitas-aktivitas untuk tujuan mencapai objektif, penugasan suatu kelompok manajer dengan autoritas pengawasan setiap kelompok, dan menentukan cara dari pengorganisasian aktivitas yang tepat dengan unit lain, baik secara vertikal maupun horizontal, yang bertanggung jawab untuk mencapai objektif organisasi (Swansburg, 2000). Fungsi organisasi harus terlihat pembagian tugas dan tanggung jawab staf yang akan melakukan kegiatan masing-masing (Notoatmojo, 2003). Fungsi pengorganisasian yang dijalankan oleh kepala ruang berkaitan dengan keselamatan pasien, antara lain menentukan staf yang terlibat dalam kegiatan keselamatan pasien, menentukan tugas dan tanggung jawab yang jelas kepada staf dalam kegiatan tersebut.

Pengaturan staf (*staffing*) merupakan pengaturan proses mobilisasi potensi dan pengembangan sumber daya manusia dalam memenuhi tugas untuk mencapai tujuan individu, dan organisasi (Suyanto, 2009). Kepala ruangan menjalankan fungsi ini di antara lain dengan merencanakan kebutuhan staf perawat, menyusun jadwal dinas, memberikan orientasi bagi staf baru mengenai kebijakan, aturan maupun standar keselamatan yang harus ditaati dalam bekerja (Dewi, 2011b).

c. Fungsi pengarahan

Pengarahan adalah tindakan fisik dari manajemen keperawatan, proses interpersonal di mana personel keperawatan mencapai objektif keperawatan. Pengarahan yang dilakukan oleh manajer dapat berfungsi untuk menciptakan kerjasama yang efisien, mengembangkan kemampuan dan keterampilan staf, menimbulkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan, mengusahakan suasana lingkungan kerja yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja (Swansburg, 2000).

Fungsi pengarahan di dalamnya terdapat motivasi, delegasi, manajemen konflik, komunikasi, dan supervisi. Motivasi merupakan perasaan atau pikiran yang mendorong seseorang melakukan pekerjaan. Delegasi merupakan pelimpahan tugas kepada orang lain. Manajemen konflik merupakan pengelolaan masalah internal ataupun eksternal sehingga dapat diselesaikan secara konstruktif. Komunikasi adalah penyampaian pesan kepada orang lain, sehingga orang lain dapat mengerti dan menerima maksud dan tujuan pesan (Nursalam, 2014). Supervisi merupakan bagian dari fungsi pengarahan yang bertujuan untuk mempertahankan agar segala kegiatan yang telah terprogram dapat dilaksanakan dengan baik dan lancar melalui aktifitas motivasi, bimbingan, pengarahan, dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari (Arwani, 2005). Ariyani (2008), menjelaskan bahwa untuk memperbaiki sikap perawat mendukung penerapan program keselamatan pasien dapat dilakukan dengan peningkatan pengetahuan dan motivasi secara bersama-sama. Bentuk fungsi pengarahan yang berdampak



pada peningkatan mutu pelayanan keperawatan yang salah satunya adalah keselamatan pasien adalah supervisi.

Kepala ruang merupakan *first level manager* yang bertanggung jawab 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 (Suyanto, 2009). Supervisi kepala ruang akan menjadi fokus dalam penelitian ini yang akan dijelaskan lebih lanjut pada subbab selanjutnya.

#### d. Fungsi pengawasan

Pengawasan merupakan proses terakhir dari fungsi manajemen. Menurut Urwick (dalam Swansburg, 2000), pengertian pengawasan adalah segala sesuatu dilaksanakan sesuai dengan rencana yang disepakati, instruksi yang telah diberikan, serta prinsip-prinsip yang telah diberlakukan. Pengawasan menurut Suarli dan Bahtiar (2014), merupakan suatu proses pemantauan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana, pedoman, ketentuan, kebijakan, tujuan, dan sasaran yang sudah ditentukan sebelumnya. Kepala ruang melaksanakan evaluasi terhadap tindakan penerapan keselamatan pasien. Hal ini untuk menjamin hasil yang diharapkan yaitu tercapainya keselamatan. Pengawasan diperlukan untuk mengatur kegiatan agar berjalan sesuai rencana, mencari jalan keluar atau pemecahan apabila terjadi hambatan pelaksanaan kegiatan. Pengawasan yang dikerjakan dengan baik dapat menjamin semua

tujuan dari individu atau kelompok konsisten dengan tujuan jangka pendek maupun jangka panjang dari organisasi.

## 2.3 Konsep Supervisi

### 2.3.1 Pengertian Supervisi

Supervisi berasal dari kata Latin yaitu *super* berarti di atas dan *videre* berarti melihat. Bila dilihat dari asal kata aslinya, supervisi berarti "melihat dari atas". Pengertian supervisi secara umum adalah melakukan 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 (Suarli, dan Bahtiar, 2014). 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. Selain itu, supervisi juga diartikan sebagai pengamatan atau pengawasan secara langsung terhadap pelaksanaan pekerjaan yang sifatnya rutin (Suyanto, 2009).

Supervisi keperawatan adalah aktivitas keperawatan berupa pengarahan dan inspeksi secara periodik terhadap pencapaian tugas atau aktivitas. Supervisi meliputi proses aktif dari pengarahan, panduan dan pencapaian hasil terhadap aktivitas dari penampilan seseorang (Mustikasari, 2005). Supervisi merupakan suatu kegiatan dinamis yang mampu meningkatkan motivasi dan kepuasan di

antara orang-orang yang terlihat baik pimpinan, anggota, maupun pasien dan keluarganya (Arwani, 2005). Berdasar beberapa pendapat di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa supervisi merupakan kegiatan pembelajaran dan dukungan profesional oleh atasan terhadap kinerja bawahan. Supervisi perlu dilakukan secara terprogram, terjadwal, dan perhatian supervisor bukan hanya pada pelaksanaan praktik keperawatan tetapi juga pada sikap dan tanggung jawab perawat pelaksana dalam praktik profesional.

### 2.3.2 Tujuan Supervisi

Tujuan kegiatan supervisi diantaranya, sebagai berikut.

- a. Memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung sehingga dengan bantuan tersebut bawahan akan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas dengan hasil yang baik.
- b. Meningkatkan kinerja pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan.
- c. Mengusahakan seoptimal mungkin kondisi kerja yang kondusif dan nyaman yang mencakup lingkungan fisik, atmosfer kerja dan jumlah sumber-sumber yang dibutuhkan untuk memudahkan pelaksanaan tugas.
- d. Mengorientasikan staf dan pelaksana keperawatan.
- e. Melatih staf dan pelaksana keperawatan.
- f. Memberikan arahan dalam pelaksanaan kegiatan sebagai upaya untuk menimbulkan kesadaran.
- g. Mengerti peran serta fungsinya sebagai staf.

- h. Memfokuskan pada pemberian pelayanan kemampuan staf dan pelaksana keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan (Suarli dan Bahtiar, 2014; Arwani, 2005).

### 2.3.3 Sasaran Supervisi

Sasaran atau objek dari supervisi adalah pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan, serta bawahan yang melakukan pekerjaan. Jika supervisi mempunyai sasaran berupa pekerjaan yang dilakukan, maka disebut supervisi langsung, sedangkan jika sasaran berupa bawahan yang melakukan pekerjaan disebut supervisi tidak langsung (Suarli, dan Bahtiar, 2014). Sasaran yang harus dicapai dalam supervisi menurut antara lain sebagai berikut.

- a. Pelaksanaan tugas keperawatan

Arwani (2005), menjelaskan bahwa dengan supervisi diharapkan pelaksanaan tugas akan sesuai dengan pola yang telah disepakati.

- b. Penggunaan alat yang efektif dan ekonomis.
- c. Sistem dan prosedur yang tidak menyimpang.
- d. Pembagian tugas dan wewenang

Anggota yang telah diberikan tugas dan wewenang akan bertanggung jawab terhadap kelancaran dan evaluasi terhadap tugasnya (Arwani, 2005).

- e. Penyimpangan/ penyelewengan kekuasaan, kedudukan dan keuangan.
- f. Terbentuknya staf yang berkualitas yang dapat dikembangkan secara sistematis dan berkesinambungan (Suyanto, 2009; Arwani, 2005).

### 2.3.4 Tugas dan Fungsi Supervisor

Tugas supervisor adalah mengusahakan seoptimal mungkin kondisi kerja yang nyaman dan aman, efektif dan efisien. Tugas dan fungsi supervisor menurut Suyanto (2009) sebagai berikut.

- a. Mengorientasikan staf dan pelaksana keperawatan terutama pegawai baru.
- b. Melatih staf dan pelaksana keperawatan.
- c. Memberikan pengarahan keperawatan.
- d. Memberikan pengarahan dalam pelaksana tugas agar menyadari, mengerti terhadap peran, fungsi sebagai staf dan pelaksana asuhan keperawatan.
- e. Memberikan pelayanan bimbingan kepada pelaksana keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Fungsi supervisor dalam keperawatan Suyanto (2009) menjelaskan sebagai berikut.

- a. Menilai dan memperbaiki faktor-faktor yang mempengaruhi proses pemberian pelayanan asuhan keperawatan.
- b. Mengkoordinasikan, menstimulasi dan mendorong ke arah peningkatan kualitas asuhan keperawatan.
- c. Membantu (*asistensing*), memberi support (*supporting*), dan mengajak untuk diikutsertakan (*sharing*).

### 2.3.5 Karakteristik Pelaksana Supervisi

Menurut Suarli, dan Bahtiar (2014), pelaksana supervisi atau supervisor memiliki karakteristik atau syarat yaitu:

- a. sebaiknya atasan langsung dari yang disupervisi atau apabila hal ini tidak memungkinkan dapat ditunjuk staf khusus dengan batas-batas kewenangan dan tanggung jawab yang jelas;
- b. pelaksana supervisi harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk jenis pekerjaan yang disupervisi;
- c. pelaksana supervisi harus memiliki keterampilan melakukan supervisi, artinya memahami prinsip-prinsip pokok serta tehnik supervisi;
- d. pelaksana supervisi harus memiliki sifat *edukative* dan *supportive*, bukan otoriter;
- e. pelaksana supervisi harus mempunyai waktu yang cukup, sabar, dan selalu berupaya meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan perilaku bawahan yang disupervisi.

### 2.3.6 Pelaksana Supervisi

Pelaksana atau yang bertanggung jawab melakukan supervisi adalah mereka yang memiliki kelebihan dalam organisasi, antara lain:

- a. Manajer puncak (*Top Manager*)

Manajer puncak bertanggung jawab atas seluruh kegiatan dari hasil kegiatan serta proses manajemen organisasi. Tugas utamanya menetapkan kebijakan (*policy*), memberi petunjuk atau pengarahan umum berkaitan dengan tujuan

misalnya: Kakanwil Depkes Provinsi, Kadinkes Daerah, Direktur RS dan sebagainya (Nursalam, 2012). Kepala bidang keperawatan sebagai *top manager* dalam keperawatan, bertanggung jawab untuk melakukan supervisi baik secara langsung atau tidak langsung melalui para pengawas perawatan (Suyanto, 2009).

b. Manajer menengah (*Middle Manager*)

Manajer menengah ini memimpin sebagian manajer tingkat pertama. Tugasnya menjabarkan kebijaksanaan *top manager* ke dalam program-program. Manajer menengah misalnya Kepala Bagian Tata Usaha, dan Kepala Bidang (Nursalam, 2012). Ruang perawatan dan unit pelayanan yang berada di bawah unit pelaksana fungsional (UPF) mempunyai pengawas perawatan yang bertanggung jawab mengawasi jalannya pelayanan keperawatan (Suyanto, 2009).

c. Manajer Tingkat Pertama (*First Line, First Level Manager, Supervisor Manager*)

Manajer tingkat bawah yang bertugas memimpin langsung para pelaksana atau pekerja, yaitu kepala ruang (Nursalam, 2012). Kepala ruang bertanggung jawab 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 (Suyanto, 2009).

### 2.3.7 Cara Supervisi

#### a. Langsung

Cara supervisi dapat dilakukan langsung pada kegiatan yang sedang berlangsung. Pada supervisi modern seorang supervisor dapat terlibat dalam kegiatan agar pengarahan dan pemberian petunjuk tidak dirasakan sebagai perintah. Pengarahan yang efektif adalah pengarahan yang lengkap, mudah dipahami, menggunakan kata-kata yang tepat, berbicara dengan jelas, logis, menghindari banyak arahan pada satu saat, memastikan arahan tersebut dapat dipahami, dan arahan supervisi dapat dilaksanakan atau perlu tindak lanjut (Suyanto, 2009).

Proses supervisi langsung meliputi:

- 1) Perawat pelaksana melakukan secara tindakan suatu tindakan keperawatan didampingi oleh supervisor;
- 2) Selama proses, supervisor dapat memberi dukungan, *reinforcement* dan petunjuk;
- 3) Setelah selesai, supervisor dan perawat pelaksana melakukan diskusi yang bertujuan untuk menguatkan yang telah sesuai dan memperbaiki yang masih kurang. *Reinforcement* pada aspek yang positif sangat penting dilakukan oleh supervisor (Nursalam, 2012).

Hasil penelitian Muhasidah (2002 dalam Mua, 2011), menunjukkan teknik supervisi yang baik adalah supervisi secara langsung dan bila dilakukan secara terus menerus dan terprogram dapat memastikan pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan standar praktik keperawatan.



b. Tidak langsung

Supervisi dilakukan melalui laporan tertulis seperti laporan klien dan catatan asuhan keperawatan pada setiap shift pagi, sore dan malam, dapat juga dilakukan dengan menggunakan laporan lisan seperti pada saat timbang terima shift, ronde keperawatan maupun rapat dan jika memungkinkan memanggil secara khusus para ketua tim dan perawat pelaksana. Supervisor tidak melihat secara langsung kejadian di lapangan sehingga mungkin terjadi kesenjangan fakta, oleh karena itu klarifikasi dan umpan balik diberikan agar tidak terjadi salah persepsi dan masalah segera dapat diselesaikan (Suyanto, 2009).

### 2.3.8 Kegiatan Supervisi

Supervisi merupakan inspeksi terhadap pekerjaan orang lain, evaluasi kinerja dan memastikan hasil pekerjaan sudah dilakukan dengan benar. Kegiatan supervisi adalah kegiatan-kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktifitas bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari (Arwani, 2005).

a. Bimbingan

Supervisi merupakan usaha sistematis dan berkelanjutan untuk meningkatkan dan mengarahkan kegiatan yang dilakukan oleh tenaga pelaksana bimbingan dan konseling, agar mereka dapat berperan lebih efisien dan efektif dalam kegiatan bimbingan dan konseling untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. *Supervision is traditionally used to refer to the activity of*

*immediately directing the activities of subordinates*. Supervisi mencakup dua bentuk kegiatan meliputi: (i) sebagai contoh kualitas yang direncanakan untuk memelihara, menyelenggarakan dan menentang perubahan, (ii) mengadakan perubahan, penataran dan mengadakan perubahan perilaku. Manfaat supervisi dalam program bimbingan dan konseling di antaranya: mengontrol kegiatan dari para personel bimbingan dan konseling, yaitu bagaimana pelaksanaan tugas dan tanggung jawab mereka masing-masing; mengontrol adanya kemungkinan hambatan yang ditemui oleh personel bimbingan dan konseling dalam melaksanakan tugasnya; memungkinkan dicarinya jalan keluar terhadap hambatan dan permasalahan yang ditemui; memungkinkan terlaksananya program bimbingan secara lancar ke arah pencapaian tujuan sebagaimana yang telah diteliti diterapkan (Luddin, 2010).

b. Pengarahan

Supervisor yang bertugas memberikan pengarahan. Tujuan pengarahan adalah supaya staf mendapat masukan yang jelas tentang tujuan kerja, target kerja, cara kerja yang dipakai, dan semua hal yang terkait dengan pekerjaan itu. Dengan adanya pengarahan itu diharapkan tugas akan diharapkan tugas akan dapat berjalan dengan lancar. Pengarahan yang efektif menurut George R. Terry dalam Wiryoputro (2008) adalah:

- 1) Buatlah agar orang-orang dalam organisasi itu merasa penting dan berkepentingan;
- 2) Kenalilah perbedaan yang ada pada masing-masing individu;
- 3) Jadilah seorang pendengar yang baik;

- 4) Hindarilah perdebatan;
- 5) Ketahuilah sebaik-baiknya perasaan orang lain;
- 6) Ajukan pertanyaan-pertanyaan yang bersifat membujuk;
- 7) Hindari dominasi;
- 8) Berikan kesempatan kepada kebanyakan orang untuk menginginkan sesuatu dalam organisasi dengan disertai kejelasan tentang hak dan manfaat yang akan diperoleh;
- 9) Ikutsertakan dalam proses manajemen;
- 10) Perintah atau instruksi hendaknya jelas dan selengkap mungkin;
- 11) Gunakan supervisi atau pengawasan yang efektif.

Supervisi merupakan upaya pengarahan dengan cara mendengarkan alasan dan keluhan tentang masalah dalam pelaksanaan dan memberikan petunjuk serta saran-saran dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi pelaksana, sehingga meningkatkan daya guna dan hasil guna serta kemampuan pelaksana dalam melaksanakan upaya kesehatan (Effendi, 1998).

#### c. Memotivasi

Memberikan dorongan kepada staf atau bawahan agar dapat bekerja dengan baik untuk meningkatkan kinerjanya. Mekanisme kerja yang baik ini akan mendorong dari dalam diri dan diharapkan kepuasan kerja akan muncul pada diri karyawan, bahkan lebih jauh menumbuhkan komitmen dari karyawan secara mendalam. Memotivasi secara positif dan keadilan yang konsisten adalah tanda-tanda dari kepemimpinan yang baik. Kualitas dan proses supervisi yang baik akan meningkatkan motivasi dan kepuasan kerja perawat (Wahyudi,

2011). Swansburg (1999 dalam Suyanto, 2009), mengungkapkan tentang solusi dan teknik memotivasi yang dapat digunakan oleh manajer keperawatan sebagai berikut.

- 1) Harga diri (*self esteem*), yaitu pengakuan terhadap keberhasilan pekerjaan yang telah dilakukan staf perawatan sehingga meningkatkan harga diri dan diharapkan dapat memotivasi.
- 2) Pengkayaan pekerjaan (*job enrichment*), yaitu pengembangan tugas staf perawatan sehingga pekerjaan itu sendiri membuat staf termotivasi.
- 3) Pemberdayaan (*empowerment*), melalui pendelegasian tanggung jawab dan kewenangan sehingga timbul rasa percaya dan mempercayai serta saling mendukung.
- 4) Promosi kesamping (*lateral promotions*), yaitu promosi karir dengan memberikan kesempatan kepada setiap staf perawatan untuk maju dan mendapat tugas yang lebih serta sesuai.
- 5) Pertumbuhan (*growth*), yaitu tumbuh dan berkembang guna meningkatkan kemampuan dengan cara memberikan kesempatan kepada setiap staf perawatan untuk meneruskan pendidikan dan mengikuti pelatihan.
- 6) Komunikasi (*communication*), bertujuan untuk memberikan motivasi dengan berbagi informasi dan berkonsultasi.
- 7) Penghargaan (*rewards*), baik finansial maupun non finansial.

d. Evaluasi kerja

Evaluasi kinerja yang efektif merupakan proses yang berkesinambungan, dan memusatkan perhatian pada kinerja pekerjaan. Tujuan dasar evaluasi adalah

untuk menyediakan informasi mengenai kinerja pekerjaan. Informasi tersebut dapat memenuhi berbagai tujuan yang utama, yaitu:

- 1) mengidentifikasi karyawan yang berpotensi tinggi;
- 2) menstimulasi perbaikan kinerja;
- 3) mengembangkan cara untuk mengatasi hambatan dan penghambat kinerja

(Ivancevich, 2005).

#### **2.4 Peran Perawat**

Peran dapat diartikan sebagai seperangkat perilaku yang diharapkan oleh individu sesuai dengan status sosialnya. Jika seorang perawat, peran yang dijalankan harus sesuai dengan lingkup kewenangan perawat (Asmadi, 2008). Perawat memiliki sejumlah peran di dalam menjalankan tugasnya sesuai dengan hak dan kewenangan yang ada. Peran perawat dalam Undang-Undang Keperawatan meliputi pemberi asuhan keperawatan, penyuluh dan konselor, pengelola, dan peneliti.

##### **a. Pelaksana layanan keperawatan (*care provider*)**

Perawat memberikan layanan berupa asuhan keperawatan secara langsung kepada klien sesuai dengan kewenangannya. Asuhan keperawatan diberikan kepada klien di semua tatanan layanan kesehatan dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi oleh etik dan etika keperawatan, serta berada dalam lingkup wewenang dan tanggung jawab keperawatan (Asmadi, 2008). Perawat sebagai *care provider* berwenang untuk: (1) melakukan pengkajian keperawatan

secara holistik; (2) menetapkan diagnosis keperawatan; (3) merencanakan tindakan keperawatan; (4) melaksanakan tindakan keperawatan; (5) mengevaluasi hasil tindakan keperawatan; (6) melakukan rujukan; (7) memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi; (8) memberikan konsultasi keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter; (9) melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling; (10) melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas (Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan; Kusnanto, 2004). Perawat dalam menjalankan perannya, bertugas untuk:

- 1) Sebagai *comforter*, perawat berusaha memberi kenyamanan dan rasa aman bagi klien;
- 2) Sebagai *protector* dan *advocate*, perawat melindungi hak dan kewajiban klien agar tetap terlaksana dengan seimbang dalam memperoleh pelayanan kesehatan;
- 3) Sebagai *communicator*, perawat memfasilitasi klien dengan anggota tim kesehatan lainnya;
- 4) Sebagai *rehabilitator*, perawat berusaha mengembalikan kesehatan klien (Asmadi, 2008; Momon, 2008).

Peran sebagai *care provider* merupakan peran yang sangat penting di antara peran-peran yang lain (bukan berarti peran yang lain tidak penting). Baik/tidaknya kualitas layanan profesi keperawatan, dirasakan langsung oleh klien. Keperawatan sebagai profesi yang profesional bukan hanya dibuktikan

dengan jenjang pendidikan yang tinggi. Ilmu dan teori yang banyak juga harus diwujudkan ke dalam aktivitas pelayanan nyata kepada klien agar klien mendapatkan kepuasan, sehingga menjadi suatu pembuktian nyata berupa layanan keperawatan profesional kepada klien (Asmadi, 2008).

b. Pengelola (manajer)

Perawat mempunyai peran dan tanggung jawab dalam mengelola layanan keperawatan di semua tatanan layanan kesehatan maupun tatanan pendidikan berada dalam tanggung jawabnya sesuai dengan konsep manajemen keperawatan (Momon, 2008). Perawat sebagai manager menjalankan fungsi manajerial keperawatan yang meliputi *planning, organizing, actuating, directing, dan controlling*. Seorang perawat perlu memiliki *technical skill, human skill, dan conceptual skill* untuk dapat menjalankan peran manajer dengan baik. *Technical skill* adalah kemampuan untuk menggunakan pengetahuan, metode, teknik, dan peralatan yang diperlukan dengan melaksanakan tugas-tugas manajerial. *Human skill* mencakup kemampuan untuk bekerja sama, memahami, dan memotivasi orang lain, baik individu maupun kelompok. *Conceptual skill* berhubungan dengan kemampuan dan keterampilan berfikir (Asmadi, 2008).

c. Pendidik dalam keperawatan

Peran pendidik dalam Undang-Undang Keperawatan disebutkan sebagai penyuluh dan konselor. Perawat dalam peran ini bertugas memberikan pendidikan kesehatan kepada klien sebagai upaya menciptakan perilaku individu/masyarakat yang kondusif bagi kesehatan. Kemampuan yang perlu

dimiliki perawat sebagai penyuluh dan konselor berupa wawasan ilmu pengetahuan yang luas, kemampuan berkomunikasi, pemahaman psikologis, dan kemampuan menjadi model/ccontoh dalam perilaku profesional (Asmadi, 2008).

d. Peneliti dan pengembang ilmu keperawatan

Perawat sebagai peneliti diharapkan mampu mengidentifikasi masalah penelitian, menerapkan prinsip dan metode penelitian, serta memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan atau pelayanan dan pendidikan keperawatan. Riset keperawatan akan menambah dasar pengetahuan ilmiah keperawatan dan meningkatkan praktik keperawatan bagi klien (Momon, 2008).

## **2.5 Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien**

Indikator mutu pelayanan keperawatan meliputi keselamatan pasien, keterbatasan perawatan diri, kepuasan pasien, kecemasan, kenyamanan, dan pengetahuan (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, 2008). Nursalam (2014), mengatakan bahwa mengukur atau mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan salah satunya dengan keselamatan pasien. Menurut data yang telah dijelaskan di atas bahwa penerapan keselamatan pasien belum maksimal, sehingga perlu upaya membutuhkan pengelolaan yang baik untuk meningkatkan pelayanan keperawatan. Proses pengelolaan ini dengan fungsi manajemen keperawatan. Menurut Asmuji (2012), fungsi manajemen meliputi perencanaan,



pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian guna memperoleh hasil pelayanan keperawatan yang berkualitas.

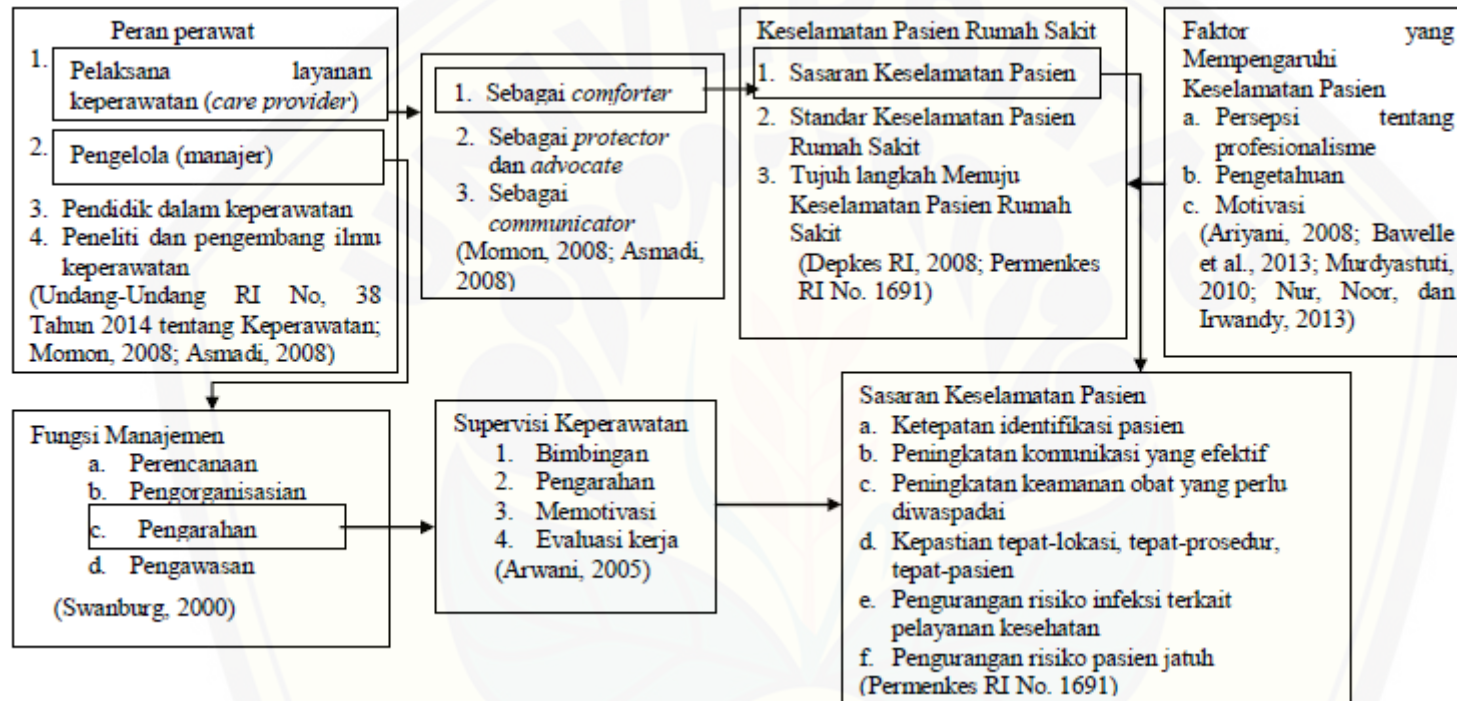
Parmin (2009), menemukan bahwa ada hubungan yang bermakna antara fungsi manajemen perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan kepala ruangan dengan motivasi perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUP Undala Palu. Keempat fungsi manajemen kepala ruang yang memiliki *Odds Ratio* (OR) paling besar yaitu fungsi pengarahan sebesar 2,93. OR ketiga fungsi lainnya yaitu perencanaan (2,15), pengorganisasian (2,18), dan pengawasan (2,86). Penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa jika fungsi pengarahan dilakukan dengan baik mempunyai peluang paling tinggi untuk meningkatkan motivasi perawat pelaksana. Astuty (2011), juga menyatakan bahwa fungsi pengarahan kepala ruangan berhubungan dengan kepuasan kerja perawat pelaksana di RS Haji Jakarta.

Supervisi merupakan bagian dari fungsi pengarahan yang bertujuan untuk mempertahankan agar segala kegiatan yang telah terprogram dapat dilaksanakan dengan baik dan lancar sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang salah satu indikatornya keselamatan pasien (Arwani, 2005; Suarli dan Bahtiar, 2014; Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, 2008). Supervisi yang maksimal akan membuat perawat pelaksana melakukan penerapan *patient safety* dengan baik (Rumampuk et al, 2013). Supervisi yang berkesinambungan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat sehingga dapat berdampak pada peningkatan mutu pelayanan keperawatan (Zakiyah, 2012). Tujuan supervisi merupakan peningkatan pelayanan pada pasien

dengan berfokus pada kebutuhan, keterampilan, dan kemampuan perawat dalam menjalankan tugasnya. Kepala ruang merupakan *first level manager* yang bertanggung jawab 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 (Suyanto, 2009).

Permatasari (2012), menjelaskan bahwa supervisi mempunyai hubungan dalam pelaksanaan dalam pelaksanaan *Nine Life Saving Solutions* dari WHO dalam upaya keselamatan pasien. Rumampuk et al. (2013), menemukan bahwa ada hubungan peran kepala ruangan melakukan supervisi pada perawat pelaksana dengan penerapan keselamatan pasien yang meliputi prosedur identifikasi pasien baik (95,2%), prosedur pemberian injeksi baik (100%), dan prosedur mencuci tangan baik (100%).

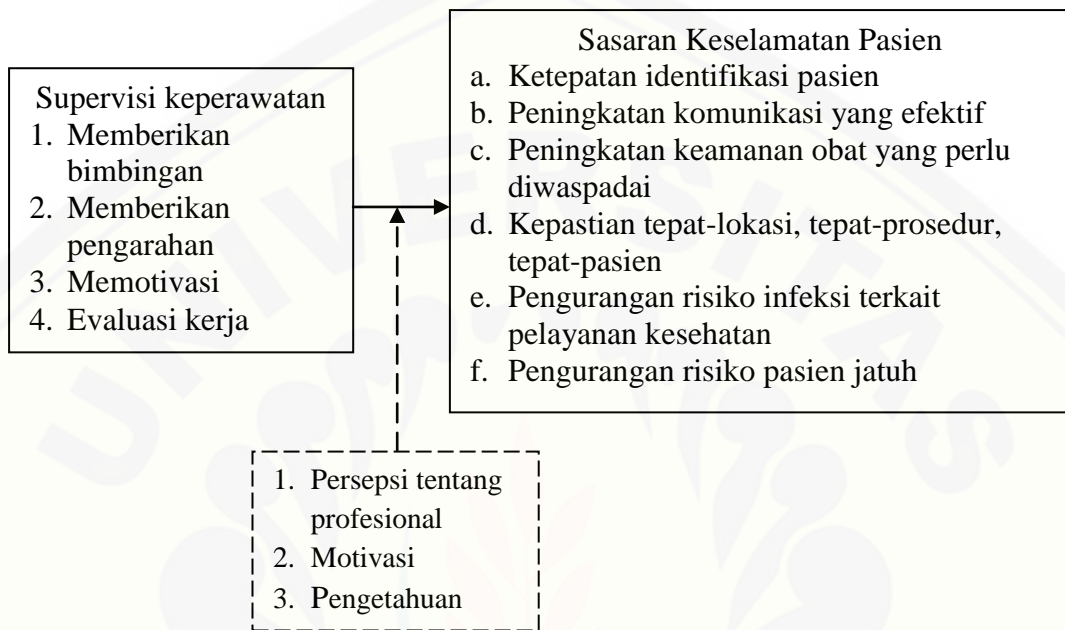
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori


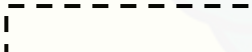

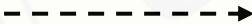
### BAB 3. KERANGKA KONSEP

#### 3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan :

-  = diteliti
-  = tidak diteliti
-  = diteliti
-  = tidak diteliti

#### 3.2 Hipotesa

Berdasarkan masalah dan kerangka konsep di atas hipotesis yang digunakan adalah:

Hipotesis alternatif ( $H_a$ ) yaitu ada hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember.



## BAB 4. METODE PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian pada penelitian ini adalah penelitian *descriptive analitik* dengan menggunakan pendekatan secara *cross sectional*. Pada penelitian ini, peneliti mencoba mencari hubungan antar variabel. Penelitian ini kemudian dilakukan analisis hubungan antar data yang dikumpulkan. Pada jenis penelitian dengan pendekatan *cross sectional*, menurut Setiadi (2007) variabel sebab dan variabel akibat yang menjadi objek penelitian diukur dan dikumpulkan sesaat dalam satu kali waktu. Peneliti melakukan pengukuran variabel independen dan dependen, kemudian data yang terkumpul dianalisis untuk mencari hubungan antar variabel. Variabel yang dimaksud dalam penelitian ini adalah hubungan pelaksanaan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember.

### 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diamati karakteristiknya (Notoatmodjo, 1993 dalam Setiadi, 2007). Populasi merupakan kesatuan sekelompok subjek yang menjadi sasaran penelitian (Notoatmodjo, 2012). Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua perawat di ruang rawat inap kelas 2 dan 3 Rumah Sakit Paru Jember, yaitu Ruang Dahlia, Ruang Intermediet, Ruang Mawar, dan Ruang Melati. Ruang Dahlia memiliki 2

perawat kepala tim dan 7 perawat pelaksana. Ruang Intermediet memiliki 5 perawat pelaksana. Ruang Mawar memiliki 1 perawat kepala tim dan 7 perawat pelaksana, serta Ruang Melati 13 perawat pelaksana. Jumlah keseluruhan perawat di ruang rawat inap kelas 2 dan 3 Rumah Sakit Paru Jember sebanyak 39 perawat.

#### 4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian dari jumlah populasi yang akan diambil sebagai subyek atau obyek penelitian dan dianggap mewakili populasi (Notoatmodjo, 1993 dalam Setiadi, 2007). Sampel penelitian ini adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap kelas 2 dan 3 Rumah Sakit Paru Jember sebanyak 32 perawat.

#### 4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *non probability sampling* yaitu tidak memberikan kesempatan yang sama pada anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel dalam penelitian (Setiadi, 2007). Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan *total sampling* atau *sampling jenuh* diartikan sebagai teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Setiadi, 2007).

#### 4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Kriteria sampel dalam penelitian ini terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target terjangkau yang akan diteliti. Kriteria eksklusi merupakan kriteria subyek penelitian yang dikeluarkan dari penelitian dan tidak memenuhi kriteria inklusi karena berbagai sebab sehingga tidak dapat menjadi subjek penelitian (Notoatmodjo, 2012).

##### a. Kriteria inklusi dari penelitian ini terdiri atas:

- 1) perawat pelaksana;
- 2) bersedia menjadi responden penelitian;
- 3) tidak sedang cuti.

##### b. Kriteria eksklusi yang telah ditetapkan peneliti yaitu responden yang saat proses penelitian secara situasional mengundurkan diri, misal sakit, atau cuti.

#### 4.3 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian berada di ruang rawat inap kelas 2 dan 3 Rumah Sakit Paru Jember yaitu di Ruang Dahlia, Ruang Intermediet, Ruang Mawar, dan Ruang Melati.

#### 4.4 Waktu Penelitian

Penyusunan proposal dilakukan pada bulan Desember 2014 sampai dengan April 2015. Kegiatan dilanjutkan dengan pengumpulan pada tanggal 3 sampai



dengan 9 Juli 2015 dan analisa data. Penyusunan laporan skripsi pada bulan Juli 2015.



#### 4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Variabel dan definisi operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil ukur
1.	Supervisi Kepala Ruang	Persepsi perawat pelaksana terhadap pemberian bantuan, penjelasan, dukungan, penilaian kerja perawat pelaksana melaksanakan keselamatan pasien yang dilakukan kepala ruang.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan bimbingan</li> <li>2. Memberikan pengarahan</li> <li>3. Memotivasi</li> <li>4. Mengevaluasi kinerja (Arwani, 2005)</li> </ol>	Kuesioner yang diadopsi dari penelitian yang dilakukan Wahyudi (2011) yang kemudian dimodifikasi oleh peneliti	Ordinal	Dikategorikan berdasarkan pendekatan Sturges. Kuesioner terdiri atas 32 pertanyaan dengan nilai maksimum: 96 dan minimum: 0 maka dikategorikan dengan hasil: 1: Kurang: $\leq 32$ 2: Cukup: $>32- \leq 64$ 3: Baik: $>64-96$
2.	Penerapan Keselamatan Pasien	Persepsi perawat terhadap dirinya sendiri dalam melaksanakan tindakan keperawatan dengan mencegah dan meminimalkan timbulnya risiko terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan tindakan yang diambil melalui ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan risiko pasien jatuh.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai</li> <li>4. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh (Permenkes RI No. 1691)</li> </ol>	Kuesioner ini dibuat berdasarkan Permenkes RI No. 1691	Ordinal	Dikategorikan berdasarkan pendekatan Sturges. Kuesioner terdiri atas 26 pertanyaan dengan nilai maksimum: 78 dan minimum: 0 maka dikategorikan dengan hasil: 1: Kurang: $\leq 26$ 2: Cukup: $>26- \leq 52$ 3: Baik: $>52-78$
3.	Karakteristik Responden:					

a. Usia	Lama hidup seorang perawat sejak dilahirkan sampai ulang tahun terakhir pada saat mengisi kuesioner.	Kuesioner A	Interval	Jumlah usia dalam tahun
b. Jenis kelamin	Perbedaan perawat antara laki-laki dan perempuan yang ditunjukkan secara biologis sejak lahir.	Kuesioner A	Nominal	Dikategorikan menjadi: 1: Laki-laki 2: Perempuan
c. Status pernikahan	Ikatan yang diakui oleh negara dan agama di antara 2 orang yang berbeda jenis.	Kuesioner A	Nominal	Dikategorikan menjadi: 1: Belum menikah 2: Menikah 3: Duda/janda
d. Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang ditempuh perawat pelaksana dan dibuktikan dengan tanda kelulusan resmi dari institusi.	Kuesioner A	Ordinal	Dikategorikan menjadi: 1: SPK 2: D3 Keperawatan 3: S1/Ners
e. Lama bekerja	Waktu yang diperhitungkan sejak pertama kali diterima bekerja di rumah sakit sampai saat ini.	Kuesioner A	Interval	Lama kerja perawat bekerja dalam tahun
f. Frekuensi Pelatihan	Jumlah pelatihan terkait keselamatan pasien (dalam 5 tahun terakhir) yang telah didapatkan perawat.	Kuesioner A	Ordinal	Dikategorikan menjadi: 1: ≤ 2 kali 2: > 2 kali

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

Data primer merupakan data sumber pertama yang diperoleh peneliti dari individu atau perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner (Budiarto, 2002). Data primer dapat diperoleh peneliti langsung dari responden. Data primer pada penelitian ini adalah data hasil pengisian kuesioner oleh perawat yang terdiri atas dua jenis lembar yang mencakup tentang pelaksanaan supervisi kepala ruang dan penerapan keselamatan pasien. Data sekunder menurut Setiadi (2007) adalah data yang diperoleh peneliti dari pihak lain, badan atau instansi atau lembaga yang secara rutin mengumpulkan data. Data sekunder merupakan data yang sudah ada dan peneliti tinggal memilih saja data yang hendak digunakan. Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini adalah data jumlah perawat di ruang rawat inap kelas 2 dan 3 Rumah Sakit Paru Jember.

### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu cara untuk mengumpulkan data melalui subjek dalam penelitian (Setiadi, 2007). Pelaksanaan supervisi kepala ruang akan menjadi variabel independen yang didata dengan menggunakan kuesioner. Pengisian kuesioner dilakukan oleh perawat bertujuan untuk mengetahui persepsi perawat tentang pelaksanaan supervisi kepala ruang secara lebih objektif. Penerapan keselamatan pasien menjadi variabel dependen yang didata juga menggunakan kuesioner. Pengisian kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui

penerapan keselamatan pasien oleh perawat selama tindakan asuhan keperawatan.

Berikut alur pengambilan data yang dilakukan peneliti, antara lain.

a. Tahap persiapan

- 1) Peneliti melakukan koordinasi dengan pihak Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan pihak Badan Kesatuan Bangsa dan Politik untuk mendapatkan surat pengantar studi pendahuluan penelitian yang diajukan ke pihak Rumah Sakit. Setelah surat yang diajukan ke pihak Rumah Sakit Paru Jember telah disetujui, maka peneliti memulai mencari data jumlah perawat di rawat inap dari pihak kepegawaian Rumah Sakit Paru Jember.
- 2) Peneliti melakukan wawancara terkait penerapan keselamatan pasien dengan tim keselamatan pasien dan beberapa perawat ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember sebagai penunjang untuk studi pendahuluan.
- 3) Peneliti mencari data jumlah perawat rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan sebanyak responden.
- 4) Peneliti mengurus administrasi dengan pengajuan surat penelitian Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik untuk mendapatkan surat pengantar penelitian yang diajukan ke Direktur Rumah Sakit Paru Jember melalui Instalasi Litbang dan Diklat Rumah Sakit Paru Jember dan menunggu surat yang balasan dari pihak Rumah Sakit Paru Jember yang berisi tentang menyetujui peneliti untuk melakukan penelitian.

b. Tahap pelaksanaan

- 1) Responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi akan dijadikan objek penelitian. Peneliti kemudian memberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian yang akan dilakukan kepada responden. Proses membina hubungan saling percaya antara peneliti dan responden diakhiri dengan penyerahan lembar *consent* yang didalamnya berisi persetujuan bahwa perawat bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian. Perawat yang menyetujui kemudian menandatangani lembar *consent* dan mengembalikan lembar tersebut kepada peneliti.
- 2) Peneliti memberikan kuesioner kepada responden melalui dua tahap. Tahap pertama dilakukan dengan cara pengisian kuesioner tentang pelaksanaan supervisi kepala ruang. Hal ini dikarenakan perawat dianggap sebagai orang yang merasakan langsung supervisi yang dilakukan kepala ruang. Selanjutnya ditahap kedua dilakukan pengisian kuesioner penerapan keselamatan pasien oleh perawat selama tindakan asuhan keperawatan.
- 3) Kuesioner yang telah selesai diisi oleh responden, maka harus dikumpulkan kembali pada peneliti. Kuesioner yang terkumpul akan diperiksa kelengkapan pengisian kuesioner.

#### 4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner adalah suatu cara mengumpulkan data yang dilakukan

dengan membagikan sejumlah pertanyaan atau pernyataan kepada responden (Setiadi, 2007).

a. Kuesioner A tentang pelaksanaan supervisi kepala ruang

Kuesioner ini mengadopsi dari Wahyudi (2011) yang kemudian dimodifikasi oleh peneliti. Pernyataan dalam kuesioner pelaksanaan supervisi kepala ruang terdiri atas 48 pernyataan yang bersifat *favourable* dan *unfavourable* sebelum diuji validitas. Pernyataan *favourable* atau positif yang terdapat dalam kuesioner ialah pernyataan yang mendukung teori sedangkan pernyataan *unfavourable* atau negatif ialah pernyataan yang tidak sesuai dengan teori. Pernyataan *favourable* memiliki nilai jawaban Selalu = 3, Sering = 2, Jarang = 1, Tidak Pernah = 0 sedangkan pernyataan *unfavourable* nilai jawabannya Selalu = 0, Sering = 1, Jarang = 2, Tidak Pernah = 3.

Tabel 4.2 *Blue print* instrumen penelitian sebelum dan sesudah uji validitas terkait pelaksanaan supervisi kepala ruang di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember tahun 2015

No.	Indikator	Nomor Pertanyaan Sebelum Validitas		Jumlah Butir Soal	Nomor Pertanyaan Setelah Validitas		Jumlah Butir Soal
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavorable</i>		<i>Favourable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1.	Memberikan bimbingan	2, 5, 6, 8, 11, 12	1, 3, 4, 7, 9, 10	12	2, 5, 6, 8, 11, 12	1, 4, 10	9
2.	Memberikan pengarahan	13, 16, 17, 19, 21, 23	14, 15, 18, 20, 22, 24	12	13, 17, 21	15, 18, 22, 24	7
3.	Memotivasi	26, 27, 29, 30, 31, 34	25, 28, 32, 33, 36, 35	12	26, 29, 30, 34	25, 33	6
4.	Melakukan evaluasi kinerja	37, 38, 39, 41, 45, 47	40, 42, 43, 44, 46, 48	12	37, 38, 39, 45, 47	40, 42, 43, 46, 48	10
Total		34	14	48	18	14	32

Kuesioner pelaksanaan supervisi kepala ruang setelah diuji validitas tersisa 32 pernyataan. Semua hasil penilaian tersebut kemudian dikategorikan menjadi tiga yaitu kurang, cukup dan baik. Pengkategorisasian menurut Mustafa, (2009) dapat dilakukan dengan pendekatan Sturges. Penilaian pada kuesioner

pelaksanaan supervisi kepala ruang setelah diuji validitas tersebut mempunyai nilai minimal 0 dan nilai maksimal 96 dengan rentang jarak 96, sehingga cara pengkategorisasiannya menggunakan total skor adalah sebagai berikut.

$$\begin{aligned} \text{Interval setiap kategori} &= \frac{\text{rentang jarak}}{\text{banyak kategori}} \\ \text{Interval setiap kategori} &= \frac{96}{3} \\ \text{Interval setiap kategori} &= 32 \end{aligned}$$

Jadi hasil nilai pengkategorisasian yang telah dilakukan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.3 Kategorisasi pelaksanaan supervisi kepala ruang berdasarkan total skor

Kategori	Skor
Kurang	0-32
Cukup	>32-64
Baik	>64-96

b. Kuesioner B tentang penerapan keselamatan pasien

Alat pengumpul data yang digunakan untuk variabel dependen adalah Kuesioner tentang penerapan keselamatan pasien dan kuesioner tersebut telah dikembangkan oleh peneliti. Kuesioner untuk penerapan keselamatan pasien terdiri atas 36 pernyataan sebelum diuji validitas. Pernyataan mengandung jenis pernyataan *favourable* dan pernyataan *unfavourable*. Pernyataan *favorable* memiliki nilai jawaban Selalu = 3, Sering = 2, Jarang = 1, Tidak Pernah = 0 sedangkan pernyataan *unfavourable* nilai jawabannya Selalu = 0, Sering = 1, Jarang = 2, Tidak Pernah = 3.



Tabel 4.4 *Blue print* instrumen penelitian sebelum dan sesudah uji validitas terkait penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember tahun 2015

No.	Indikator	Nomor Pertanyaan Sebelum Validitas		Jumlah Butir Soal	Nomor Pertanyaan Setelah Validitas		Jumlah Butir Soal
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavorable</i>		<i>Favourable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1.	Ketepatan identifikasi pasien	2, 3, 5	1, 4, 6	6	2, 5	1, 4	4
2.	Peningkatan komunikasi yang efektif	7, 9, 12	8, 10, 11	6	9, 12	10, 11	4
3.	Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai	13, 16, 18	14, 15, 17,	6	18	14, 15, 17	4
4.	Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien	20, 22, 24	19, 21, 23	6	20, 22, 24	21, 23	5
5.	Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	25, 27, 30	26, 28, 29	6	25, 27	26, 28	4
6.	Pengurangan risiko pasien jatuh	31, 33, 36	32, 34, 35	6	31, 33, 36	32, 34	5
	Total	18	18	36	13	13	26

Kuesioner penerapan keselamatan pasien setelah diuji validitas tersisa 26 pernyataan. Semua hasil penilaian tersebut kemudian dikategorikan menjadi tiga yaitu kurang, cukup dan baik. Pengkategorisasian menurut Mustafa (2009), dapat dilakukan dengan pendekatan Sturges. Penilaian pada Kuesioner penerapan keselamatan pasien yang telah diuji validitas mempunyai nilai minimal 0 dan nilai maksimal 78 dengan rentang jarak 78, sehingga cara pengkategorisasiannya menggunakan total skor adalah sebagai berikut.

$$\text{Interval setiap kategori} = \frac{\text{rentang jarak}}{\text{banyak kategori}}$$

$$\text{Interval setiap kategori} = \frac{78}{3}$$

$$\text{Interval setiap kategori} = 26$$

Jadi hasil nilai pengkategorisasian yang telah dilakukan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.5 Kategorisasi penerapan keselamatan pasien berdasarkan total skor

Kategori	Skor
Kurang	0-26
Cukup	>26-52
Baik	>52-78

#### 4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas merupakan suatu alat ukur yang menghasilkan nilai kuantitatif yang merupakan syarat suatu kuesioner dapat digunakan dalam penelitian. Kuesioner yang valid dan reliabel akan menghasilkan hasil penelitian menjadi valid dan reliabel (Setiadi, 2007). Uji validitas dan uji reliabilitas membutuhkan jumlah responden minimal 20 orang untuk mendapatkan distribusi nilai hasil pengukuran yang mendekati normal (Notoatmodjo, 2012).

Instrumen penelitian ini seperti yang telah dijelaskan sebelumnya terdiri atas 2 kuesioner yaitu Kuesioner A tentang pelaksanaan supervisi kepala ruang yang diadopsi dari Wahyudi (2011) yang kemudian dimodifikasi oleh peneliti, dan Kuesioner B tentang penerapan keselamatan pasien yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan panduan Permenkes RI No. 1691, oleh karena itu sebelum digunakan untuk pengumpulan data instrumen penelitian perlu dilakukan uji coba. Lembar kuesioner harus diujicobakan pada responden yang mempunyai karakteristik yang sama dari tempat dimana penelitian tersebut dilakukan. Uji validitas dan reliabilitas dilaksanakan di Rumah Sakit Daerah Kalisat. Peneliti

memilih rumah sakit ini karena memiliki kesamaan karakteristik dengan tempat penelitian yaitu merupakan rumah sakit tipe C.

Pelaksanaan uji validitas dan reliabilitas ini dilakukan dua kali karena hasil uji validitas dan reliabilitas pertama jumlah pertanyaan yang valid dinilai belum bisa mewakili variabel yang akan diteliti. Pelaksanaan uji validitas dan reliabilitas pertama dilakukan tanggal 8 sampai dengan 10 Juni 2015 di 4 ruang rawat inap yaitu ruang rawat inap kelas I, II, III Interna, dan III Bedah, Syaraf, Anak Rumah Sakit Daerah Kalisat dengan 20 perawat pelaksana. Uji validitas dan reliabilitas kedua dilakukan tanggal 18 sampai dengan 20 Juni 2015 di 4 ruang rawat inap di atas. Uji validitas dan reliabilitas pertama dan kedua ada 5 perawat yang sama dikarenakan dalam satu ruang rawat inap tersebut hanya terdapat 5 perawat pelaksana.

Validitas adalah ukuran yang menunjukkan suatu instrumen itu benar-benar bisa mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012). Uji validitas untuk kuesioner menggunakan rumus uji korelasi *Pearson Product Moment* ( $r$ ) yaitu dengan membandingkan antara skor nilai setiap item pernyataan dengan skor total kuesioner. Nilai korelasi untuk tiap-tiap pertanyaan dikatakan signifikan dapat dilihat dari perbandingan  $r$  hitung dan  $r$  tabel. Jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel pada taraf signifikansi tertentu, artinya instrumen memenuhi kriteria validitas (Setiadi, 2007).

Hasil uji validitas dan reliabilitas pertama didapatkan Kuesioner B tentang pelaksanaan supervisi kepala ruang memuat 48 pertanyaan, dengan uji validitas menghasilkan 24 pertanyaan yang valid dengan nilai  $r$  antara 0,448 – 0,729.

Kuesioner C tentang penerapan keselamatan pasien memuat 36 pertanyaan dengan uji validitas menghasilkan 18 pertanyaan yang dinyatakan valid dengan nilai  $r$  antara 0,467-0,752. Hasil uji validitas dan reliabilitas kedua didapatkan Kuesioner B tentang pelaksanaan supervisi kepala ruang memuat 48 pertanyaan, dengan uji validitas menghasilkan 32 pertanyaan yang valid dengan nilai  $r$  antara 0,487 – 0,883. Kuesioner C tentang penerapan keselamatan pasien memuat 36 pertanyaan dengan uji validitas menghasilkan 26 pertanyaan yang dinyatakan valid dengan nilai  $r$  antara 0,450-0,772.

Reliabilitas adalah ukuran yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan (Notoatmodjo, 2012). Reliabilitas adalah adanya suatu kesamaan hasil apabila pengukuran dilaksanakan pada orang yang sama dalam waktu yang berbeda (Setiadi, 2007). Uji reliabilitas yang digunakan adalah *Alpha Cronbach*. Bila *Alpha Cronbach* lebih besar 0,6 dinyatakan reliabel (Sekaran, 2003 dalam Mustafa, 2009). Hasil uji reliabilitas pertama didapatkan *Alpha Cronbach* kuesioner B tentang pelaksanaan supervisi kepala ruang didapatkan hasil 0,890 dan *Alpha Cronbach* kuesioner C tentang penerapan keselamatan pasien didapatkan hasil 0,882. Hasil uji reliabilitas kedua didapatkan *Alpha Cronbach* kuesioner B tentang pelaksanaan supervisi kepala ruang didapatkan hasil 0,940 dan *Alpha Cronbach* kuesioner C tentang penerapan keselamatan pasien didapatkan hasil 0,923.

## 4.7 Pengolahan Data

### 4.7.1 Editing

*Editing* adalah proses pengecekan jumlah kuesioner, kelengkapan data yang diantaranya kelengkapan identitas, lembar kuesioner dan kelengkapan isian kuesioner, sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi segera oleh peneliti (Arikunto, 2010). Pemeriksaan yang dilakukan meliputi karakteristik responden, kelengkapan jawaban kuesioner dari masing-masing variabel.

### 4.7.2 Coding

*Coding* merupakan tindakan untuk melakukan pemberian kode atau angka untuk memudahkan pengolahan data (Arikunto, 2010). Pemberian kode pada penelitian ini:

- a. Pelaksanaan supervisi kepala ruang
  1. Baik diberi kode 1
  2. Cukup diberi kode 2
  3. Kurang diberi kode 3
- b. Penerapan keselamatan pasien
  1. Baik diberi kode 1
  2. Cukup diberi kode 2
  3. Kurang diberi kode 3
- c. Jenis kelamin
  1. Laki-laki diberi kode 1
  2. Perempuan diberi kode 2

- d. Status pernikahan
1. Belum menikah           diberi kode 1
  2. Menikah                   diberi kode 2
  3. Duda/janda               diberi kode 3
- e. Tingkat pendidikan
1. SPK                        diberi kode 1
  2. D3 Keperawatan        diberi kode 2
  3. S1Ners                   diberi kode 3
- f. Frekuensi pelatihan keselamatan pasien
1. Tidak pernah            diberi kode 1
  2. 1 kali                    diberi kode 2

#### 4.7.3 *Entry*

*Entry* merupakan suatu proses memasukkan data dalam bentuk kode ke dalam tabel melalui pengolahan komputer (Notoatmodjo, 2010). *Entry* data terdiri atas data karakteristik responden, data pelaksanaan supervisi kepala ruang, dan data penerapan keselamatan pasien.

#### 4.7.4 *Cleaning*

*Cleaning* adalah pembersihan data atau penghapusan data-data yang sudah tidak terpakai (Setiadi, 2007). Pembersihan data dilakukan setelah semua data di

*entry* untuk memastikan tidak ada kesalahan data sehingga data dapat digunakan. Peneliti dapat mengetahui *missing* data dengan melakukan pengecekan atau distribusi frekuensi pada setiap variabel penelitian. Peneliti mengetahui variasi data melalui deteksi dengan mengeluarkan distribusi frekuensi setiap variabel penelitian. Hasil dari *cleaning* didapatkan bahwa tidak ada kesalahan sehingga seluruh data dapat digunakan.

#### 4.8 Analisis Data

Data yang diambil adalah data kuantitatif, yakni berupa angka hasil. Data yang telah diolah kemudian dianalisa sebagai bahan pertimbangan pengambilan keputusan (Setiadi, 2007). Analisis data bertujuan untuk menyusun data secara bermakna sehingga mudah dipahami. Analisis data yang digunakan terdiri atas analisis yaitu analisis univariat dan analisis bivariat. Data yang akan dianalisis univariat adalah karakteristik perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember yang meliputi umur, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, lama bekerja, frekuensi pelatihan keselamatan pasien, supervisi kepala ruang dan penerapan keselamatan pasien. Data yang dianalisis bivariat adalah hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien.

##### 4.8.1 Analisis Normalitas

Uji normalitas adalah uji yang bertujuan untuk mengetahui distribusi sebuah data mengikuti atau mendekati distribusi normal, yakni distribusi data

dengan bentuk lonceng (*bell shaped*) atau tidak (Santoso, 2010). Dahlan (2008) menyebutkan bahwa untuk mengetahui distribusi data normal atau tidak dapat menggunakan uji Kolmogorov Smirnov atau Shapiro-Wilk. Uji Kolmogorov Smirnov digunakan untuk sampel yang besar (lebih dari 50) sedangkan Shapiro-Wilk untuk sampel yang sedikit (kurang atau sama dengan dari 50). Penelitian ini menggunakan uji Shapiro-Wilk karena sampel penelitian ini sebanyak 33 perawat. Uji normalitas dinyatakan normal jika nilai Sig.  $> 0,05$  (Dahlan, 2008). Nilai Sig. yang didapatkan untuk variabel supervisi kepala ruang yaitu 0,247, dan untuk variabel penerapan keselamatan pasien didapatkan nilai Sig. 0,058. Nilai Sig. Kedua variabel menunjukkan lebih besar dari 0,05 sehingga distribusi kedua variabel normal.

#### 4.8.2 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012). Analisis univariat akan mendeskripsikan distribusi dari tiap variabel. Analisis univariat dalam penelitian ini mendeskripsikan distribusi variabel independen yaitu supervisi kepala ruang dan variabel dependen yaitu penerapan keselamatan pasien, serta karakteristik responden yang disajikan dalam distribusi frekuensi dan proporsi di dalam tabel. Karakteristik responden penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, dan lama bekerja.

Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya. Pada data numerik digunakan nilai mean, median dan standar deviasi. Sedangkan pada data kategorik



digunakan distribusi frekuensi dengan ukuran presentase atau proporsi. Jenis data numerik dalam penelitian ini adalah umur, lama bekerja disajikan bentuk *median*, *standart deviation*, dan *min-max*, sedangkan data kategorik adalah jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status pernikahan disajikan dalam bentuk frekuensi ataupun jumlah dan persentase. Data umur dan lama bekerja tidak berdistribusi normal karena hasil bagi antara *standart skewness* dan *standart error of skewness* umur yaitu 5,2 dan lama bekerja yaitu 2,65. Dahlan (2008), menjelaskan bahwa data dianggap berdistribusi normal jika nilai hasil bagi antara *standart skewness* dan *standart error of skewness* bernilai -2 sampai dengan 2. Sehingga, data umur dan lama bekerja tidak berdistribusi normal.

#### 4.8.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan pada dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini variabel independen dan variabel dependen adalah kategorik dan kategorik, maka menggunakan analisis *Chi-Square* (Setiadi, 2007). Menurut Budiarto (2002), nilai *p-value* pada uji *Chi Square*,  $H_a$  diterima jika  $p\text{-value} < \alpha=0,05$  tetapi  $H_a$  ditolak jika  $p\text{-value} > \alpha=0,05$ .

#### 4.9 Etika Penelitian

Menurut Potter & Perry (2005), mengidentifikasi masalah etik penelitian terdiri dari *informed consent*, kerahasiaan, keanoniman, dan keadilan (*justice*).

#### 4.9.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan adalah sebuah pernyataan kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian dan diambil datanya. *Informed Consent* adalah pernyataan kesediaan dari subyek penelitian untuk dengan jelas dan lengkap memberikan informasi atau data yang dibutuhkan dalam penelitian (Notoatmodjo, 2012). Subjek penelitian harus diberikan informasi mengenai tujuan penelitian, tata cara penelitian, manfaat yang diperoleh dan adanya pilihan bahwa subjek penelitian dapat menarik diri kapan saja. Pada penelitian ini sebelum perawat menjadi responden, dilakukan pemberian informasi terkait dengan tujuan penelitian. Kemudian setelah perawat bersedia menjadi responden, perawat menandatangani lembar *consent* penelitian, bila tidak bersedia menjadi responden maka diperbolehkan untuk tidak menandatangani lembar *informed consent* dan peneliti tidak memaksakan calon responden tersebut untuk diteliti.

#### 4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentially*)

Kerahasiaan adalah sebuah pernyataan jaminan bahwa informasi apapun yang berkaitan dengan responden tidak akan dapat diketahui oleh pihak manapun selain tim peneliti. Kerahasiaan menjamin informasi apapun yang diberikan oleh subjek tidak dilaporkan dengan cara apapun untuk mengidentifikasi subjek dan tidak mungkin diakses oleh orang lain selain tim penelitian (Potter & Perry, 2005). Kerahasiaan pada penelitian yang dilakukan peneliti adalah dengan cara

tidak mencantumkan nama atau identitas lainnya dalam pendokumentasian hasil penelitian. Foto untuk kepentingan dokumentasi dengan identitas responden disamarkan.

#### 4.9.3 Keanoniman (*Anonymity*)

Keanoniman adalah subjek dijamin akan adanya pilihan bebas dalam memberikan ijin (*consent*), meliputi hak untuk menarik diri dari studi kapan saja (Polit dan Hungler, 1995; Talbot, 1995 dalam Potter & Perry, 2005). Peneliti memberikan hak kepada responden untuk memberikan nama inisial selama penelitian. Identitas responden dalam proses *editing* akan dirubah menjadi kode nomer responden yang hanya diketahui oleh peneliti. Kerahasiaan pada penelitian saat ini dilakukan oleh peneliti dengan cara penggunaan *anonymity* untuk mendokumentasikan responden dalam pendokumentasian hasil penelitian.

#### 4.9.4 Keadilan (*Justice*)

Setiap subjek penelitian diberlakukan sama berdasar moral, martabat, dan hak asasi manusia. Peneliti tidak mengistimewakan sebagian responden dengan responden yang lain. (Notoatmodjo, 2012). Penelitian saat ini, peneliti tidak mengistimewakan sebagian responden dengan responden yang lain. Peneliti tidak membedakan perawat berdasarkan status pendidikan maupun sosial ekonominya.

## BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang pelaksanaan penelitian, hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember. Rumah Sakit Paru Jember merupakan rumah sakit daerah tipe C. Rumah Sakit Paru Jember terletak di Jalan Nusa Indah No. 25 Kreongan, Jember. Rumah Sakit Paru Jember ini melayani penyakit paru (terutama TBC) untuk terutama wilayah eks-Karisedenan Besuki dan memiliki pelayanan rawat inap dan rawat jalan.

Penelitian ini dilakukan pada 32 perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember. Pengambilan data berlangsung selama satu minggu yang dimulai pada tanggal 3 sampai dengan 9 Juli 2015 oleh peneliti. Proses penelitian diawali dengan memberikan surat permohonan izin ke pihak rumah sakit. Peneliti selanjutnya bertemu dengan kepala ruang rawat inap untuk permohonan izin dan pengambilan sampel yang dipilih dengan menggunakan teknik *total sampling*. Masing-masing ruang rawat inap diambil perawat pelaksana yang memenuhi dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Peneliti memberikan penjelasan terkait manfaat dan tujuan penelitian sebelum perawat pelaksana memutuskan bersedia menjadi responden. Setelah perawat pelaksana bersedia untuk menjadi responden, kemudian responden diminta untuk membaca dan menandatangani lembar *informed consent*.

Proses selanjutnya adalah pengumpulan data melalui kuesioner, yaitu kuesioner supervisi kepala ruang dan penerapan keselamatan pasien yang diisi oleh responden dan dilakukan dalam waktu sekali pengisian. Peneliti selanjutnya membagikan kuesioner kepada perawat pelaksana. Kuesioner yang telah terisi selanjutnya dilakukan pengolahan data meliputi *editing*, *coding*, *entry*, dan *cleaning*. Supervisi kepala ruang dan penerapan keselamatan pasien dikategorikan menjadi tiga, yaitu baik, cukup, dan kurang.

## **5.1 Hasil Penelitian**

### **5.1.1 Analisis Univariat**

Data univariat dalam penelitian ini menggambarkan karakteristik responden. Data karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, lama bekerja, dan frekuensi pelatihan yang pernah diikuti.

#### **a. Karakteristik Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember**

Karakteristik responden penelitian adalah identitas perawat pelaksana yang meliputi usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, lama bekerja, dan frekuensi pelatihan yang pernah diikuti. Data selengkapnya mengenai karakteristik responden terangkum pada tabel 5.1 berikut.

Tabel 5.1 Rerata responden menurut usia dan lama bekerja perawat pelaksana di Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015 (n=32)

	Mean	Median	SD	Min-Max
Usia (tahun)	27,72	26,5	4,423	23-45
Lama bekerja (bulan)	48,06	33	46,508	1-180

Berdasarkan tabel 5.1 hasil analisis distribusi karakteristik usia menunjukkan rerata usia perawat pelaksana adalah 27,7 tahun dengan usia termuda 23 tahun dan usia tertua 45 tahun. Karakteristik perawat pelaksana tentang lama bekerja menunjukkan nilai rata-rata 48 bulan, dengan lama bekerja terpendek 1 bulan dan lama bekerja terpanjang 180 bulan atau 15 tahun.

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi responden menurut jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, dan frekuensi pelatihan keselamatan pasien perawat pelaksana di Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015 (n=32)

Karakteristik Perawat	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
a. Laki-laki	18	56,2
b. Perempuan	14	43,8
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
Status Pernikahan		
a. Belum menikah	12	37,5
b. Menikah	20	62,5
c. Duda/Janda	0	0
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
Tingkat Pendidikan		
a. SPK	0	0
b. D3 Keperawatan	22	68,8
c. S1 Ners	10	31,2
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
Frekuensi Pelatihan Keselamatan Pasien		
a. Tidak pernah	21	65,6
b. 1 kali	11	34,4
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa 56,2% perawat pelaksana berjenis kelamin laki-laki, sedangkan selebihnya berjenis kelamin perempuan. Karakteristik tingkat pendidikan perawat pelaksana menunjukkan bahwa persentase tertinggi tingkat pendidikan perawat pelaksana yaitu D3 Keperawatan 68,8% dan sisanya tingkat pendidikan S1 Ners. Perawat pelaksana yang pernah mengikuti pelatihan keselamatan pasien sebanyak 34,4%.

b. Supervisi Kepala Ruang di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember

Pengkategorian variabel pelaksanaan supervisi kepala ruang digolongkan berdasarkan total skor, kemudian digolongkan menjadi tiga kategori yaitu kurang, cukup, dan baik yang dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi supervisi kepala ruang berdasarkan persepsi perawat pelaksana ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015 (n=32)

<b>Supervisi Kepala Ruang</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Kurang	0	0
Cukup	17	53,1
Baik	15	46,9
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa tidak ada perawat pelaksana yang mempunyai persepsi kurang terhadap supervisi kepala ruang. Tingkat supervisi kepala ruang dengan kategori cukup lebih banyak dipersepsikan oleh perawat pelaksana sebesar 53,1% dan 46,9% perawat pelaksana mempersepsikan tingkat supervisi kepala ruang dengan kategori baik.

Tabel 5.4 Gambaran distribusi supervisi kepala ruang di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015 (n=32)

No	Variabel Supervisi Kepala Ruang	Tingkat Supervisi Kepala Ruang						Total	
		Baik		Cukup		Kurang		f	%
		f	%	f	%	f	%		
1.	Memberikan bimbingan	18	56,2	13	40,6	1	3,1	32	100
2.	Memberikan pengarahan	17	53,1	14	43,8	1	3,1	32	100
3.	Memotivasi	17	53,1	15	46,9	0	0	32	100
4.	Melakukan evaluasi kinerja	10	31,2	21	65,6	1	3,1	32	100

Tabel 5.4 memaparkan keberagaman data mengenai indikator supervisi kepala ruang. Jumlah responden yang mempersepsikan memberikan bimbingan pada kategori baik sebanyak 18 perawat pelaksana (56,2%), kategori cukup sebanyak 13 perawat pelaksana (40,6%) dan kategori kurang sebanyak 1 perawat pelaksana (3,1%). Indikator memberi pengarahan dipersepsikan pada kategori baik sebanyak 17 perawat pelaksana (53,1%), kategori cukup sebanyak 14 perawat pelaksana (43,6%) dan kategori kurang sebanyak 1 perawat pelaksana (3,1%). Indikator memotivasi pada variabel supervisi kepala ruang menunjukkan tidak ada responden yang mempersepsikan memotivasi pada kategori kurang, kategori baik sebanyak 17 perawat pelaksana (53,1%), dan kategori cukup sebanyak 15 perawat pelaksana (46,9%). Jumlah responden yang mempersepsikan melakukan evaluasi kinerja pada kategori baik sebanyak 10 perawat pelaksana (31,2%), kategori cukup sebanyak 21 perawat pelaksana (65,6%) dan kategori kurang sebanyak 1 perawat pelaksana (3,1%).



c. Penerapan Keselamatan Pasien Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember

Penerapan keselamatan pasien dikategorikan berdasarkan total skor, kemudian digolongkan menjadi tiga kategori yaitu kurang, cukup, dan baik yang dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut ini.

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015 (n=32)

Penerapan Keselamatan Pasien	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	0	0
Cukup	14	43,8
Baik	18	56,2
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa proporsi perawat pelaksana yang menerapkan keselamatan pasien dengan kategori baik sebesar 56,2% dan cukup sebesar 43,8%.

Tabel 5.6 Gambaran distribusi penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015 (n=32)

No	Variabel Penerapan Keselamatan Pasien	Tingkat Penerapan Keselamatan Pasien						Total	
		Baik		Cukup		Kurang		f	%
		f	%	f	%	f	%		
1.	Ketepatan identifikasi pasien	7	21,9	21	65,6	4	12,5	32	100
2.	Peningkatan komunikasi yang efektif	21	65,6	11	34,4	0	0	32	100
3.	Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai	22	68,8	10	31,2	0	0	32	100
4.	Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien	16	50	16	50	0	0	32	100
5.	Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	25	78,1	7	21,9	0	0	32	100
6.	Pengurangan resiko pasien jatuh	6	18,8	26	81,8	0	0	32	100

Tabel 5.6 memaparkan keberagaman data mengenai indikator penerapan keselamatan pasien. Indikator pertama yaitu ketepatan identifikasi pasien yang mempersepsikan pada kategori baik sebanyak 7 perawat pelaksana (21,9%), kategori cukup sebanyak 21 perawat pelaksana (65,6%) dan kategori kurang sebanyak 4 perawat pelaksana (12,5%).

Hasil penelitian pada indikator peningkatan komunikasi yang efektif menunjukkan tidak ada responden yang mempersepsikan variabel kedua ini dengan kategori kurang, 21 perawat pelaksana (65,6%) mempersepsikan variabel ini pada kategori baik, dan kategori cukup dipersepsikan sebanyak 11 perawat pelaksana (34,4%). Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai merupakan indikator ketiga pada variabel penerapan keselamatan pasien menunjukkan bahwa tidak ada responden yang mempersepsikan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai dengan kategori kurang, 22 perawat pelaksana (68,8%) mempersepsikan variabel ini pada kategori baik, dan kategori cukup dipersepsikan sebanyak 10 perawat pelaksana (31,2%).

Indikator kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien dipersepsikan pada kategori baik sebanyak 16 perawat pelaksana (50%), dan sisanya mempersepsikan pada kategori cukup. Indikator selanjutnya pada variabel penerapan keselamatan pasien yaitu pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa tidak ada responden yang mempersepsikan variabel kedua ini dengan kategori kurang, 25 perawat pelaksana (78,1%) mempersepsikan variabel ini pada kategori baik, dan kategori cukup dipersepsikan sebanyak 7 perawat pelaksana (21,9%). Indikator pengurangan resiko pasien jatuh

dipersepsikan pada kategori baik sebanyak 6 perawat pelaksana (18,8%), dan sebanyak 26 perawat pelaksana (81,8%) mempersepsikan pada kategori cukup.

### 5.1.2 Analisis Bivariat

Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui hubungan pelaksanaan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember adalah uji *chi square*. Analisis bivariat pelaksanaan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien perawat pelaksana dengan menggunakan uji *chi square* dapat dilihat pada tabel 5.7 berikut.

Tabel 5.7 Analisis hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember pada bulan Juli 2015 (n=32)

		Penerapan Keselamatan Pasien				Total		OR (95% CI)	P value
		Baik		Cukup		f	%		
		f	%	f	%				
<b>Supervisi Kepala Ruang</b>	Baik	14	93,3	1	6,7	15	100	33,6 3,43 – 328,9	0,000
	Cukup	5	29,4	12	70,6	17	100		
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>59,4</b>	<b>13</b>	<b>40,6</b>	<b>32</b>	<b>100</b>		

Berdasarkan tabel 5.5 diperoleh data bahwa perawat pelaksana yang mempersepsikan tingkat supervisi kepala ruang baik cenderung menerapkan keselamatan pasien dengan kategori baik sebanyak 93,3%, dibanding dengan perawat pelaksana yang menerapkan keselamatan pasien dengan kategori cukup sebesar 6,7%. Perawat pelaksana yang mempersepsikan tingkat supervisi kepala ruang cukup cenderung menerapkan keselamatan pasien dengan kategori baik

sebanyak 29,4%, dibanding dengan perawat pelaksana yang menerapkan keselamatan pasien dengan kategori cukup.

Hasil penelitian di Rumah Sakit Paru Jember, data seharusnya disajikan dalam bentuk 3x3 pada saat dilakukan uji *chi square*, akan tetapi tidak ada responden yang mempersepsikan supervisi kepala ruang dengan kurang sehingga nilai harapannya 0, yang artinya nilai harapan  $<5$ . Besaran sampel kurang dari 40 mempunyai syarat tidak boleh ada *cell* yang nilai harapannya  $<5$  yang berarti tidak memenuhi syarat uji, maka dilakukan penggabungan nilai *cell* yang kecil agar membentuk tabel 2x2 yakni pada variabel independen kategori supervisi kepala ruang cukup dan supervisi kepala ruang baik, dan dilakukan uji *chi square* dengan melihat *Pearson Chi-Square* dikarenakan tidak ada *cell* yang nilai harapannya  $<5$ , sehingga diperoleh nilai *p value* = 0,000 (Hastono, 2007). Hal ini berarti nilai taraf signifikan *p value* 0,000 lebih kecil dari  $\alpha$  0,05, maka  $H_0$  diterima yang berarti ada hubungan yang signifikan antara supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember. Hasil analisis juga diperoleh nilai *Odd Ratio* (OR)=33,6, artinya perawat yang mempersepsikan supervisi kepala ruang baik mempunyai peluang 33,6 kali untuk menerapkan keselamatan pasien dengan baik dibanding perawat yang mempersepsikan supervisi kepala ruang cukup.

## 5.2 Pembahasan

### 5.2.1 Karakteristik Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember

#### a. Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember rata-rata berusia 27,72 tahun dengan rentang usia antara 23 sampai dengan 45 tahun. Usia responden ini merupakan usia produktif dalam melakukan pekerjaannya sebagai perawat. Usia dapat menggambarkan perkembangan seseorang sehingga dapat dilihat bertambahnya kemampuan seseorang dalam melakukan sesuatu. Penambahan umur dapat dihubungkan dengan daya tangkap dan pola pikir, motivasi mempelajari pengetahuan baru, kemampuan intelektual, luas pengalaman, serta banyaknya keterampilan yang telah dipelajari. Asumsinya bahwa pegawai yang lebih tua, lebih berpengalaman dalam melakukan pekerjaannya. Usia yang semakin tinggi diharapkan diiringi dengan peningkatan kinerja perawat dalam menerapkan keselamatan pasien.

Robbins (2003 dalam Dewi, 2011b), menyatakan bahwa umur 20 sampai dengan 40 tahun merupakan tahap dewasa muda. Tahap dewasa muda merupakan perkembangan puncak dari kondisi fisik dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya. Peningkatan umur akan semakin mengembangkan daya tangkap dan pola pikir seseorang sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Aprilia (2011), menyatakan bahwa usia yang semakin tinggi diharapkan memiliki perilaku penerapan keselamatan pasien yang semakin tinggi pula karena telah memiliki pengetahuan yang luas,

pengalaman yang banyak, dan pemahamannya yang tinggi akan pentingnya menjaga mutu pelayanan. Anugrahini (2010), juga menyebutkan bahwa usia juga menentukan kemampuan seseorang untuk bekerja, termasuk bagaimana merespon stimulasi, sehingga memungkinkan adanya pemikiran yang terbaik dan penilaian yang tepat bagi perawat dalam menerapkan keselamatan pasien.

b. Jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah laki-laki lebih banyak daripada jumlah perempuan dengan presentase laki-laki sebanyak 56,2%. Hasil ini belum bisa menggambarkan perbedaan jenis kelamin dalam tingkat penerapan keselamatan pasien. Perbedaan jenis kelamin perawat dapat sama dalam menerapkan keselamatan pasien, jika perawat mempunyai rasa tanggung jawab dan kesadaran yang tinggi terhadap pentingnya penerapan keselamatan pasien dalam setiap asuhan keperawatan yang dilakukan. Berdasar hal tersebut, perawat mampu menerapkan keselamatan pasien dengan optimal tanpa memandang perbedaan jenis kelamin.

Robbins (2003 dalam Dewi, 2011b), menyatakan bahwa tidak ada perbedaan antara perempuan dan laki-laki dalam kemampuan pemecahan masalah, keterampilan analitis, dorongan kompetitif, motivasi, kemampuan sosial dan kemampuan sosial dan kemampuan meningkatkan pengetahuan. Iswati (2012), menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan tindakan keselamatan pasien. Ardani (2003 dalam Iswati, 2012), dan Hikmah (2008 dalam Iswati, 2012), juga menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan jenis kelamin terhadap menerapkan keselamatan pasien.

c. Status pernikahan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat yang sudah menikah lebih banyak dibanding dengan perawat yang belum menikah. Perawat dengan perbedaan status pernikahan dapat sama dalam penerapan keselamatan pasien. Hal ini dikarenakan perawat telah memiliki keyakinan terhadap pentingnya asuhan yang aman bagi pasien. Hal tersebut, membuat perawat dalam melakukan asuhan keperawatan selalu melakukan indikator keselamatan pasien.

Robbins (2003 dalam Dewi, 2011b), menyatakan bahwa seorang yang belum menikah produktifitasnya kerjanya tinggi, karena belum terbebani oleh masalah keluarga dan pekerjaan merupakan hal yang berharga dan penting. Pendapat Robbin tersebut berkebalikan dengan Anugrahini (2010), yang berpendapat bahwa kepatuhan perawat yang sudah menikah ataupun belum menikah tidak jauh berbeda tingkat kepatuhannya dalam menerapkan keselamatan pasien. Warouw (2009), berpendapat bahwa tidak ada perbedaan antara perawat yang belum menikah ataupun yang sudah menikah karena tanggung jawab dan loyalitas perawat pelaksana yang tinggi terhadap pekerjaan. Yulia (2010), menambahkan bahwa proses penerimaan pengetahuan dan informasi baru terkait tanggung jawab staf dalam menjalankan pekerjaannya mempengaruhi reaksi individu atas tuntutan dan perubahan dalam lingkup pekerjaannya tanpa membedakan apakah perawat tersebut menikah atau belum.

#### d. Tingkat pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa latar belakang pendidikan perawat D3 Keperawatan lebih banyak daripada S1 Ners. Perawat dengan S1 Ners lebih banyak menerapkan keselamatan pasien pada kategori baik daripada perawat dengan D3 Keperawatan. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pengetahuan dan pemahaman perawat tentang keselamatan pasien. Tingkat pendidikan lebih tinggi memberikan kesempatan pada perawat untuk belajar lebih mendalam tentang keselamatan pasien, sehingga dapat lebih mengerti dan memahami tentang pentingnya keselamatan pasien. Pemahaman yang didapatkan perawat tersebut dapat diterapkan dalam pelayanan keperawatan.

Anugrahini (2010), menyatakan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien. Pendidikan dalam keperawatan merupakan dasar yang kuat dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien. Pendidikan juga mempengaruhi keterampilan perawat dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien. Dewi (2011b), menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin besar persentase perawat yang menerapkan keselamatan pasien dengan baik. Hal ini karena faktor pendidikan akan berpengaruh terhadap kemampuan dan perilaku seseorang dalam bekerja. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diasumsikan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang lebih baik dalam kemampuan menyelesaikan pekerjaan.

Tingkat pendidikan merupakan salah satu karakteristik individu yang dapat meningkatkan pengetahuan perawat untuk dapat menerapkan pedoman



keselamatan pasien, sehingga dapat menurunkan angka KTD. Cahyono (2008 dalam Anugrahini, 2010), menyebutkan bahwa faktor kontribusi yang turut mempengaruhi terjadinya KTD adalah pengetahuan. Murdyastuti (2010), menjelaskan bahwa pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien memberikan kontribusi positif dan signifikan dalam mempengaruhi pelaksanaan program keselamatan pasien. Pengetahuan perawat dapat meliputi pengalaman pribadi, informasi dari lingkungan dan persepsi terhadap objek yang dimiliki perawat. Ariyani (2008), menjelaskan bahwa pengetahuan memiliki hubungan yang signifikan terhadap sikap mendukung penerapan program keselamatan pasien, dan mendukung penjelasan di atas. Zakiyah (2012), mengemukakan bahwa supervisi yang berkesinambungan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat.

e. Lama bekerja

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama bekerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember 50% di atas 33 bulan (2 tahun 9 bulan) dengan rentang masa kerja 1 bulan sampai dengan 15 tahun. Perawat dengan lebih lama bekerja lebih baik dalam menerapkan keselamatan pasien. Lama bekerja dapat mencerminkan keterampilan yang dimiliki perawat dalam melakukan pekerjaannya. Hal ini dikarenakan perawat telah lebih sering terpapar dengan pekerjaannya, lebih lama melakukan pekerjaan tersebut, sehingga perawat lebih fasih dalam melakukan pekerjaan tersebut.

Robbins (2003 dalam Dewi, 2011b), menyatakan bahwa masa kerja seseorang pada pekerjaan tertentu memiliki hubungan positif dengan produktivitas

pekerjaan, semakin lama seseorang bekerja maka semakin terampil dan berpengalaman pula dalam melaksanakan pekerjaannya. Pekerjaan yang sama dilakukan secara berulang-ulang dalam waktu yang lama membuat seseorang menjadi tambah fasih dan tambah cepat melakukan pekerjaannya. Warouw (2009), menyatakan bahwa lama bekerja dapat meningkatkan kinerja jika didukung dengan pendidikan dan pelatihan. Bimbingan dan pengalaman dalam bekerja bagi perawat baru diperlukan, dengan memberi kesempatan untuk mengikuti pelatihan keselamatan pasien.

f. Frekuensi pelatihan keselamatan pasien

Hasil penelitian menunjukkan lebih banyak perawat pelaksana yang belum mengikuti pelatihan keselamatan pasien. Pelatihan keselamatan pasien merupakan salah satu cara perawat untuk mendapatkan pengetahuan dan keterampilan dalam menerapkan keselamatan pasien. Pengetahuan tersebut menambah pemahaman dan keterampilan yang didapatkan dari pelatihan. Perawat diharapkan pemahaman dan keterampilan dapat diterapkan dalam asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Yulia (2010), menyatakan bahwa pelatihan digunakan untuk menyiapkan karyawan baru menghadapi tantangan dalam pekerjaannya. Pelatihan merupakan bagian pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan keterampilan di luar sistem pendidikan yang berlaku dalam waktu yang relatif singkat. Pelatihan keselamatan pasien yang diberikan akan membawa pengaruh terhadap proses kognitif yang mendasari tindakan individu dalam menerapkan keselamatan pasien. Dewi (2011b), menyatakan bahwa ada hubungan

yang bermakna antara pelatihan dengan penerapan keselamatan pasien. Perawat pelaksana yang pernah mengikuti pelatihan memiliki peluang 0,355 kali untuk menerapkan keselamatan pasien.

### 5.2.2 Supervisi Kepala Ruang di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perawat pelaksana yang mempersepsikan supervisi kepala ruang kurang. Supervisi kepala ruang dengan kategori cukup dipersepsikan oleh perawat pelaksana sebanyak 53,1% dan sisanya mempersepsikan supervisi kepala ruang dengan kategori baik. Hal ini terjadi karena jadwal supervisi kepala ruang yang tidak terjadwal, serta supervisi yang dilakukan hanya sebatas pengawasan oleh kepala ruang. Supervisi termasuk dalam bentuk fungsi pengarahan manajemen keperawatan. Kepala ruang sebagai *first line manager* mempunyai tanggung jawab untuk melakukan supervisi pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien di ruang perawatan yang dipimpinnya. Supervisi kepala ruang merupakan kegiatan untuk membantu kesulitan yang dialami perawat pelaksana dalam melakukan asuhan keperawatan. Supervisi kepala ruang dengan begitu diharapkan dapat memecahkan masalah yang dialami perawat pelaksana sehingga dapat meningkatkan kinerja perawat khususnya dalam menerapkan keselamatan pasien.

Blanchard & Hersey (1968 dalam Wahyudi, 2011) menyatakan bahwa, intensitas pelaksanaan supervisi berkembang sesuai dengan perubahan pengetahuan, tingkat pendidikan dan karir staf. Manusia secara umum akan mengalami perkembangan dan berubah kebutuhannya untuk menghadapi

tantangan, dukungan dan pengarahan. Staf baru yang belum memiliki pengalaman akan memerlukan supervisi yang terus menerus selama 1 tahun pertama praktik. Staf yang sesudah menginjak tahun kedua, memiliki kebutuhan untuk diakomodasi terhadap perkembangan kepercayaan atau kemampuan diri.

Wijayanti (2012), menyebutkan bahwa pelaksanaan supervisi yang tidak adekuat berakibat pada penurunan efektivitas dan efisiensi kerja perawat pelaksana serta membahayakan keselamatan pasien. Kepala ruang sebagai pelaksana supervisi di ruang perawatan yang dipimpinnya perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk jenis pekerjaan yang disupervisi serta memiliki keterampilan untuk melakukan supervisi. Bush (2005), menyatakan bahwa supervisor berperan dalam memberikan bimbingan dan evaluasi terhadap perkembangan personel, profesional dan pendidikan staf keperawatan untuk menjamin pelayanan keperawatan yang optimal dan aman untuk pasien. Pelaksanaan supervisi yang optimal mencegah terjadinya kejadian yang tidak diinginkan pada pasien, memelihara pelaksanaan kerja sesuai standar, dan meningkatkan keselamatan, serta meningkatkan perkembangan staf.

Suyanto (2009), menyatakan bahwa tujuan supervisi untuk mempertahankan agar segala kegiatan yang telah terprogram dapat dilaksanakan dengan baik dan lancar dapat tercapai. Pengawasan partisipatif merupakan fokus dalam supervisi keperawatan sehingga memungkinkan terjadinya pemberian penghargaan, diskusi, pengarahan, serta bimbingan yang bertujuan untuk mencari jalan keluar jika terjadi kesulitan dalam tindakan keperawatan (Arwani, 2005; Nursalam, 2014). Supervisi yang efektif menurut Wijayanti (2012), harus mampu

menjaga keseimbangan antara pengawasan, evaluasi terhadap pelayanan, dan dukungan yang diberikan untuk memotivasi staf dalam pelaksanaan keperawatan. Supervisi berperan penting pada upaya memberikan dukungan pada pelayanan klinis melalui penjaminan mutu, supervisi dapat berdampak positif terhadap hasil pelayanan dan kurangnya supervisi dapat membahayakan klien.

Penilaian terhadap supervisi kepala ruang memiliki 4 indikator, antara lain:

a. Memberikan bimbingan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian bimbingan oleh kepala ruang dipersepsikan baik sebanyak 56,2%, dan cukup sebanyak 40,6%. Bimbingan yang dilakukan kepala ruang membuat perawat pelaksana paham akan keselamatan pasien. Pemahaman yang dimiliki perawat menjadi dasar perawat dalam bersikap dan melakukan asuhan keperawatan yang aman bagi pasien. Hal ini dapat dilihat dari perawat sudah mengerti obat yang diwaspadai seperti obat dengan tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa, Ucapan Mirip/NORUM), atau *Look-Alike Sound-Alike/LASA*), dan obat golongan opiat/narkotika. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa bimbingan yang diberikan tidak membingungkan, dan membuat perawat mengerti dalam mengambil keputusan.

Kegiatan bimbingan sendiri bermanfaat untuk meningkatkan kinerja individu, keseimbangan yang lebih baik antara pekerjaan dengan kehidupan, motivasi yang lebih tinggi, dan pemahaman diri yang lebih baik (Suyanto, 2009). Kegiatan bimbingan dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan mengontrol kegiatan perawat, mengontrol kemungkinan

adanya hambatan sehingga memungkinkan mencari jalan keluar (Luddin, 2010). Kepala ruang dalam memberikan bimbingan masih belum optimal, hal ini dapat dilihat perawat pelaksana juga mempersepsikan pemberian bimbingan dalam kategori cukup. Hal ini dikarenakan perawat tidak selalu mendapat bimbingan tiap menghadapi masalah. Penerapan keselamatan pasien banyak perawat yang masih belum melakukan cuci tangan sebelum ke pasien, sehingga pengontrolan kegiatan perawat sebagai tujuan pemberian bimbingan belum dicapai secara optimal.

b. Memberi pengarahan

Hasil penelitian didapatkan bahwa 53,1% perawat pelaksana mempersepsikan pemberian pengarahan dalam kategori baik dan 43,8% mempersepsikan pemberian pengarahan cukup oleh kepala ruang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa, arahan dari kepala ruang mampu membuat pekerjaan perawat pelaksana terselesaikan secara teratur dan benar. Pengarahan yang diberikan kepala ruang masih belum optimal. Hal ini masih ada perawat yang mempersepsikan pengarahan kepala ruang dalam kategori cukup. Pengarahan yang belum optimal dapat dikarenakan keterbatasan pengetahuan dan keterampilan dari kepala ruang. Pengarahan dari kepala ruang bermanfaat pada pemahaman perawat dalam melaksanakan pekerjaan, dan pekerjaan perawat selesai tepat waktu.

Arwani (2005), menyebutkan bahwa tujuan pengarahan adalah supaya staf mendapat masukan yang jelas tentang tujuan kerja, target kerja, cara kerja yang dipakai, dan semua hal yang terkait dengan pekerjaan itu. Dengan adanya

pengarahan itu diharapkan tugas akan dapat berjalan dengan lancar. Perawat pelaksana juga menyatakan bahwa dengan arahan kepala ruang, asuhan keperawatan yang dilakukan aman bagi pasien. George R. Terry (dalam Wiryoputro, 2008), menjelaskan bahwa pengarahan hendaknya jelas dan selengkap mungkin sehingga staf mudah mengerti. Hasil pengisian kuesioner didapatkan bahwa lebih banyak perawat pelaksana mempersepsikan pengarahan oleh kepala ruang jelas dan mudah dimengerti.

c. Memotivasi

Hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 53,1% perawat pelaksana mempersepsikan pemberian motivasi oleh kepala ruang dalam kategori baik dan sisanya mempersepsikan cukup. Hasil penelitian tersebut juga menggambarkan bahwa kepala ruang telah memberikan motivasi berupa memberi penguatan kepada perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien. Menurut peneliti, memotivasi merupakan memberikan dorongan kepada seseorang untuk melakukan pekerjaan atau menjalankan pekerjaan. Motivasi yang diberikan oleh kepala ruang termasuk dalam motivasi eksternal, sehingga tidak dapat dilepaskan dari motivasi internal. Kepala ruang perlu memberikan motivasi kepada perawat pelaksana sehingga perawat pelaksana mendapatkan efek positif dalam dirinya dan mampu terdorong menerapkan keselamatan pasien. Dorongan yang timbul akan menyebabkan perawat pelaksana mempertahankan perilaku sesuai yang diarahkan yaitu menerapkan keselamatan pasien dengan baik.

Kepala ruang sebagai *first line manager* memegang penting dalam memotivasi staf untuk mencapai tujuan organisasi. Menurut Nursalam (2014), kepala ruang dapat melakukan prinsip dalam memotivasi perawat pelaksana. Prinsip tersebut meliputi mengkomunikasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan pencapaian tugas, memberikan wewenang mengambil keputusan terhadap pekerjaannya, dan memberi perhatian terhadap yang diinginkan bawahan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepala ruang telah memberi penjelasan dan contoh tentang tugas perawat khususnya tentang penerapan keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan prinsip komunikasi partisipatif dalam memotivasi kerja pegawai. Informasi yang jelas akan membuat kerja perawat lebih mudah dimotivasi. Kesempatan ikut berpartisipasi perlu diberikan kepada perawat sehingga dapat menentukan tujuan yang akan dicapai oleh kepala ruang.

d. Melakukan evaluasi kinerja

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 65,6% perawat pelaksana mempersepsikan evaluasi kinerja oleh kepala ruang cukup dan 3,1% dalam kategori kurang. Evaluasi yang dilakukan oleh kepala ruang dilakukan dengan pengawasan selama *shift* pagi pada perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien selama pemberian asuhan keperawatan. Evaluasi secara tidak langsung dilakukan dengan menanyakan pada perawat pelaksana *shift* sore dan malam terkait kejadian sepanjang *shift* selama timbang terima di pagi hari. Hasil evaluasi yang dilakukan belum dapat menjadi koreksi karena tidak



ada tindak lanjut dari kepala ruang terhadap hasil evaluasi yang telah dilakukan.

Menurut peneliti, hal ini karena hasil evaluasi kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien jarang dibicarakan kembali dan lamban ditindak lanjuti. Evaluasi kinerja merupakan proses yang berkesinambungan, dan memusatkan perhatian pada kinerja pekerjaan. Penilaian dilakukan secara terus menerus untuk melihat kekurangan dan kelebihan yang ditemui dalam pelaksanaan kerja perawat. Hasil evaluasi dapat diharapkan menyediakan informasi mengenai perkembangan kinerja perawat dalam menerapkan keselamatan pasien.

Ivancevich (2005), menjelaskan bahwa evaluasi kinerja dapat bertujuan untuk mengetahui potensi karyawan, menstimulasi perbaikan kinerja, dan mengembangkan cara untuk mengatasi hambatan dan penghambat kinerja. Pendapat tersebut memberi gambaran bahwa evaluasi kinerja penting sehingga perlu dilakukan untuk meningkatkan kinerja perawat yang nantinya dapat berdampak pada peningkatan pelayanan keperawatan yang diberikan. McEachen dan Keogh (dalam Wahyudi, 2011), menyatakan bahwa penting bagi manajer untuk percaya bahwa staf melakukan pekerjaan dengan benar namun tetap melakukan verifikasi secara periodik bahwa tugas tersebut sudah dilakukan dengan baik. Pernyataan di atas mendukung bahwa perlunya evaluasi secara berkala sehingga mampu menilai perkembangan kinerja perawat khususnya dalam menerapkan keselamatan pasien, dan hasil evaluasi

ditindak lanjuti dengan segera sehingga dapat memperbaiki kekurangan yang ditemukan.

### 5.2.3 Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang menerapkan keselamatan pasien dengan kategori baik sebanyak 56,2%, dan selebihnya menerapkan keselamatan pasien dengan kategori cukup. Hasil ini juga dapat dilihat dari nihilnya angka KTD satu tahun terakhir. Wawancara yang didapatkan bahwa di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember tidak ada kejadian salah obat, salah identifikasi pasien atau pasien jatuh selama satu tahun terakhir.

Menurut peneliti, perawat pelaksana telah menerapkan hampir keseluruhan indikator keselamatan pasien dalam asuhan keperawatan. Hal ini juga dikarenakan Rumah Sakit Paru Jember mempersiapkan akreditasi rumah sakit. Keselamatan pasien termasuk dalam indikator mutu pelayanan keperawatan, standar akreditasi rumah sakit, serta tujuan pelayanan rumah sakit. Tujuan utama keselamatan pasien agar pasien aman yaitu terhindar dari cedera. Hal ini menggambarkan bahwa keselamatan pasien penting untuk diterapkan dalam setiap asuhan keperawatan yang diberikan.

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam pelayanan kesehatan karena pada dasarnya pelayanan kesehatan untuk menyelamatkan pasien dan keselamatan merupakan hak bagi pasien dalam menerima pelayanan kesehatan. Pernyataan di atas sesuai dengan ucapan Hipocrates yaitu "*First, do*

*no harm*” dan keselamatan pasien terkait dengan mutu pelayanan rumah sakit (Depkes RI, 2008). Keselamatan pasien merupakan kebutuhan yang penting untuk dipenuhi selama pelayanan kesehatan.

Keselamatan pasien masuk ke dalam standar akreditasi rumah sakit menurut JCI dan merupakan salah satu syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) (Permenkes RI No.1691). Keselamatan pasien juga masuk dalam tujuan utama akreditasi rumah sakit sesuai dengan Permenkes nomor 12 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit. Akreditasi rumah sakit sendiri merupakan pengakuan terhadap rumah sakit yang dinilai telah memenuhi standar pelayanan rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan. Akreditasi nasional bagi rumah sakit wajib diikuti (Permenkes RI Nomor 12 Tahun 2012).

Keselamatan pasien yang dinilai dalam akreditasi rumah sakit yaitu enam sasaran keselamatan pasien yang terdiri atas mengidentifikasi pasien secara benar, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keselamatan pada pengobatan berisiko tinggi, memastikan lokasi, prosedur, dan pada pasien yang benar ketika operasi bedah, mengurangi risiko infeksi nosokomial, dan mengurangi risiko bahaya jatuh. Penjelasan di atas menggambarkan bahwa keselamatan pasien penting untuk diterapkan oleh perawat dalam pelayanan keperawatan, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Menurut Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan (2008), upaya untuk meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan keperawatan dengan

indikator mutu minimal yang dapat dilaksanakan oleh perawat di rumah sakit salah satunya keselamatan pasien.

Penilaian terhadap penerapan keselamatan pasien memiliki 6 indikator, yaitu:

a. Ketepatan identifikasi pasien

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat pelaksana masih ada pada kategori kurang dalam ketepatan identifikasi pasien yaitu sebanyak 12,5%. Menurut peneliti, hasil ini dapat dilihat dari masih ada perawat pelaksana yang mengidentifikasi pasien melalui nama pasien dan nomor kamar. Identifikasi pasien menggunakan melalui nomor kamar tidak diperbolehkan. Identifikasi pasien bertujuan untuk mengidentifikasi individu yang akan menerima pelayanan dan kesesuaian pelayanan untuk individu tersebut. Identifikasi pasien merupakan cara pertama untuk mengurangi kesalahan pemberian pelayanan bagi pasien, sehingga perawat perlu melakukan identifikasi pasien dengan baik dalam setiap pelayanan keperawatan yang diberikan.

Identifikasi pasien adalah hal yang sangat mendasar yang harus dilakukan oleh seorang perawat, sehingga kejadian kesalahan medis atau kejadian yang tidak diharapkan tidak mengenai diri pasien. Hal ini ditunjukkan oleh kejadian cedera yang terjadi akibat dari kesalahan petugas dalam mengidentifikasi pasien di RS *Sentinel Event* USA pada tahun 2003 sebanyak 13% dari cedera dialami oleh pasien akibat kesalahan operasi di sisi tubuh yang salah (Suzanne, 2003). Kesalahan identifikasi pasien pernah terjadi di Rumah Sakit Paru Jember pada saat pengambilan sampel cairan paru. Tindakan

identifikasi pasien dengan benar seperti yang dijelaskan Kemenkes (2011) terdiri atas memeriksa kembali identitas pasien, mencocokkan nama pasien dengan nama di dalam rekam medis, dan mencocokkan nama pasien yang tertera dalam etiket/label obat dengan identitas pasien. Identifikasi pasien dengan tepat, perawat memeriksa laporan pemberian obat yang dicocokkan dengan gelang identifikasi klien dan meminta klien menyebutkan namanya.

b. Peningkatan komunikasi yang efektif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan komunikasi yang efektif sebagian besar perawat pelaksana mempersepsikan dalam kategori baik, namun sebanyak 34,4% perawat pelaksana mempersepsikan dalam kategori cukup. Menurut peneliti, hasil ini dikarenakan masih banyak perawat yang belum selalu melakukan menjelaskan tujuan dan manfaat tindakan yang akan dilakukan kepada pasien, dan mengkonfirmasi kembali kepada pasien dan keluarga apakah sudah mengerti dengan penjelasan perawat. Perlunya komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien. Komunikasi yang mudah dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil yang selalu melakukan pengulangan dan konfirmasi kembali.

Kegagalan komunikasi merupakan penyebab utama kejadian yang membahayakan pasien. Permenkes RI No. 1691, menyebutkan bahwa komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat

perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon, serta saat pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan. Leonard, Graham, dan Bonacum, (2004 dalam Purwanto, 2012), menyebutkan bahwa penyebab utama kejadian sentinel 70% merupakan kegagalan komunikasi. Haynes (2009 dalam Purwanto, 2012), juga menyebutkan penyebab utama berkaitan dengan *hand offer* pasien, kualitas informasi yang dicatat di dokumen pasien, dan catatan kasus. Depkes RI (2008), menyatakan bahwa kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima pasien antara perawat, dapat mengakibatkan terputusnya kesinambungan pelayanan, pengobatan yang tidak tepat, serta berpotensi mengakibatkan cedera terhadap pasien. Hal ini perlu memberi kesempatan kepada semua anggota tim untuk berbicara dan bertukar informasi dengan baik.

c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai dipersepsikan dalam kategori baik sebanyak 22 perawat pelaksana (68,8%). Menurut peneliti, hal ini karena obat yang diberikan pada pasien di Rumah Sakit Paru Jember disimpan oleh pihak farmasi, namun di *nurse station* terdapat beberapa obat yang disimpan untuk keperluan mendesak. Obat-obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius, obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip. Obat yan berisiko tinggi (*High Alert Medication*) di antaranya insulin, golongan opiat dan narkotika, dan heparin sudah disimpan di bagian farmasi

Rumah Sakit Paru Jember. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa masih ada perawat yang mempersepsikan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai dalam kategori cukup sebanyak 31,2%. Hal ini dapat dikarenakan bahwa penyimpanan elektrolit serta beberapa obat yang disimpan di *nurse station* masih dipisah tanpa label yang jelas.

JCI (2014), menjelaskan bahwa elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas. Hasil jawaban kuesioner juga menunjukkan bahwa belum semua perawat yang memeriksa kembali obat yang telah disiapkan oleh farmasi, dan belum semua perawat melakukan 3 *times re-check* saat menyiapkan obat di *nurse station*. Hasil ini dapat memicu kesalahan obat. Panitia KP-RS Rumah Sakit Haji Jakarta (2012, dalam Purwanto, 2012), menyebutkan bahwa masalah obat menduduki tempat pertama dalam daftar KTD dikarenakan belum menerapkan keselamatan pasien secara maksimal. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kesalahan menurut Permenkes RI No. 1691 adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

d. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien

Hasil penelitian menunjukkan perawat yang telah menerapkan indikator keselamatan pasien keempat ini sebanyak 50%. Ketiga subindikator tersebut diketahui bahwa memastikan tepat pasien mempunyai nilai terendah dari subindikator lainnya. Menurut peneliti, hasil ini dikarenakan belum semua perawat selalu memastikan ketepatan lokasi pemberian obat ataupun

pengambilan spesimen. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa masih ada perawat yang mengidentifikasi pasien dengan nama dan nomor kamar sebelum pemberian obat, dan belum semua perawat memastikan ketepatan lokasi, prosedur, dan pasien sesuai dengan standar prosedur operasional. Identifikasi pasien bertujuan untuk mengidentifikasi individu yang akan menerima pelayanan dan kesesuaian pelayanan untuk individu tersebut. Identifikasi pasien merupakan cara pertama untuk mengurangi kesalahan pemberian pelayanan bagi pasien, sehingga perawat perlu melakukan identifikasi pasien dengan baik dalam setiap pelayanan keperawatan yang diberikan. Memastikan tepat lokasi dan prosedur merupakan langkah selanjutnya untuk mengurangi kesalahan lokasi pemberian obat ataupun pengambilan sampel/spesimen dari pasien.

Depkes (2008), menyatakan bahwa pengidentifikasian pasien merupakan aktivitas penting yang harus dilakukan oleh perawat. Identifikasi pasien dimulai pada saat pasien datang ke ruangan, kegiatan identifikasi pasien merupakan kesempatan awal bagi perawat untuk bertemu dan memahami kondisi pasien yang akan dirawatnya. Suzanne (2003), menyebutkan bahwa identifikasi pasien adalah hal yang sangat mendasar yang harus dilakukan oleh seorang perawat, identifikasi pasien dengan benar dapat menghindari terjadinya kesalahan medis atau kejadian yang tidak diharapkan yang dapat mengenai diri pasien. Maryam (2009), menjelaskan bahwa pengidentifikasian pasien yang benar adalah salah satu kunci keberhasilan program keselamatan



pasien di rumah sakit, sehingga kejadian cedera maupun kejadian yang tidak diharapkan dapat dihindari.

e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Hasil penelitian didapatkan bahwa 78,1% perawat pelaksana masuk dalam kategori baik terkait pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. Opini peneliti, hal ini dikarenakan Rumah Sakit Paru Jember sudah melakukan sosialisasi tentang pentingnya cuci tangan dalam pelayanan kesehatan dan telah menempelkan poster langkah cuci tangan yang benar di atas setiap *wastafel nurse station* sehingga perawat bisa mengerti dan menerapkan langkah cuci tangan yang dianut rumah sakit. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana masih ada yang tidak melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Hal ini karena perawat menganggap tangannya sudah bersih sehingga tidak perlu melakukan cuci tangan sebelum menyentuh pasien. Pedoman waktu-waktu cuci tangan bagi perawat yang telah dianut oleh rumah sakit telah terpasang di *nurse station*. Hal ini mengisyaratkan bahwa perawat masih belum sadar akan pentingnya cuci tangan. Jumlah infeksi nosokomial di Rumah Sakit Paru Jember belum didapatkan oleh peneliti. Hasil ini dapat menjadi koreksi bagi ruangan bahwa penerapan pengurangan resiko infeksi terutama dengan cuci tangan masih kurang maksimal.

Depkes RI (2008), menjelaskan bahwa pengurangan resiko infeksi dapat dilakukan dengan melakukan cuci tangan atau penggunaan cairan *alcohol based hand rubs*. Kebersihan tangan ditujukan untuk pencegahan

infeksi nosokomial, dan mendorong penggunaan tangan bersih di setiap tindakan. *National Patient Safety Agency* (2004), menyatakan kebersihan tangan berpengaruh pada kejadian nosokomial yang terjadi di rumah sakit. Komitmen dan keharusan perawat untuk melaksanakan kebersihan tangan dengan sungguh-sungguh merupakan salah satu cara yang paling mudah membantu perawat dalam keadaan yang aman dan sehat pada saat melakukan kontak dengan pasien.

f. Pengurangan resiko pasien jatuh

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengurangan resiko jatuh lebih banyak dipersepsikan pada kategori cukup. Hal ini dapat dilihat dari masih ada perawat yang belum memastikan *bed side-rail* terpasang sebelum meninggalkan pasien, mengecek rem terpasang dengan baik, dan beberapa *bed side-rail* tidak berfungsi dengan baik. Pengurangan resiko jatuh ada pasien resiko tinggi di Rumah Sakit Paru dilakukan dengan pengkajian awal saat pasien masuk ruangan, dan diberikan tempat tidur dengan dilengkapi *bed side-rail*, dan pengawasan secara berkelanjutan oleh perawat.

Menurut peneliti, pasien jatuh merupakan kejadian yang tidak dapat diprediksi, kondisi pasien untuk beraktivitas mempengaruhi keamanan dan keselamatan pasien. Deteksi dini oleh perawat oleh karena itu penting dilakukan sebagai upaya mengantisipasi untuk menghindari terjadinya jatuh pada pasien. Pengurangan resiko jatuh pula perlu dengan pemberian tanda di kamar pasien sehingga mempermudah perawat mengerti status resiko pasien. Pengurangan jatuh selain menggunakan *bed side-rail* dengan baik, dapat

mengikutkan keluarga dalam proses monitor status pasien. Hasil studi pendahuluan didapatkan bahwa dalam satu tahun terakhir tidak ada kejadian pasien jatuh di ruang rawat inap.

Kemenkes RI (2011), menjelaskan bahwa pengurangan resiko pasien jatuh merupakan indikator terakhir pada variabel penerapan keselamatan pasien. Pencegahan pasien jatuh dapat dikembangkan melalui proses kolaborasi, pengkajian secara berkala resiko jatuh pada pasien, monitoring secara ketat pasien yang beresiko tinggi dengan memberikan tanda, melibatkan pasien dan keluarga dalam pencegahan pasien jatuh. Pasien dengan resiko tinggi diidentifikasi dan diberikan pelayanan yang sesuai.

#### 5.2.4 Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember

Hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember dianalisis dengan uji *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan supervisi kepala ruang yang terlaksana dengan baik, perawat pelaksana menerapkan keselamatan pasien yaitu sebanyak 14 orang (93,3%), akan tetapi ada perawat pelaksana yang menerapkan keselamatan pasien cukup walaupun supervisi kepala ruangan pada tingkat yang baik yaitu sebanyak 1 orang (6,7%). Menurut peneliti, perawat yang menerapkan keselamatan pasien baik karena merasa adanya manfaat supervisi yang dilaksanakan kepala ruang. sebanyak 1 perawat yang menerapkan keselamatan pasien cukup meski supervisi telah dirasa baik karena supervisi yang telah dilakukan dirasa belum berpengaruh

pada peningkatan keselamatan pasien. Hal ini dapat dikatakan bahwa perawat masih belum menganggap bahwa keselamatan pasien penting diterapkan, keselamatan pasien merupakan bagian dari tanggung jawab, dasar, serta tujuan yang dicapai pelayanan kesehatan yang diberikan. perawat dengan begitu perlu memperhatikan keselamatan pasien sebagai petugas kesehatan. Berdasar pernyataan di atas perawat belum membudayakan keselamatan pasien dalam memberikan asuhan keperawatan.

Budaya keselamatan pasien merupakan seperangkat keyakinan, norma, perilaku, peran, dan praktek sosial maupun teknis dalam meminimalkan pajanan yang membahayakan atau mencelakakan karyawan, manajemen, pasien, atau anggota masyarakat lainnya. Budaya keselamatan pasien bermanfaat menyadari apa yang salah dan pembelajaran terhadap kesalahan tersebut bagi organisasi sehingga membangun kesadaran akan keselamatan pasien, yaitu bekerja untuk mencegah kesalahan dan melaporkan jika ada kesalahan. Manfaat lainnya dapat membantu organisasi dalam membuat kebijakan tentang keselamatan pasien. (Hamdani, 2007 dalam Beginta, 2012). *National Patient Safety Agency* (2004), mengatakan bahwa budaya keselamatan pasien merupakan pondasi utama dalam menuju keselamatan pasien.

Hasil uji statistik menunjukkan nilai  $p=0,000$ .  $H_a$  diterima jika  $H_0$  ditolak, dimana  $H_0$  ditolak jika nilai  $p \leq \alpha=0,05$ . Hasil analisis statistik didapatkan bahwa ada hubungan signifikan antara supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember. Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya hubungan supervisi kepala ruang dengan

penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rumampuk *et al* (2013), menemukan bahwa ada hubungan peran kepala ruangan melakukan supervisi pada perawat pelaksana dengan penerapan keselamatan pasien yang meliputi prosedur identifikasi pasien baik (95,2%), prosedur pemberian injeksi baik (100%), dan prosedur mencuci tangan baik (100%).

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 (Suyanto, 2009). Supervisi secara langsung memungkinkan manajer keperawatan menemukan berbagai hambatan permasalahan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruangan dengan mengkaji secara menyeluruh faktor-faktor yang mempengaruhinya dan bersama dengan staf keperawatan untuk mencari jalan pemecahannya. Hal ini akan membuat bawahan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas dengan hasil yang baik (Suarli dan Bahtiar, 2014).

Supervisi merupakan inspeksi terhadap pekerjaan orang lain, evaluasi kinerja dan memastikan hasil pekerjaan sudah dilakukan dengan benar. Kegiatan supervisi adalah kegiatan-kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktifitas bimbingan, pengarahan, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari (Arwani, 2005). Gillies (1994 dalam Wahyudi, 2011), menjelaskan bahwa supervisi bersifat fasilitatif karena

memberikan pengetahuan terhadap pekerjaan yang diawasi sehingga pelaksana mampu memperbaiki kekurangan sebelum terjadinya masalah yang lebih serius. Arwani (2005), menjelaskan bahwa dengan supervisi diharapkan pelaksanaan tugas akan sesuai dengan pola yang telah disepakati, sehingga dapat meningkatkan kinerja pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan. Kron dan Gray (1987 dalam Wahyudi, 2011), juga menjelaskan bahwa kegiatan bimbingan yang diberikan oleh supervisor keperawatan sangat diperlukan agar terjadi perubahan perilaku yang mencakup perubahan kognitif, emosional, dan aktivitas fisik.

Perubahan kognitif terkait pemberian bimbingan dalam supervisi dapat berupa pengetahuan perawat. Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan khususnya mata dan telinga terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (Sunaryo, 2004). Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Sebelum seseorang mengambil sikap ia harus lebih dulu tahu apa manfaat tindakan tersebut bagi dirinya dan organisasinya. Penentuan sikap yang didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan lebih kuat tertanam dalam kepribadiannya, dibandingkan dengan sikap yang tidak didasari atas pengetahuan atau konsep yang dipahaminya (Robbins, 2001 dalam Ariyani, 2008).

Murdyastuti (2010), menjelaskan bahwa pengetahuan perawat tentang *patient safety* memberikan kontribusi positif dan signifikan dalam mempengaruhi pelaksanaan program *patient safety*. Pengetahuan perawat dapat meliputi pengalaman pribadi, informasi dari lingkungan dan persepsi terhadap objek yang

dimiliki perawat mampu membentuk pengetahuan tentang program *patient safety*. Ariyani (2008), juga menjelaskan bahwa pengetahuan juga memiliki hubungan yang signifikan terhadap sikap mendukung penerapan program *patient safety*. Bawelle *et al* (2013), menjelaskan bahwa ada hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan keselamatan pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Liun Kendage Tahuna.

Supervisi kepala ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember dari hasil penelitian menunjukkan lebih banyak pada kategori cukup. Namun, pelaksanaannya masih belum terjadwal baik. Hasil ini sama dengan temuan yang didapatkan oleh Saefulloh (2009) di Ruang Rawat Inap RSUD Indramayu dan Lusianah (2008) di ruang Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Cilandak Jakarta. Menurut Lusianah (2008), hal ini dikarenakan kurangnya kompetensi kepala ruang, uraian tugas kepala ruang yang tumpang tindih, sehingga kurangnya waktu yang dimiliki kepala ruang untuk melakukan supervisi. Kegiatan bimbingan dan pengarahan dalam supervisi perlu dilakukan secara terprogram, terjadwal, dan perhatian supervisor bukan hanya pada pelaksanaan praktik keperawatan tetapi juga pada sikap dan tanggung jawab perawat pelaksana dalam praktik profesional.

Gillies (1994 dalam Wahyudi, 2011), menjelaskan bahwa pengarahan yang baik dan tepat akan menghasilkan pemahaman dalam melakukan pekerjaan yang diperintahkan. Perawat yang dapat memahami pekerjaannya, sehingga pekerjaan yang dilakukan tidak tumpang tindih dan dapat terselesaikan sesuai tujuan yang diharapkan. George R. Terry (dalam Wiryoputro, 2008), menjelaskan bahwa pengarahan hendaknya jelas dan selengkap mungkin sehingga staf mudah

mengerti. Arwani (2005), menyebutkan bahwa tujuan pengarahan adalah supaya staf mendapat masukan yang jelas tentang tujuan kerja, target kerja, cara kerja yang dipakai, dan semua hal yang terkait dengan pekerjaan itu. Dengan adanya pengarahan itu diharapkan tugas akan diharapkan tugas akan dapat dijalankan dengan lancar begitu juga penerapan keselamatan pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana telah menerapkan keselamatan pasien dengan baik. Indikator pengurangan resiko infeksi memiliki persentase baik paling tinggi di antara indikator penerapan keselamatan pasien yang lainnya. Hal ini dikarenakan perawat sudah menerapkan cuci tangan sesuai pedoman yang diterapkan di rumah sakit.

Hasil penelitian juga menjelaskan bahwa peluang perawat yang mempersepsikan supervisi kepala ruang baik untuk menerapkan keselamatan pasien dengan baik sebesar 33,6 kali dibanding perawat yang mempersepsikan supervisi kepala ruang cukup. Konsideransi ini menguntungkan rumah sakit karena kecenderungan untuk meningkatkan penerapan keselamatan pasien, perawat memiliki peluang yang besar. Penerapan keselamatan pasien yang baik, rumah sakit dapat mendapat nilai positif dari kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan sehingga dapat meningkatkan citra rumah sakit.

### **5.3 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan penelitian ini yaitu terkait waktu pengumpulan data. Waktu pengumpulan data direncanakan 3 hari, namun dalam pelaksanaannya dilakukan 1 minggu karena menunggu perawat pelaksana yang masih libur kerja hingga 3



hari. Keterbatasan lain dalam penelitian ini adalah terutama berkaitan dengan lokasi penelitian. Penelitian ini direncanakan akan dilaksanakan di ruang rawat inap kelas I, II, dan III Rumah Sakit Paru Jember. Penelitian ini hanya dilaksanakan di ruang rawat inap kelas II, dan III Rumah Sakit Paru Jember karena hambatan perijinan dari pihak rumah sakit.

#### **5.4 Implikasi Keperawatan**

Penelitian tentang supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember menggambarkan tentang fungsi manajemen kepala ruang khususnya supervisi yang dapat diterapkan untuk memastikan penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dalam memberikan pelayanan keperawatan, sehingga meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Supervisi kepala ruang juga perlu dilakukan dengan kegiatan bimbingan, pengarahan, motivasi, dan evaluasi kinerja sesuai kebutuhan perawat pelaksana, sehingga dapat memaksimalkan hasil yang dapat diperoleh dari pelaksanaan supervisi. Pelatihan supervisi bagi kepala ruang perlu dilakukan untuk meningkatkan kemampuan supervisi kepala ruang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih ada perawat pelaksana yang belum menerapkan keselamatan pasien dengan baik, karena belum sadar terhadap budaya keselamatan pasien. Penelitian ini dapat digunakan untuk perencanaan memperbaiki penerapan keselamatan pasien. Cara yang dapat dilakukan salah satunya meningkatkan peran kepemimpinan untuk membangun budaya keselamatan pasien pada perawat, memperbaiki fasilitas penunjang keselamatan

pasien dan pelatihan bagi perawat khususnya perawat baru untuk meningkatkan penerapan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan keperawatan sehingga berdampak pada kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan.



## **BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN**

### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. perawat pelaksana lebih dari 50% mempersepsikan supervisi kepala ruang pada kategori cukup.
- b. penerapan keselamatan pasien dipersepsikan lebih dari 50% pada kategori baik oleh perawat pelaksana.
- c. ada hubungan yang signifikan antara supervisi kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember.

### **6.2 Saran**

Saran yang dapat diberikan terkait dengan hasil dan pembahasan penelitian tersebut adalah:

#### **6.2.1 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)**

1. Kepala ruang sebaiknya meningkatkan supervisi dengan lebih meningkatkan kegiatan bimbingan, pengarahan, motivasi dan evaluasi kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien khususnya bagi perawat

pelaksana baru sehingga perawat pelaksana mampu memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Kepala ruang perlu memimpin perawat pelaksana untuk dapat menumbuhkan budaya keselamatan pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan.

2. Rumah sakit diharapkan meningkatkan fasilitas keselamatan pasien di ruang perawatan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
3. Rumah sakit dapat memberikan pelatihan dan peningkatan pengetahuan kepada perawat pelaksana terkait penerapan keselamatan pasien.

#### 6.2.2 Bagi Keperawatan

1. Perawat penting untuk menerapkan keselamatan pasien lebih baik khususnya dalam identifikasi pasien, komunikasi yang efektif, serta pengurangan resiko infeksi dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan kepada pasien.
2. Perawat perlu menumbuhkan budaya keselamatan pasien dalam setiap pelayanan keperawatan yang diberikan, sehingga keselamatan pasien dapat terwujud dalam setiap tindakan pelayanan bukan hanya dalam tulisan.

#### 6.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini memberikan saran pada institusi pendidikan yaitu:

1. Penelitian ini dapat memberikan informasi untuk pengembangan pendidikan keperawatan khususnya tentang penerapan keselamatan pasien;

2. Penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu media pembelajaran yang diberikan kepada peserta didik dan diharapkan dalam pelaksanaan perkuliahan memperbanyak latihan atau simulasi dalam memenuhi keselamatan pasien sehingga peserta didik dapat menerapkan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara aman.

#### 6.2.4 Bagi Peneliti

Hasil dan pembahasan dari penelitian tersebut diharapkan dapat menjadi suatu referensi bagi mahasiswa keperawatan dalam:

1. Mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang berpengaruh terhadap penerapan budaya keselamatan pasien khususnya di Rumah Sakit Paru Jember.
2. Mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai supervisi kepala ruang dan keselamatan pasien menggunakan metode penelitian lain seperti observasi dan wawancara mendalam.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprilia, Shelly. 2011. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Penerapan International Patient Safety Goals (IPSG) pada Akreditasi Joint Commission International (JCI) di Instalasi Rawat Inap RS Swasta X*. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20296654-S-Shelly%20Aprilia.pdf>. [08 Februari 2015].
- Anugrahini, C. 2010. Hubungan Faktor Individu dan Organisasi dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient Safety* di RSAB Harapan Kita. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282625-T%20Christine%20Anugrahini.pdf>. [24 Juli 2015].
- Arikunto. 2010. *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ariyani. 2008. Analisis Pengetahuan dan Motivasi Perawat yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan Program Patient Safety di Instalasi Perawatan Intensif RSUD DR Moewardi Surakarta. [serial on line] [eprints.undip.ac.id/16529/1/Ariyani.pdf](http://eprints.undip.ac.id/16529/1/Ariyani.pdf). [09 Februari 2015].
- Arwani. 2005. *Manajemen Bangsal Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Asmuji. 2012. *Manajemen Keperawatan: Konsep dan Aplikasi*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Astuty, M. 2011. Hubungan Pelaksanaan Fungsi Pengarahan Kepala Ruangan dengan Kepuasan Kerja Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Haji Jakarta. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20281714-T%20Mazly%20Astuty.pdf>. [29 Januari 2015].
- Bawelle, S. C. Sinolungan, J. S. V., & Hamel, R. S. 2013. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat dengan Pelaksanaan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) di Ruang Rawat Inap RSUD Liun Kendage Tahuna. *ejournal keperawatan (e-Kp) Volume 1. Nomor 1. Agustus 2013*. [serial on

line].

<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=141028&val=5798>. [20 Januari 2014].

Beginta, R. 2012. Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien, Gaya Kepemimpinan, Tim Kerja terhadap Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan oleh Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi Tahun 2011. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20279703-T28981-Pengaruh%20budaya.pdf>. [23 Januari 2015].

Budiarto, E. 2002. *Biostatika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.

Bush, T. 2005. Overcoming The Barriers to Effective Clinical Supervision. [serial on line] <http://www.nursingtimes.net/Journals/2013/02/15/j/v/s/050111GLsupervision.pdf>. [13 April 2015].

Dahlan, M. S. 2008. *Statistika untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.

Depkes RI. 2008. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety). [serial on line] <http://www.inapatsafety-persi.or.id/data/panduan.pdf> [29 Desember 2014].

Dewi, M. 2011a. Pengaruh Pelatihan Timbang Terima Pasien terhadap Pelaksanaan Timbang Terima dan Penerapan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Husada Jakarta. [serial on line]. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20281879-T%20Mursidah%20Dewi.pdf>. [23 Januari 2015].

Dewi, S. C. 2011b. Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien dan Perawat di IRNA I RSUP DR. Sardjito Yogyakarta. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282292-T%20Sari%20Candra%20Dewi.pdf>. [23 Januari 2015].

- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan. 2008. Pedoman Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan Klinik di Sarana Kesehatan. [serial on line] <https://www.scribd.com/doc/250074065/Pedoman-Indikator-Mutu>. [08 Februari 2015].
- Effendy, N. 1998. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Hasri, E. T. Hartriyanti, Y. & Haryanti, F. 2012. Praktik Keselamatan Pasien Bedah di Rumah Sakit Daerah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* Volume 15 No. 04 Desember 2012 Halaman 198 – 202. [serial on line] <http://jurnal.ugm.ac.id/jmpk/article/download/5170/4245>. [23 Januari 2015].
- Health Professions Council of South Africa. 2008. Guidelines for Good Practice in The Health Care Professions: National Patients' Rights Charter. [serial on line] [http://www.hpcs.co.za/Uploads/editor/UserFiles/downloads/conduct\\_ethics\\_rules/generic\\_ethical\\_rules/booklet\\_3\\_patients\\_rights\\_charter.pdf](http://www.hpcs.co.za/Uploads/editor/UserFiles/downloads/conduct_ethics_rules/generic_ethical_rules/booklet_3_patients_rights_charter.pdf). [10 April 2015].
- Hughes, R.G. 2008. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. [serial on line] <http://www.ahrq.gov/QUAL/nursesfdbk/> [15 Mei 2015].
- Ivancenich, J. M., Konopaske, R., & Matteson, M. T. 2007. *Perilaku dan Manajemen Organisasi*. Editor Wibi Hardani. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Iswati. 2012. Pengaruh penjaminan Mutu Keselamatan Pasien oleh Kepala Ruang Terhadap Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok. [serial online] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20304388-T30735-Pengaruh%20penjaminan.pdf>. [14 Juli 2015].
- JCI. 2014. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 5th Edition. [serial on line] [http://www.cbh.moph.go.th/app/intranet/files/news/1381907960\\_JCI%20%205th%20Edition\(1\).pdf](http://www.cbh.moph.go.th/app/intranet/files/news/1381907960_JCI%20%205th%20Edition(1).pdf). [07 Maret 2015].



- Kemenkes RI. 2011. Standar akreditasi Rumah Sakit Edisi 1. [serial on line] [http://elearning.mmr.umy.ac.id/file.php/1/STANDAR\\_AKREDITASI\\_RS\\_Edisi\\_1\\_-\\_FINAL\\_-\\_Okt\\_2011.pdf](http://elearning.mmr.umy.ac.id/file.php/1/STANDAR_AKREDITASI_RS_Edisi_1_-_FINAL_-_Okt_2011.pdf). [30 Juli 2015].
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. 2000. To Err Is Human: Building a Safer Health System. [serial on line] [http://download.nap.edu/cart/download.cgi?&record\\_id=9728](http://download.nap.edu/cart/download.cgi?&record_id=9728). [08 Februari 2015].
- Kusnanto. 2004. *Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC.
- Luddin, A. B. M. 2010. *Dasar-Dasar Konseling: Tinjauan Teori dan Praktik*. Bandung: CV. Perdana Mulya Sarana.
- Lusianah. 2008. Hubungan Motivasi dan Supervisi dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Cilandak Jakarta. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/127217-TEISIS0480%20Lus%20N08h-Hubungan%20motivasi-Analisis.pdf>. [02 Agustus 2015].
- Manuaba, I. B. S. P. 2012. Kesiapan Perawat dalam Menerapkan Konsep Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Manuaba Tahun 2012. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20313690-T31317-Kesiapan%20perawat.pdf>. [23 Januari 2015].
- Maryam, D. 2009. Hubungan antara Penerapan Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana dengan Kepuasan Pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. [serial online] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/124691-TEISIS0555%20Dew%20N09h-Hubungan%20Antara-Abstrak.pdf>. [24 Juli 2015].
- Momon, S. 2008. *Sosiologi untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mua, E. L. 2011. Pengaruh Pelatihan Supervisi Klinik Kepala Ruangan Terhadap Kepuasan Kerja dan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Woodward Palu. [serial on line]

<http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20280828-T%20Estelle%20Lilian%20Mua.pdf>. [26 Januari 2015].

Mulyana, D. S. 2013. Analisis Penyebab Insiden Keselamatan Pasien oleh Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20334240-T32578-Dede%20Sri%20Mulyana.pdf>. [23 Januari 2015].

Murdyastuti, S. 2010. 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. [serial on line] [eprints.uns.ac.id/2154/1/134300808201004321.pdf](http://eprints.uns.ac.id/2154/1/134300808201004321.pdf). [09 Februari 2015].

Mustafa, Z. 2009. *Mengurai Variabel Hingga Instrumentasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Mustikasari. 2005. *Pengarahan, Pendelegasian, Koordinasi, Supervisi dan Ronde Keperawatan*. Disampaikan pada Pelatihan Manajemen Keperawatan bagi Tenaga Perawat di Rumah Sakit Jiwa Pekanbaru tanggal 25 - 28 juli 2005. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20369252-TA-Mustikasariiii.pdf>. [07 Februari 2015]

National Patient Safety Agency. 2004. Seven Steps To Patient Safety: The full Reference Guide. Second Print August 2004. [serial online] <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=59971&type=full&servicetype=Attachment>. [08 Februari 2015].

Ngalingola, E. Maidin, A. & Pasinringi, S. A.. 2012. Gambaran Pengetahuan dan Motivasi Perawat Terhadap Penerapan Program Patient Safety di Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Makassar Tahun 2012. [serial on line] <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/5700/Jurnal%20E-verista.pdf?sequence=1>. [12 Januari 2015].

Notoatmodjo. S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nur, Q. M., Noor, H. N. B, & Irwandy. 2013. Hubungan Motivasi dan Supervisi Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana dalam Menerapkan *Patient Safety* di

- Rawat Inap RS Universitas Hasanuddin Tahun 2013. [serial on line] [http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/5420/QALBIA%20M.%20NUR\\_HUBUNGAN%20MOTIVASI%20SUPERVISI\\_140613.pdf?sequence=1](http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/5420/QALBIA%20M.%20NUR_HUBUNGAN%20MOTIVASI%20SUPERVISI_140613.pdf?sequence=1) [12 Januari 2015].
- Nurmalia, D. 2012. Pengaruh Program Mentoring Keperawatan terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RS Islam Sultan Agung Semarang. [serial on line]. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20302320-T30628-Devi%20Nurmalia.pdf>. [23 Januari 2015].
- Nurmalia, D., Handiyani, H. & Pujasari, H. 2013. Pengaruh Program Mentoring Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien. *Jurnal Manajemen Keperawatan . Volume 1, No. 2, November 2013; 79-88*. [serial on line] <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=137445&val=5086>. [08 Februari 2015].
- Nursalam. 2012. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Parmin. 2009. Hubungan Pelaksanaan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan terhadap Motivasi Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUP Undata Palu. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20341510-T32846-Parmin.pdf>. [29 Januari 2015].
- Permatasari, R. N. 2012. Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Asuhan Keperawatan dalam Upaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara TK. I. R.S. Sukanto Tahun 2011. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20295436-S-Rindia%20Nurwidia.pdf>. [23 Januari 2015].
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit. [serial on line] <http://ditjenpp.kemenumham.go.id/inc/buka.php?czozMToiZD1ibisyMDEyJmY9Ym40MTMtMjAxMi5wZGYmanM9MSI7>. [08 Agustus 2015].
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. [serial on line]

[http://www.hukor.depkes.go.id/up\\_prod\\_permenkes/PMK%20No.%201691%20ttg%20Keselamatan%20Pasien%20Rumah%20Sakit.pdf](http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_permenkes/PMK%20No.%201691%20ttg%20Keselamatan%20Pasien%20Rumah%20Sakit.pdf). [15 Januari 2015].

Priharjo, R. 1995. *Pengantar Etika Keperawatan*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.

Potter, P. A. & Perry, A.G. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.

Purwanto. 2012. Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksanaan di RS Haji Jakarta. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20304475-T30721%20-%20Pengaruh%20penggunaan.pdf>. [23 Januari 2015].

Riwidikdo, H. 2013. *Statistika Kesehatan: dengan Aplikasi SPSS dalam Prosedur Penelitian*. Yogyakarta: Rohima Press.

Rumampuk, M. V. H. Budu, & Nontji, W. 2013. Peran Kepala Ruangan Melakukan Supervisi Perawat dengan Penerapan Patient Safety di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit. [serial on line] <http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/431a3514154eda94b7355c754110bbc3.pdf>. [08 Februari 2015].

Saefulloh. M. Pengaruh Pelatihan Asuhan Keperawatan dan Supervisi terhadap Motivasi Kerja dan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Indramayu. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/detail.jsp?id=125130&lokasi=lokal>. [02 Agustus 2015].

Santoso, H. & Ismail, A. 2009. *Memahami Krisis Lanjut Usia: Uraian Medis dan Pedagogis-Pastoral*. Cetakan 1. Jakarta: Gunung Mulia.

Santoso, S. 2010. *Statistika Multivariat*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Saragih, R, dan Rumapea, N. 2010. Hubungan Karakteristik Perawat dengan Tingkat Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan di Rumah Sakit Columbia Asia Medan. [serial on line]. <http://uda.ac.id/jurnal/files/7.pdf>. [30 Juli 2015].

- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Suarli, & Bahtiar, Y. 2014. *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Klinis*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Suyanto. 2009. *Mengenal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di Rumah Sakit*. Jogjakarta: Mitra Cendikia.
- Suzanne. 2009. Patient Identification, A Crusial of Patient Safety-Patient Safety First. [serial on line] [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0FSL/is-3-78/ai](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is-3-78/ai)
- Swansburg, R. C. 2000. *Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinis*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. [serial on line] <http://www.gizikia.depkes.go.id/wp-content/uploads/downloads/2012/07/UU-No.-44-Th-2009-ttg-Rumah-Sakit.pdf>. [29 Desember 2014].
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. [serial on line] [http://www.hukor.depkes.go.id/up\\_prod\\_uu/UU%20No.%2038%20Th%202014%20ttg%20Keperawatan.pdf](http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_uu/UU%20No.%2038%20Th%202014%20ttg%20Keperawatan.pdf) [09 Desember 2014].
- Wahyudi, A. 2011. Hubungan antara Komitmen pada Organisasi dan Supervisi dari Kepala Ruangan dengan Kepuasan Kerja Perawat di RSUD Dokter Soedarso Pontianak. [serial on line] [lib.ui.ac.id/file?file=digital/20280250-T%20Ardi%20Wahyudi.pdf](http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20280250-T%20Ardi%20Wahyudi.pdf). [28 Januari 2015].
- Warouw, H. J. 2009. Hubungan Pengarahan Kepala Ruang dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta. [serial online] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/124926->

[TESIS0589%20Her%20N09h-Hubungan%20Pengaruh-Analisis.pdf](#). [14 Juli 2015].

Wijayanti, C. D. 2012. Pengaruh Penerapan *Quality Circle* oleh Perawat *Clinical Care Manager* terhadap Kemampuan Supervisi Klinik di Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20314908-T31835-Pengaruh%20penerapan.pdf> [28 Februari 2015].

Wiryoputro, S. 2008. *Dasar-dasar Manajemen Kristiani*. Cetakan 5. Jakarta: Gunung Mulia.

Yulia, S. 2010. Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien Terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana Mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Tugu Ibu Depok. [serial on line] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/137266-T%20Sri%20Yulia.pdf>. [23 Januari 2015].

Zakiyah, A. 2012. Pengaruh Supervisi Pimpinan Ruang terhadap Pelaksanaan Pemberian Cairan Intravena di Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo. [serial on line]. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20314302-T%2031200-Pengaruh%20supervisi-full%20text.pdf>. [26 Januari 2015].

**Lampiran A: Lembar *Informed***

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada:

Calon responden

Dengan hormat,

yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eka Desi Pratiwi

NIM : 112310101053

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jalan Rajawali 17 Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Pelaksanaan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien oleh Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember”. Penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada responden. Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengidentifikasi pelaksanaan supervisi kepala ruang, mengidentifikasi pelaksanaan keselamatan pasien dan manfaat penelitian yaitu memberikan pengetahuan bagi responden sehingga harapannya responden dapat memberikan masukan bagi kepala ruangan agar menjalankan supervisi kepala ruang lebih baik, dan bagi perawat untuk dapat melaksanakan keselamatan pasien sehingga meningkatkan keamanan dalam pemberian asuhan keperawatan. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Eka Desi Pratiwi

NIM. 112310101053

**Lampiran B: Lembar *Consent***

Kode responden:

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian dari :

Nama : Eka Desi Pratiwi

NIM : 112310101053

Progam studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul : Hubungan Pelaksanaan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien oleh Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada responden. Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat penelitian kepada saya. Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal yang belum dimengerti dan saya telah mendapatkan jawaban dengan jelas. Peneliti akan menjaga kerahasiaan jawaban dan pertanyaan yang sudah saya berikan. Saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Jember,.....2015

(.....)  
Nama terang dan tanda tangan



**Lampiran C: Kuesioner A Karakteristik Responden**

Kode responden:
-----------------

Petunjuk Pengisian:

1. Pertanyaan berikut ini berkaitan dengan karakteristik responden.
2. Berikut tanda *checklist* (√) atau uraian singkat dan jelas untuk pertanyaan singkat dibawah ini
3. Dimohon kepada Bapak/Ibu, Sdr/I untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan

Nama Perawat : .....

Usia/umur : .....Tahun

Jenis kelamin :  Laki-laki  
 PerempuanStatus pernikahan :  Belum Menikah  
 Menikah  
 Duda/JandaTingkat pendidikan :  SPK  
 D3 Keperawatan  
 S1 Ners

Lama Bekerja : .....Tahun

Pelatihan keselamatan pasien yang pernah diikuti:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

**Lampiran D : Kuesioner B Pelaksanaan Supervisi Kepala Ruang**

Kode responden:

## Petunjuk Pengisian

1. Bacalah pernyataan dan pilihan jawaban dengan cermat dan teliti.
2. Pernyataan 1 sampai 32 terdapat empat pilihan jawaban yaitu selalu, sering, jarang, tidak pernah
3. Seluruh pernyataan berikut ini berkaitan dengan persepsi anda terhadap kepala ruang melakukan supervisi
4. Pilihlah salah satu jawaban yang anda anggap paling sesuai dengan penilaian anda dengan cara memberi tanda *checklist* (√).
5. Jika anda ingin mengganti pilihan jawaban karena jawaban pertama salah, maka cukup dengan member tanda (X) pada tanda *checklist* (√) yang salah, kemudian berikan tanda *checklist* (√) baru pada kolom jawaban yang anda anggap paling benar
6. Dimohon kepada responden untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan

Pilihan jawaban	Artinya:
Selalu	Pernyataan “Selalu” berarti selalu dilakukan atau tidak pernah tidak terlihat pada sikap dan perilaku perawat
Sering	Pernyataan “Sering” berarti sebagian besar dilakukan, jarang tidak terlihat melakukan pada sikap dan perilaku perawat
Jarang	Pernyataan “Jarang” berarti jarang dilakukan atau lebih sering tidak terlihat pada sikap dan perilaku perawat
Tidak Pernah	Pernyataan “Tidak Pernah” berarti tidak pernah dilakukan, tidak pernah terlihat atau sangat bertolak belakang dengan sikap dan perilaku perawat

No.	Pertanyaan	Jawaban			
		Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
1.	Bimbingan yang diberikan membuat saya bingung dalam menjaga obat yang diwaspadai				
2	Melalui bimbingan saya memahami keselamatan pasien secara benar				
3	Bimbingan yang diberikan membuat membuat saya cemas dalam mengambil keputusan				
4	Bimbingan dari supervisor membuat saya menemukan kejelasan tentang keselamatan pasien				
5	Bimbingan yang dilakukan supervisor berfokus pada penyelesaian masalah				
6	Program bimbingan dijadwalkan bersama kepala ruangan dan staf yang akan dilakukan supervisi				
7	Saya belum mengerti tentang bimbingan keselamatan pasien yang diberikan				
8	Bimbingan dari supervisor membuat saya mengenal obat yang diwaspadai				
9	Bimbingan supervisor hanya dilakukan tiap kami menghadapi masalah				
10	Supervisor memberikan arahan kepada saya dalam bekerja				
11	Pekerjaan saya tidak sesuai dengan SOP setelah pengarahan				
12	Pengarahan yang diberikan membuat asuhan keperawatan saya aman bagi pasien				
13	Kami bekerja sesuai dengan rutinitas tanpa harus di arahkan				
14	Pengarahan yang diberikan mampu mendorong kami menyelesaikan tugas secara teratur sesuai standar				
15	Supervisor berbicara sering tidak jelas dan lambat sehingga sulit dipahami				
16	Arahan yang diberikan membuat tugas kami semakin banyak di ruangan				
17	Saya sulit memahami supervisor				
18	Supervisor memberikan contoh kepada saya dalam menerapkan keselamatan pasien				
19	Supervisor memberi penguatan terhadap keamanan asuhan keperawatan kepada pasien				
20	Saya ingin meningkatkan kinerja saya				

	setelah supervisi				
21	Supervisi menambah ketidakpahaman saya dalam keselamatan pasien				
22	Supervisi yang dilakukan membuat saya ingin menerapkan keselamatan pasien dengan baik				
23	Keselamatan pasien yang dilakukan staf dievaluasi oleh supervisor				
24	Hasil evaluasi keselamatan pasien dibicarakan kembali oleh supervisor kepada staf yang dilakukan supervisi				
25	Supervisor memberikan solusi terhadap hasil evaluasi penerapan keselamatan pasien				
26	Evaluasi kinerja lamban ditindak lanjuti dengan segera				
27	Evaluasi pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) belum dilakukan secara teratur				
28	Saya merasa evaluasi belum memudahkan kontrol terhadap IKP				
29	Rapat ruangan digunakan sebagai media untuk membahas hasil evaluasi program dan laporan keselamatan pasien				
30	Kami melengkapi dokumentasi bila ada rencana akan dilakukan supervisi				
31	Hasil evaluasi penerapan keselamatan pasien ditanggapi dengan segera				
32	Evaluasi penerapan keselamatan pasien hanya dilakukan pada waktu tertentu				

Kuesioner telah diadopsi dari penelitian Wahyudi (2011) dan telah dimodifikasi oleh peneliti

**Lampiran E : Kuesioner C Penerapan Keselamatan Pasien**

Kode responden:

## Petunjuk Pengisian

1. Bacalah pernyataan dan pilihan jawaban dengan cermat dan teliti.
2. Pernyataan 1 sampai 26 terdapat empat pilihan jawaban yaitu selalu, sering, jarang, tidak pernah
3. Seluruh pernyataan berikut ini berkaitan dengan persepsi anda terhadap sikap atau perilaku perawat selama merawat anda
4. Pilihlah salah satu jawaban yang anda anggap paling sesuai dengan penilaian anda dengan cara memberi tanda *checklist* (√).
5. Jika anda ingin mengganti pilihan jawaban karena jawaban pertama salah, maka cukup dengan member tanda (X) pada tanda *checklist* (√) yang salah, kemudian berikan tanda *checklist* (√) baru pada kolom jawaban yang anda anggap paling benar
6. Dimohon kepada responden untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan

Pilihan jawaban	Artinya:
Selalu	Pernyataan “Selalu” berarti selalu dilakukan atau tidak pernah tidak terlihat pada sikap dan perilaku perawat
Sering	Pernyataan “Sering” berarti sebagian besar dilakukan, jarang tidak terlihat melakukan pada sikap dan perilaku perawat
Jarang	Pernyataan “Jarang” berarti jarang dilakukan atau lebih sering tidak terlihat pada sikap dan perilaku perawat
Tidak Pernah	Pernyataan “Tidak Pernah” berarti tidak pernah dilakukan, tidak pernah terlihat atau sangat bertolak belakang dengan sikap dan perilaku perawat

No.	Pertanyaan	Jawaban			
		Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
1.	Saya melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan pengambilan sampel darah melalui nama dan nomor tempat tidur pasien				
2	Saya hanya menanyakan nama pasien sebelum melakukan tindakan keperawatan				
3	Saya hanya mengecek nomor tempat tidur pasien sebelum pemberian obat				
4	Saya mengecek nama, tanggal lahir dan golongan darah pasien dengan label darah sebelum transfusi darah				
5	Saya menanyakan apakah pesan yang saya terima sudah benar setelah pembacaan kembali				
6	Saya tidak menjelaskan tujuan, dan manfaat tindakan yang akan dilakukan				
7	Saya mengucapkan salam dan langsung melakukan tindakan				
8	Menanyakan kepada pasien dan keluarga jika tidak mengerti tentang tindakan				
9	Saya enggan memeriksa kembali obat yang sudah disiapkan				
10	Saya memeriksa obat yang disiapkan 2 kali ( 2 times re-check)				
11	Elektrolit yang disimpan di unit perawatan dipisah tanpa label				
12	Saya melakukan pemberian obat sesuai dengan SOP				
13	Saya memastikan ketepatan lokasi pemberian obat atau pengambilan spesimen				
14	Saya hanya menanyakan nama pasien dan nomor kamar sebelum pemberian obat atau pengambilan spesimen				
15	Saya memastikan ketepatan lokasi, prosedur, dan pasien sesuai dengan SOP				
16	Saya melakukan identifikasi pasien dengan nama pasien				
17	Saya menuliskan nama dan umur pasien pada spesimen sebelum dibawa ke laboratorium				
18	Prosedur cuci tangan yang diterapkan sesuai dengan yang diadopsi oleh rumah sakit				
19	Saya tidak perlu melakukan cuci tangan sebelum menyentuh pasien				

20	Saya melakukan cuci tangan setelah melakukan tindakan invasive pada pasien				
21	Saya tidak perlu cuci tangan setelah mengganti cairan pasien				
22	Pasien yang baru masuk rawat inap dikaji resiko jatuh				
23	Pasien yang mengalami penurunan kesadaran tidak terpasang side-rail				
24	Sebelum meninggalkan pasien, saya memastikan side-rail terpasang				
25	Saya yakin rem tempat tidur terpasang dengan baik				
26	Observasi tiap 2-3 jam sekali dilakukan pada pasien dengan resiko jatuh tinggi				

Kuesioner telah diadopsi dari Permenkes RI No. 1691 yang telah dimodifikasi oleh peneliti














## Lampiran F: Lembar Konsultasi Penelitian

**KARTU BIMBINGAN SKRIPSI  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Eka Desi Pratiwi

NIM : 112310101053

DPU : Ns. Retno Purwandari, M. Kep

No.	Tanggal	Materi Konsultasi	Rekomendasi	Tanda Tangan
1.	24 September 2014	Latar Belakang	1. Menyusun masalah penelitian lebih diperjelas lagi 2. Masalah penelitian kemungkinan sulit mencari responden	
2.	23 Januari 2015	Latar Belakang	1. Lebih distrukturkan kembali supaya runut 2. Jelaskan kaitan <i>patient safety</i> dengan supervisi	
3.	29 Januari 2015	Latar Belakang	1. Tata ulang latar belakang 2. Studi pendahuluan	
4.	6 Februari 2015	Latar Belakang	Tata ulang susunan paragraf	
5.	11 Februari 2015	Bab 1 & Bab 2	1. Studi pendahuluan 2. Tambahkan penelitian supervisi di Latar Belakang 3. Perkaya kajian di Bab 2	
6.	10 Maret 2015	Bab 1 s/d Bab 4	Pertajam masalah penelitian	
7.	20 April 2015	Bab 1 s/d Bab 4	Revisi sesuai saran	
8.	27 April 2015	Bab 1 s/d Bab 4 & Lampiran	Revisi sesuai saran	
9.	30 April 2015	Proposal skripsi	ACC Seminar Proposal	
10.	20 Mei 2015	Proposal skripsi	Revisi sesuai saran	
11.	25 Mei 2015	Proposal skripsi	Revisi sesuai saran	








12.	26 Mei 2015	Proposal skripsi	ACC uji validitas dan reabilitas	
13.	16 Juni 2015	Hasil uji validitas	Uji ulang validitas dan reliabilitas	
14.	22 Juni 2015	Hasil uji validitas ulang	ACC penelitian	
15.	14 Juli 2015	Bab 4 & Bab 5	Pembahasan dibuat	
16.	28 Juli 2015	Bab 4 & Bab 5	1. Pertajam pembahasan per indikator/ variabel 2. Tambahkan pembahasan karakteristik responden	
17.	03 Agustus 2015	Bab 4, Bab 5 & Bab 6	1. Acc sidang hasil 2. Abstract tambahkan diskusi	
18	31 Agustus 2015	Skripsi	1. Kata "inpatient unit" diganti dengan "ward" 2. Pembahasan supervisi diperbaiki kembali	

**KARTU BIMBINGAN SKRIPSI  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER**

**Nama : Eka Desi Pratiwi**

**NIM : 112310101053**

**DPA : Ns. Siswoyo, M. Kep**

No.	Tanggal	Materi Konsultasi	Rekomendasi	Tanda Tangan
1.	05 Februari 2015	Latar Belakang	1. Revisi sesuai saran 2. Lanjut Bab 2 sampai dengan Bab 4	
2.	12 Februari 2015	Bab 1 & 2	Lanjut sampai dengan Bab 4	
3.	09 Maret 2015	Bab 1 s/d Bab 4	1. Revisi sesuai saran 2. Persiapan ujian seminar proposal	
4.	10 Maret 2015	Bab 1 s/d Bab 4	1. Revisi sesuai saran 2. Persiapan ujian seminar proposal	
5.	30 April 2015	Proposal skripsi	Percepat ujian seminar proposal	
6.	26 Mei 2015	Proposal skripsi	ACC uji validitas dan reabilitas	
7.	16 Juni 2015	Hasil uji validitas	Uji validitas ulang	
8.	22 Juni 2015	Hasil uji validitas ulang	Lanjutkan ke penelitian/pengumpulan data	
9.	29 Juli 2015	Bab 4 & Bab 5	Revisi sesuai saran	
10.	30 Juli 2015	Bab 4 & Bab 5	Revisi sesuai saran	
11.	03 Agustus 2015	Bab 4, Bab 5 & Bab 6	ACC sidang hasil	
12	03 September 2015	Skripsi	ACC revisi hasil sidang	

**Lampiran G: Hasil Uji Validitas dan Reabilitas**

- a. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner pelaksanaan supervisi kepala ruang

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.940	48

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
Supervisi1	2.35	.988	20
Supervisi2	2.10	1.071	20
Supervisi3	2.55	.759	20
Supervisi4	2.35	.988	20
Supervisi5	2.25	1.020	20
Supervisi6	2.15	1.040	20
Supervisi7	1.65	1.137	20
Supervisi8	2.10	1.165	20
Supervisi9	1.75	1.070	20
Supervisi10	2.25	1.164	20
Supervisi11	1.90	1.021	20
Supervisi12	2.30	.923	20
Supervisi13	1.85	1.137	20
Supervisi14	1.80	1.240	20
Supervisi15	1.85	1.137	20
Supervisi16	1.95	.999	20
Supervisi17	2.25	.967	20
Supervisi18	2.10	1.071	20
Supervisi19	2.10	1.071	20
Supervisi20	2.20	.834	20
Supervisi21	2.25	1.020	20
Supervisi22	2.15	1.040	20
Supervisi23	2.30	.801	20
Supervisi24	2.50	.827	20
Supervisi25	2.10	1.165	20
Supervisi26	2.25	1.020	20
Supervisi27	2.05	1.146	20
Supervisi28	2.80	.696	20
Supervisi29	2.10	1.071	20
Supervisi30	2.15	1.040	20
Supervisi31	2.25	1.020	20
Supervisi32	2.35	.988	20
Supervisi33	2.50	.607	20

Supervisi34	1.90	1.021	20
Supervisi35	2.30	.801	20
Supervisi36	1.95	1.146	20
Supervisi37	2.25	1.020	20
Supervisi38	2.15	1.040	20
Supervisi39	2.25	.967	20
Supervisi40	1.95	1.146	20
Supervisi41	1.55	1.146	20
Supervisi42	2.30	.923	20
Supervisi43	2.10	1.071	20
Supervisi44	1.70	.865	20
Supervisi45	1.85	1.137	20
supervisi46	2.10	1.071	20
supervisi47	1.90	1.021	20
supervisi48	2.35	.988	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Supervisi1	99.80	599.221	.564	.938
Supervisi2	100.05	594.155	.617	.938
Supervisi3	99.60	632.147	-.137	.942
Supervisi4	99.80	596.905	.614	.938
Supervisi5	99.90	594.516	.643	.938
Supervisi6	100.00	589.895	.723	.937
Supervisi7	100.50	633.526	-.128	.943
Supervisi8	100.05	597.103	.510	.938
Supervisi9	100.40	634.884	-.158	.943
Supervisi10	99.90	596.411	.523	.938
Supervisi11	100.25	582.934	.883	.936
Supervisi12	99.85	600.345	.581	.938
Supervisi13	100.30	593.063	.599	.938
Supervisi14	100.35	614.871	.180	.941
Supervisi15	100.30	591.589	.626	.938
Supervisi16	100.20	610.905	.316	.940
Supervisi17	99.90	601.674	.525	.938
Supervisi18	100.05	589.313	.712	.937
Supervisi19	100.05	603.418	.436	.939
Supervisi20	99.95	619.208	.183	.940
Supervisi21	99.90	587.463	.789	.937
Supervisi22	100.00	591.053	.699	.937
Supervisi23	99.85	625.503	.034	.941
Supervisi24	99.65	604.871	.539	.938
Supervisi25	100.05	598.366	.487	.939
Supervisi26	99.90	601.463	.500	.939
Supervisi27	100.10	646.305	-.345	.945
Supervisi28	99.35	630.976	-.113	.942
Supervisi29	100.05	587.839	.742	.937
Supervisi30	100.00	593.053	.659	.937
Supervisi31	99.90	604.937	.429	.939
Supervisi32	99.80	608.274	.374	.939
Supervisi33	99.65	608.450	.624	.938

Supervisi34	100.25	591.145	.711	.937
Supervisi35	99.85	618.029	.222	.940
Supervisi36	100.20	603.326	.406	.939
Supervisi37	99.90	584.726	.846	.936
Supervisi38	100.00	595.368	.612	.938
Supervisi39	99.90	601.674	.525	.938
Supervisi40	100.20	583.432	.772	.936
Supervisi41	100.60	602.568	.420	.939
Supervisi42	99.85	590.239	.812	.937
Supervisi43	100.05	594.787	.604	.938
Supervisi44	100.45	615.734	.257	.940
Supervisi45	100.30	590.958	.638	.937
supervisi46	100.05	587.839	.742	.937
supervisi47	100.25	591.145	.711	.937
supervisi48	99.80	599.537	.558	.938

Interpretasi:

a. Nilai r tabel

$$df = n-2 = 20 - 2 = 18$$

pada tingkat kemaknaan 5%, didapatkan r tabel = 0,444

b. Nilai r hasil dapat dilihat pada kolom *Corrected item-total correlation*

Bila r hasil > r tabel maka pertanyaan tersebut valid

Kesimpulan:

Dari 48 pertanyaan, ada 32 pertanyaan yang memiliki nilai r hasil (*Corrected item-Total Correlation*) berada di atas dari nilai r tabel ( $r = 0,444$ ), sehingga dapat disimpulkan 32 pertanyaan tersebut valid. Pertanyaan tersebut yaitu, Supervisi1, Supervisi2, Supervisi4, Supervisi5, Supervisi6, Supervisi8, Supervisi10, Supervisi11, Supervisi12, Supervisi13, Supervisi15, Supervisi17, Supervisi18, Supervisi21, Supervisi22, Supervisi24, Supervisi25, Supervisi26, Supervisi29, Supervisi30, Supervisi33, Supervisi34, Supervisi37, Supervisi38, Supervisi39, Supervisi40, Supervisi42, Supervisi43, Supervisi45, Supervisi46, Supervisi47, dan

Supervisi<sup>48</sup>. Sedangkan dari hasil uji di atas ternyata, nilai  $r$  Alpha (0,940) lebih besar dibandingkan dengan nilai  $r$  tabel (0,444), maka dapat dinyatakan dari 32 pertanyaan yang sudah dinyatakan valid, juga dinyatakan reliabilitas.

b. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner penerapan keselamatan pasien

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.923	36

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
Keselamatan Pasien1	2.10	1.071	20
Keselamatan Pasien2	1.95	1.146	20
Keselamatan Pasien3	2.15	.813	20
Keselamatan Pasien4	2.30	.923	20
Keselamatan Pasien5	1.95	1.146	20
Keselamatan Pasien6	1.60	.940	20
Keselamatan Pasien7	1.80	1.056	20
Keselamatan Pasien8	1.55	1.146	20
Keselamatan Pasien9	2.10	1.021	20
Keselamatan Pasien10	1.80	1.056	20
Keselamatan Pasien11	2.25	1.020	20
Keselamatan Pasien12	1.90	1.021	20
Keselamatan Pasien13	1.90	1.071	20
Keselamatan Pasien14	1.95	1.146	20
Keselamatan Pasien15	2.25	1.070	20
Keselamatan Pasien16	2.25	1.164	20
Keselamatan Pasien17	2.30	.923	20
Keselamatan Pasien18	2.10	1.071	20
Keselamatan Pasien19	1.70	1.031	20
Keselamatan Pasien20	2.10	1.071	20
Keselamatan Pasien21	2.10	1.165	20
Keselamatan Pasien22	1.90	1.119	20
Keselamatan Pasien23	2.10	1.021	20
Keselamatan Pasien24	1.80	1.056	20
Keselamatan Pasien25	2.25	1.020	20
Keselamatan Pasien26	1.85	1.137	20
Keselamatan Pasien27	1.95	.999	20
Keselamatan Pasien28	2.25	.967	20
Keselamatan Pasien29	1.95	1.050	20

Keselamatan Pasien30	1.95	1.146	20
Keselamatan Pasien31	2.10	1.071	20
Keselamatan Pasien32	1.80	1.056	20
Keselamatan Pasien33	1.95	1.146	20
Keselamatan Pasien34	1.90	1.021	20
Keselamatan Pasien35	2.05	1.099	20
Keselamatan Pasien36	2.10	1.071	20

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Keselamatan Pasien1	69.90	372.726	.492	.921
Keselamatan Pasien2	70.05	370.892	.499	.921
Keselamatan Pasien3	69.85	379.713	.437	.922
Keselamatan Pasien4	69.70	368.116	.712	.919
Keselamatan Pasien5	70.05	372.155	.469	.921
Keselamatan Pasien6	70.40	412.779	-.509	.931
Keselamatan Pasien7	70.20	391.011	.050	.926
Keselamatan Pasien8	70.45	387.524	.119	.925
Keselamatan Pasien9	69.90	365.253	.715	.918
Keselamatan Pasien10	70.20	367.958	.620	.919
Keselamatan Pasien11	69.75	366.197	.691	.919
Keselamatan Pasien12	70.10	364.411	.738	.918
Keselamatan Pasien13	70.10	378.095	.359	.922
Keselamatan Pasien14	70.05	372.997	.450	.921
Keselamatan Pasien15	69.75	373.776	.466	.921
Keselamatan Pasien16	69.75	374.724	.402	.922
Keselamatan Pasien17	69.70	375.695	.493	.921
Keselamatan Pasien18	69.90	369.463	.573	.920
Keselamatan Pasien19	70.30	393.063	.002	.926
Keselamatan Pasien20	69.90	364.411	.701	.918
Keselamatan Pasien21	69.90	366.621	.588	.920
Keselamatan Pasien22	70.10	366.305	.622	.919
Keselamatan Pasien23	69.90	369.463	.604	.920
Keselamatan Pasien24	70.20	367.116	.642	.919
Keselamatan Pasien25	69.75	373.145	.508	.921
Keselamatan Pasien26	70.15	366.555	.606	.919
Keselamatan Pasien27	70.05	370.682	.586	.920
Keselamatan Pasien28	69.75	370.724	.606	.920
Keselamatan Pasien29	70.05	376.892	.398	.922
Keselamatan Pasien30	70.05	388.892	.089	.926
Keselamatan Pasien31	69.90	364.411	.701	.918
Keselamatan Pasien32	70.20	373.011	.492	.921
Keselamatan Pasien33	70.05	360.155	.753	.918
Keselamatan Pasien34	70.10	363.147	.772	.918
Keselamatan Pasien35	69.95	377.418	.365	.922
Keselamatan Pasien36	69.90	368.095	.607	.920

Interpretasi:

a. Nilai r tabel

$$df = n-2 = 20 - 2 = 18$$

pada tingkat kemaknaan 5%, didapatkan r tabel = 0,444

b. Nilai r hasil dapat dilihat pada kolom *Corrected item-total correlation*

Bila r hasil > r tabel maka pertanyaan tersebut valid

Kesimpulan:

Dari 36 pertanyaan, ada 26 pertanyaan yang memiliki nilai r hasil (*Corrected item-Total Correlation*) berada di atas dari nilai r tabel ( $r=0,444$ ), sehingga dapat disimpulkan 26 pertanyaan tersebut valid. Pertanyaan tersebut yaitu, Keselamatan Pasien1, Keselamatan Pasien2, Keselamatan Pasien4, Keselamatan Pasien5, Keselamatan Pasien9, Keselamatan Pasien10, Keselamatan Pasien11, Keselamatan Pasien12, Keselamatan Pasien14, Keselamatan Pasien15, Keselamatan Pasien17, Keselamatan Pasien18, Keselamatan Pasien20, Keselamatan Pasien21, Keselamatan Pasien22, Keselamatan Pasien23, Keselamatan Pasien24, Keselamatan Pasien25, Keselamatan Pasien26, Keselamatan Pasien27, Keselamatan Pasien28, Keselamatan Pasien31, Keselamatan Pasien32, Keselamatan Pasien33, Keselamatan Pasien34, dan Keselamatan Pasien36. Sedangkan dari hasil uji di atas ternyata, nilai r Alpha (0,923) lebih besar dibandingkan dengan nilai r tabel (0,444), maka dapat dinyatakan dari 26 pertanyaan yang sudah dinyatakan valid, juga dinyatakan reliabilitas.



**Lampiran H: Hasil Analisis Univariat dan Analisis Bivariat**

**A. Karakteristik Responden**

a. Usia Responden

**Statistics**

Umur Responden

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		27.72
Std. Error of Mean		.782
Median		26.50
Mode		25
Std. Deviation		4.423
Skewness		2.157
Std. Error of Skewness		.414
Minimum		23
Maximum		45

**Umur Responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 23	3	9.4	9.4	9.4
24	1	3.1	3.1	12.5
25	10	31.2	31.2	43.8
26	2	6.2	6.2	50.0
27	2	6.2	6.2	56.2
28	2	6.2	6.2	62.5
29	6	18.8	18.8	81.2
30	1	3.1	3.1	84.4
31	1	3.1	3.1	87.5
33	1	3.1	3.1	90.6
34	1	3.1	3.1	93.8
35	1	3.1	3.1	96.9
45	1	3.1	3.1	100.0
Total	32	100.0	100.0	

b. Jenis Kelamin

**Statistics**

Jenis Kelamin

N	Valid	32
	Missing	0

**Jenis Kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-Laki	18	56.2	56.2	56.2
Perempuan	14	43.8	43.8	100.0
Total	32	100.0	100.0	

c. Status Pernikahan

**Statistics**

Status Pernikahan

N	Valid	32
	Missing	0

**Status Pernikahan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum Menikah	12	37.5	37.5	37.5
Menikah	20	62.5	62.5	100.0
Total	32	100.0	100.0	

d. Tingkat Pendidikan

**Statistics**

Tingkat Pendidikan

N	Valid	32
	Missing	0

**Tingkat Pendidikan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid D3 Kep	22	68.8	68.8	68.8
S1 Ners	10	31.2	31.2	100.0
Total	32	100.0	100.0	

e. Lama Bekerja

**Statistics**

Lama Bekerja

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		48.06
Std. Error of Mean		8.222
Median		33.00
Mode		12
Std. Deviation		46.508
Skewness		1.096
Std. Error of Skewness		.414
Minimum		1
Maximum		180

**Lama Bekerja**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	3.1	3.1	3.1
	3	1	3.1	3.1	6.2
	6	4	12.5	12.5	18.8
	10	2	6.2	6.2	25.0
	12	5	15.6	15.6	40.6
	24	2	6.2	6.2	46.9
	30	1	3.1	3.1	50.0
	36	1	3.1	3.1	53.1
	48	2	6.2	6.2	59.4
	54	2	6.2	6.2	65.6
	56	1	3.1	3.1	68.8
	60	2	6.2	6.2	75.0
	72	1	3.1	3.1	78.1
	108	3	9.4	9.4	87.5
	120	3	9.4	9.4	96.9
	180	1	3.1	3.1	100.0
Total		32	100.0	100.0	

## f. Frekuensi Pelatihan Keselamatan Pasien

**Statistics**

## Frekuensi Pelatihan

N	Valid	32
	Missing	0

**Frekuensi Pelatihan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak pernah	21	65.6	65.6	65.6
	1 kali	11	34.4	34.4	100.0
Total		32	100.0	100.0	

## g. Pelaksanaan Supervisi Kepala Ruang

**Statistics**

## Tingkat Supervisi Kepala Ruang

N	Valid	32
	Missing	0

**Tingkat Supervisi Kepala Ruang**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	17	53.1	53.1	53.1
	Baik	15	46.9	46.9	100.0
Total		32	100.0	100.0	

## Hasil Penghitungan Pengkategorian Indikator Supervisi Kepala Ruang

## 1) Memberikan bimbingan

Indikator memberikan bimbingan dikategorikan menjadi tiga yaitu kurang, cukup dan baik. Pengkategorisasian menurut Mustafa (2009), dapat dilakukan dengan pendekatan Sturges. Penilaian indikator memberikan bimbingan mempunyai nilai minimal 0 dan nilai maksimal 27 dengan rentang jarak 27, sehingga cara pengkategorisasiannya menggunakan total skor adalah sebagai berikut.

$$\text{Interval setiap kategori} = \frac{\text{rentang jarak}}{\text{banyak kategori}}$$

$$\text{Interval setiap kategori} = \frac{27}{3}$$

$$\text{Interval setiap kategori} = 9$$

Kategori	Skor
Kurang	0-9
Cukup	>9 - 18
Baik	>18 - 27

## 2) Memberikan pengarahan

Indikator memberikan pengarahan dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang berdasarkan pendekatan Sturges. Indikator memberi pengarahan mempunyai nilai minimal 0 dan nilai maksimal 21 dan didapatkan rentang jarak 21 sehingga interval setiap kategorinya 7.

Kategori	Skor
Kurang	0-7
Cukup	>7 - 14
Baik	>14 - 21

### 3) Memotivasi

Indikator memotivasi pada variabel supervisi kepala ruang dengan dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang berdasarkan pendekatan Sturges. Indikator memotivasi mempunyai nilai minimal 0 dan nilai maksimal 18 dan didapatkan rentang jarak 18 sehingga interval setiap kategorinya 6.

Kategori	Skor
Kurang	0-6
Cukup	>6 - 12
Baik	>12 - 18

### 4) Melakukan evaluasi kinerja

Indikator melakukan evaluasi kinerja dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang berdasarkan pendekatan Sturges. Indikator melakukan evaluasi kinerja mempunyai nilai minimal 0 dan nilai maksimal 30 dan didapatkan rentang jarak 30 sehingga interval setiap kategorinya 10.

Kategori	Skor
Kurang	0-10
Cukup	>10 - 20
Baik	>20 - 30

## h. Penerapan Keselamatan Pasien

## Statistics

Tingkat Keselamatan Pasien

N	Valid	32
	Missing	0

## Tingkat Keselamatan Pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	14	43.8	43.8	43.8
	Baik	18	56.2	56.2	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

### Hasil Penghitungan Pengkategorian Indikator Penerapan Keselamatan Pasien

## 1) Ketepatan identifikasi pasien

Indikator pertama yaitu ketepatan identifikasi pasien dikategorikan menjadi tiga yaitu kurang, cukup dan baik. Pengkategorisasian menurut Mustafa (2009), dapat dilakukan dengan pendekatan Sturges. Penilaian indikator pertama ini mempunyai nilai minimal 0 dan nilai maksimal 12 dengan rentang jarak 4, sehingga cara pengkategorisasiannya menggunakan total skor adalah sebagai berikut.

$$\text{Interval setiap kategori} = \frac{\text{rentang jarak}}{\text{banyak kategori}}$$

$$\text{Interval setiap kategori} = \frac{12}{3}$$

$$\text{Interval setiap kategori} = 4$$

Kategori	Skor
Kurang	0-4
Cukup	>4 - 8
Baik	>8 - 12

## 2) Peningkatan komunikasi yang efektif

Indikator kedua variabel penerapan keselamatan pasien yaitu peningkatan komunikasi yang efektif dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang berdasarkan pendekatan Sturges. Indikator kedua ini mempunyai nilai minimal 0 dan nilai maksimal 12 dan didapatkan rentang jarak 12 sehingga interval setiap kategorinya 4.

Kategori	Skor
Kurang	0-4
Cukup	>4 - 8
Baik	>8 - 12

## 3) Peningkatan keamanan obat

Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai merupakan indikator ketiga pada variabel penerapan keselamatan pasien yang dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang berdasarkan pendekatan Sturges. Indikator ketiga ini mempunyai nilai minimal 0 dan nilai maksimal 12 dan didapatkan rentang jarak 12 sehingga interval setiap kategorinya 4.

Kategori	Skor
Kurang	0-4
Cukup	>4 - 8
Baik	>8 - 12

## 4) Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien

Indikator kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang berdasarkan pendekatan Sturges. Indikator ini mempunyai nilai minimal 0 dan nilai maksimal 15 dan didapatkan rentang jarak 15 sehingga interval setiap kategorinya 5.

Kategori	Skor
Kurang	0-5
Cukup	>5 - 10
Baik	>10 - 15

## 5) Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Indikator selanjutnya pada variabel penerapan keselamatan pasien yaitu pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang berdasarkan pendekatan Sturges. Indikator kelima ini mempunyai nilai minimal 0 dan nilai maksimal 12 dan didapatkan rentang jarak 12 sehingga interval setiap kategorinya 4.

Kategori	Skor
Kurang	0-4
Cukup	>4 - 8
Baik	>8 - 12

## 6) Indikator pengurangan resiko pasien jatuh dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang berdasarkan pendekatan



Sturges. Indikator ini mempunyai nilai minimal 0 dan nilai maksimal 15 dan didapatkan rentang jarak 15 sehingga interval setiap kategorinya 5.

Kategori	Skor
Kurang	0-5
Cukup	>5 - 10
Baik	>10 - 15

## B. Hubungan Pelaksanaan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TINGKAT SUPERVISI KARU * TINGKAT PENERAPAN KP	32	100.0%	0	.0%	32	100.0%

TINGKAT SUPERVISI KARU \* TINGKAT PENERAPAN KP Crosstabulation

			TINGKAT PENERAPAN KP		Total
			BAIK	CUKUP	
TINGKAT SUPERVISI KARU	BAIK	Count	14	1	15
		Expected Count	8.9	6.1	15.0
	CUKUP	Count	5	12	17
		Expected Count	10.1	6.9	17.0
Total	Count	19	13	32	
	Expected Count	19.0	13.0	32.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13.499 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	10.979	1	.001		
Likelihood Ratio	15.285	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	13.077	1	.000		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,09.

b. Computed only for a 2x2 table

## Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TINGKAT SUPERVISI KARU (BAIK / CUKUP)	33.600	3.432	328.919
For cohort TINGKAT PENERAPAN KP = BAIK	3.173	1.501	6.710
For cohort TINGKAT PENERAPAN KP = CUKUP	.094	.014	.643
N of Valid Cases	32		



**Lampiran I. Dokumentasi Penelitian**

Gambar 1. Kegiatan pengisian kuesioner di Rumah Sakit Paru Jember tanggal 3 Juli 2015 oleh perawat pelaksana dengan dipandu oleh Eka Desi Pratiwi, Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember



Gambar 2. Kegiatan menjelaskan cara pengisian lembar kuesioner di Rumah Sakit Paru Jember tanggal 4 Juli 2015 oleh perawat pelaksana dengan dipandu oleh Eka Desi Pratiwi, Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

**Lampiran J: Matriks Waktu Penyusunan Skripsi**

No	Kegiatan	Bulan								
		Des'14	Jan '15	Feb '15	Mart '15	Apr '15	Mei '15	Jun '15	Jul '15	Agt'15
1.	Pengajuan dan konfirmasi pada pembimbing									
2.	Penelusuran literature dan identifikasi masalah									
3.	Konfirmasi judul									
4.	Proses penyusunan proposal									
5.	Seminar proposal									
6.	Revisi dan persetujuan proposal oleh pembimbing									
7.	Uji Validitas dan Reabilitas									
8.	Pengajuan ijin penelitian dan pelaksanaan penelitian									
9.	Penulisan laporan penelitian									
10.	Pendaftaran ujian skripsi									
11.	Ujian akhir program Skripsi									
12.	Pengumpulan laporan akhir									
13.	Publikasi ilmiah									

**Lampiran K: Surat Rekomendasi Penelitian**

## 1. Ijin Studi Pendahuluan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 398 /UN25.1.14/SP/2015 Jember, 13 Februari 2015  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

Yth. Direktur Rumah Sakit Paru  
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Eka Desi Pratiwi  
N I M : 112310101053  
keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan  
judul penelitian : Hubungan Supervisi Kepala Ruangan terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana  
lokasi : Rumah Sakit Paru Jember  
waktu : satu bulan

mohon bantuan Saudara untuk memberi ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan studi pendahuluan sesuai dengan judul di atas.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.  
NIP. 19780323 200501 2 002



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

K e p a d a  
 Yth. Sdr. Direktur RS. Paru Kab. Jember  
 di -  
 J E M B E R

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/220/314/2015

Tentang

**STUDI PENDAHULUAN**

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah  
 2. Peraturan Bupati Jember No. 62 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kab. Jember
- Memperhatikan : Surat Ketua PSIK Universitas Jember tanggal 13 Pebruari 2015 Nomor : 398/UN25.1.14/SP/2015 perihal Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan.

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama / NIM. : Eka Desi Pratiwi 112310101053  
 Instansi : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
 Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan tentang :  
 "Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana".  
 Lokasi : RS. Paru Kabupaten Jember  
 Tanggal : 17-02-2015 s/d 17-03-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 17-02-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER  
 Kabid Kajian Strategis dan Politis

Drs. SLAMET WIJOKO, M.Si.  
 Pembina  
 196312121986061004

Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember  
 2. Ybs.



PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR  
DINAS KESEHATAN  
UNIT RUMAH SAKIT PARU JEMBER

Jl. Nusa Indah No. 28 Telp / Fax. 0331- 421078, 487255 Jember



Jember, 20 Februari 2015

Nomor : 074/ 384 /101.17/2015  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

Kepada Yth.

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

di

Jember

Sehubungan dengan surat Saudara nomor 398/UN25.1.14/SP/2015, atas nama: Eka Desi Pratiwi, NIM. 112310101053, perihal sebagaimana tersebut di atas, dengan ini kami sampaikan bahwa kami **MENYETUJUI/TIDAK KEBERATAN** untuk dilaksanakan Studi Pendahuluan oleh yang bersangkutan di RS. Paru Jember tentang: "Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana", dengan ketentuan bahwa:

1. Pelaksanaan penelitian dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di RS. Paru Jember.
2. Memenuhi administrasi pelaksanaan penelitian mahasiswa di RS Paru Jember sebesar Rp. 125.000,00 per mahasiswa per penelitian.

Demikian untuk menjadi periksa, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Koordinator UPF Promosi Kesehatan  
Rumah Sakit Paru Jember,



dr Sigit Kusuma Jati, MM  
NIP 19670314-200604 1 008



PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR  
DINAS KESEHATAN  
UNIT RUMAH SAKIT PARU JEMBER

Jl. Nusa Indah No. 28 Telp / Fax. 0331- 421078, 487255 Jember



**SURAT PERNYATAAN**

Nomor : 044/ND/LIT/III/2015

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Andi Rachmad Hidayatullah, S.KM  
Jabatan : Koordinator Instalasi Penelitian Pengembangan (Litbang) dan  
Diklat  
NIP : -  
Alamat : Jl. Nusa Indah No.28 Telp / Fax. 0331- 421078, 487255  
Jember


Dengan ini menyatakan bahwa nama sebagai berikut:

NO	NAMA	NIM	FAKULTAS/ JURUSAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Eka Desi Pratiwi	112310101053	Prodi Ilmu Keperawatan UNEJ	Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana

telah melaksanakan studi pendahuluan penelitian di RS Paru Jember, pada 20 Maret 2015 s.d. 20 April 2015.

Demikian surat ini kami buat dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 31 Maret 2015  
Rumah Sakit Paru Jember  
Koordinator Instalasi Litbang dan Diklat,

  
Andi Rachmad Hidayatullah, S.KM  
NIP. -



## 2. Surat Ijin Uji Validitas

	<b>KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI</b> <b>UNIVERSITAS JEMBER</b> <b>PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN</b> Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember	
Nomor	: 1554/UN25.1.14/SP/2015	Jember, 26 Mei 2015
Lampiran	: -	
Perihal	: Permohonan Ijin Melaksanakan Uji Validitas dan Reliabilitas	
Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember		
Dengan hormat,		
Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :		
nama	: Eka Desi Pratiwi	
N I M	: 112310101053	
keperluan	: permohonan ijin melaksanakan uji validitas dan reliabilitas	
judul penelitian	: Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember	
lokasi	: RSD Kalisat Kabupaten Jember	
waktu	: satu bulan	
mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.		
Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.		
		
Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes. NIP. 19780323 200501 2 002		



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

K e p a d a

Yth. Sdr. Direktur RSD. Kalisat Kabupaten Jember  
di -

J E M B E R

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/1019/314/2015

Tentang

**UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS**

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember  
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Ketua Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 26 Mei 2015 Nomor : 1554/UN25.1.14/SP/2015 perihal Permohonan Ijin Uji Validitas & Reliabilitas.

**MEREKOMENDASIKAN**

Nama / NIM. : Eka Desi Pratiwi 112310101053  
Instansi : J Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
Keperluan : Melaksanakan Uji Validitas & Reliabilitas dengan judul :  
"Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember".  
Lokasi : RSD. Kalisat Kabupaten Jember  
Tanggal : 01-06-2015 s/d 01-07-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 01-06-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
KABUPATEN JEMBER  
Sekretaris

Drs. MOH. HASYIM, M.Si.  
Pembina Tingkat I  
195902131982111001

Tembusan :  
Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember  
2. Ybs.



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT**

Jln. MH. Thamrin No. 31 Telp. (0331) 591038 Fax (0331) 593997 Kalisat – Jember

Jember, 5 Juni 2015

Nomor : 800/1164/35.09.612/2015 Kepada  
 Sifat : Penting Yth. Sdr. Dekan Prodi Ilmu Keperawatan  
 Lampiran : - Universitas Jember  
 Perihal : Ijin Uji Validitas di  
Jember

Berdasarkan surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor : 072/1019/314/2015 tanggal 1 Juni 2015 tentang Surat Rekomendasi Uji Validitas dan Reabilitas, bersama ini kami sampaikan bahwa Rumah Sakit Daerah Kalisat tidak keberatan dan memberikan ijin mahasiswa :

Nama : EKA DESI PRATIWI  
 NIM : 112310101053  
 Program Studi : S1 Keperawatan

Untuk melaksanakan Uji Validitas di Ruang Rawat Inap RSD Kalisat dengan judul penelitian “Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember”.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terimakasih.



RITA AGUNG LUHMANINGTYAS, S.Sos. MM.  
 NIP. 19621015 198301 2 002

Tembusan : disampaikan kepada :

1. Kepala Ruang Rawat Inap Kelas I RSD Kalisat
2. Kepala Ruang Rawat Inap Kelas II RSD Kalisat
3. Kepala Ruang Rawat Inap Kelas III Interna RSD Kalisat
4. Kepala Ruang Rawat Inap Kelas III Bedah, Syaraf, Anak RSD Kalisat



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT**  
*Jln. MH. Thamrin No. 31 Telp. (0331) 591038 Fax (0331) 593997 Kalisat – Jember*  
*Email : rskalisat@yahoo.co.id*

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 800/11764/35.09.612/2015

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : drg. KUNIN NASIHAH., M.Kes.  
NIP : 19650502 199303 2 004  
Pangkat/ Golongan : Pembina, IV/ A  
Jabatan : Direktur


Menerangkan :

Nama : EKA DESI PRATIWI  
NIM : 112310101053  
Program Studi : S1 Keperawatan

Telah melaksanakan Uji Validitas di Ruang Rawat Inap RSD Kalisat dengan judul penelitian "Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember".

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 9 Juni 2015  
DIREKTUR

  
drg. KUNIN NASIHAH., M.Kes.  
NIP. 19650502 199303 2 004

## 3. Surat Ijin Melakukan Penelitian

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS JEMBER PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember	
Nomor	: 1625/UN25.1.14/LT/2015	Jember, 3 Juni 2015
Lampiran	: -	
Perihal	: Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian	
Yth. Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember		
Dengan hormat,		
Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :		
nama	: Eka Desi Pratiwi	
N I M	: 112310101053	
keperluan	: Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian	
judul penelitian	: Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember	
lokasi	: Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember	
waktu	: satu bulan	
mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.		
Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.		
		
Ns. Wantiyah, M.Kep Sekretaris I, NIP. 19810712 200604 2 001		



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI RI  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**LEMBAGA PENELITIAN**

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818  
e-Mail : penelitian.lmlit@unej.ac.id

Nomor : 939 /UN25.3.1/LT/2015 11 Juni 2015  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Direktur  
Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember  
di -

JEMBER

Memperhatikan surat pengantar dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor : 1625/UN25.1.14/LT/2015 tanggal 03 Juni 2015, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Eka Desi Pratiwi/112310101053  
Fakultas / Jurusan : PSIK/Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
Alamat / HP : Jl. Rajawali No. 17 Jember/Telp. (0331) 410932  
Judul Penelitian : Hubungan Supervisi Kepala Ruang Dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember  
Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember  
Lama Penelitian : Satu bulan (11 Juni 2015 – 11 Juli 2015)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.

a.n Ketua  
Sekretaris,

Dr. Zainuri, M.Si  
NIP196403251989021001

**Tembusan Kepada Yth. :**

1. Dekan PSIK  
Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS/173



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

K e p a d a  
 Yth. Sdr. Direktur Rumah Sakit Paru Jember  
 di -  
 J E M B E R

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/1104/314/2015

Tentang

**PENELITIAN**

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember  
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember tanggal 11 Juni 2015 Nomor : 939/UN25.3.1/LT/2015 perihal Permohonan Ijin Penelitian.

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama / NIM. : Eka Desi Pratiwi 132310101053  
 Instansi : Jurusan Ilmu Keperawatan / PSIK / Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian dengan judul :  
 "Hubungan Supervisi Kepala Ruang Dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember".  
 Lokasi : Rumah Sakit Paru Jember  
 Tanggal : 16-06-2015 s/d 16-07-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 16-06-2015

Kepala BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER

Sekretaris

Drs. MOH. HASYIM, M.Si.  
 Pembina Tingkat I  
 195902131982111001

- Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember  
 2. Ybs.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 1889/UN25.1.14/LT/2015

Jember, 22 Juni 2015

Lampiran : -

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Direktur Rumah Sakit Paru  
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Eka Desi Pratiwi

N I M : 112310101053

keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

judul penelitian : Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember

lokasi : Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon bantuan Saudara untuk memberi ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan penelitian sesuai dengan judul di atas.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Ketua,



Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.  
NIP. 19780323 200501 2 002





PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR  
DINAS KESEHATAN  
UNIT RUMAH SAKIT PARU JEMBER

Jl. Nusa Indah No. 28 Telp / Fax. 0331- 421078, 487255 Jember



Jember, 25 Juni 2015

Nomor : 074/1525/101.17/2015  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
di  
Jember

Sehubungan dengan surat Saudara nomor: 1829/UN25.1,14/LT/2015, Tgl. 22 Juni 2015, atas nama: Eka Desi Pratiwi NIM. 112310101053, perihal sebagaimana tersebut diatas, dengan ini kami sampaikan bahwa kami **MENYETUJUI/TIDAK KEBERATAN** untuk dilaksanakan Penelitian dengan judul, "Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember" dengan ketentuan bahwa :

Pelaksanaan Praktek dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di RS. Paru Jember.

1. Pelaksanaan penelitian dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di RS. Paru Jember.
2. Memenuhi administrasi pelaksanaan penelitian mahasiswa di RS Paru Jember sebesar Rp 125.000,- per mahasiswa per penelitian.

Demikian untuk menjadi periksa, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Kepala Rumah Sakit Paru Jember,



dr. IGN Arya Sidemen, SE. M.PH.  
NIP.19630916 198903 1 008



PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR  
DINAS KESEHATAN  
UNIT RUMAH SAKIT PARU JEMBER  
Jl. Nusa Indah No. 28 Telp / Fax. 0331- 421078, 487255 Jember



**SURAT PERNYATAAN**  
Nomor : 0119/ND/LIT/VII/2015

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Andi Rachmad Hidayatullah, S.KM  
Jabatan : Koordinator Instalasi Penelitian Pengembangan (Litbang) dan Diklat  
NIP : -  
Alamat : Jl. Nusa Indah No.28 Telp / Fax. 0331- 421078, 487255 Jember


Dengan ini menyatakan bahwa nama sebagai berikut:

NO	NAMA	NiM	FAKULTAS/ JURUSAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Eka Desi Pratiwi	112310101053	PSIK UNEJ	Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RS Paru Jember

telah melaksanakan penelitian di RS Paru Jember, pada 3 Juli 2015 s.d 9 Juli 2015.

Demikian surat ini kami buat dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 9 Juli 2015  
Rumah Sakit Paru Jember  
Koordinator Instalasi Litbang dan Diklat,

  
Andi Rachmad Hidayatullah, S.KM  
NIP. -

RUMAH SAKIT PARU JEMBER Register No: 3509043  
Operasional sejak 22 Nopember 1956 (RSTP Jember)  
Akreditasi sejak 29 Oktober 2011, SK No: HK.01.10/PH/114711  
ISO 9001:2000 sejak 10 Oktober 2011, Certificate ID:06/1157

