

**PENGARUH SUPERVISI KEPALA RUANG TERHADAP TINGKAT
KEPATUHAN PERAWAT IGD MENGIDENTIFIKASI PASIEN
DENGAN BENAR SEBELUM MELAKUKAN TINDAKAN DI
INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD KABUPATEN TEMANGGUNG**

SKRIPSI



SUSILO RAHADIYANTO

23.0603.0090

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
JULI 2024**

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem yang memastikan asuhan pada pasien jauh lebih aman. Sistem tersebut meliputi pengkajian risiko, identifikasi insiden, pengelolaan insiden, pelaporan atau analisis insiden, serta implementasi dan tindak lanjut suatu insiden untuk meminimalkan terjadinya risiko (Kemenkes, 2015). Keselamatan pasien merupakan indikator yang paling utama dalam sistem pelayanan kesehatan, yang diharapkan dapat menjadi acuan dalam menghasilkan pelayanan kesehatan yang optimal dan mengurangi insiden bagi pasien (Canadian Patient Safety Institute, 2017).

Insiden Keselamatan Pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Insiden Keselamatan Pasien di fasilitas Kesehatan meliputi kondisi potensial cedera (KPC), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC), kejadian tidak diharapkan (KTD), dan kejadian sentinel (Permenkes, 2017). Menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2019 setiap tahunnya terjadi 134 juta kasus yang terjadi karena perawatan yang tidak aman di rumah sakit ini menyebabkan 2,6 juta kematian setiap tahun atau sekitar 1,94% orang meninggal diakibatkan oleh kelalaian tenaga kesehatan di dunia sedangkan berdasarkan hasil laporan Daud dalam penelitian Habibah & Dhamanti (2021) insiden keselamatan pasien yang terjadi di Indonesia mencapai 7.465 kasus. Dengan rincian sebagai berikut : 171 kematian, 80 pasien cedera berat, 372 cedera sedang, 1.183 cedera ringan, dan 5.659 tidak ada cedera. Menurut Simamora (2019) menemukan bahwa prevalensi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi dari bulan September 2015 sampai dengan Maret 2016 ditemukan sebanyak 12,1% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), 42,3% Kejadian Nyaris Cedera (KNC), 41,4% Kejadian Potensial Cedera (KPC).

Menurut laporan tim SKP Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung (2022), angka kejadian Insiden Keselamatan Pasien 333 kasus terdiri dari 272 kasus KNC, 25 kasus KTD, 30 kasus KNC dan 6 kasus KPC.

Menurut Permenkes no 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien menyatakan bahwa pimpinan fasilitas Kesehatan wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien sebagai Upaya untuk menangani insiden yang terjadi di fasilitas Kesehatan. Untuk meningkatkan mutu keselamatan pasien, Rumah Sakit memberlakukan enam sasaran keselamatan pasien yang meliputi: 1) Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2) Meningkatkan komunikasi efektif; 3) Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai; 4) Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar; 5) Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; 6) Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh. Hal ini juga sejalan dengan Undang-undang Kesehatan (2023) Tentang Kesehatan yang menyebutkan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan secara internal dan eksternal secara terus-menerus dan berkesinambungan.

Identifikasi pasien merupakan salah satu dari 6 indikator *International Patient Safety Goals* (sasaran internasional keselamatan pasien) dan 6 sasaran keselamatan pasien (Permenkes, 2017). Identifikasi Pasien merupakan suatu sistem identifikasi kepada pasien untuk membedakan antara pasien satu dengan yang lain sehingga memudahkan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Pasien harus dilakukan identifikasi secara pasti pada saat pemberian obat, pemberian darah atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis atau mendapatkan tindakan/ prosedur medis lainnya (Permenkes, 2017). Identifikasi Pasien yang tepat dan sesuai bertujuan agar terhindar dari kesalahan yang mungkin dapat berakibat fatal bagi keselamatan pasien. Ketepatan identifikasi pasien menjadi sangat penting di setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama di rumah sakit. Identifikasi Pasien di Rumah Sakit meliputi tiga identitas yaitu: nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medis, nomor induk kewarganegaraan. Pada

pelaksanaan identifikasi pasien minimal dilakukan dengan melakukan identifikasi dua identitas pasien dan tidak boleh dilakukan dengan menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien. Pelaksanaan identifikasi pasien dilakukan secara visual (melihat) dan verbal (bertanya) (Kepmenkes, 2022).

Berdasarkan laporan Tim SKP (2022) RSUD Kabupaten Temanggung dari 333 kasus IKP di Rumah Sakit Kabupaten Temanggung yang dilaporkan ada 73 kasus atau sekitar 22 % terkait dengan identifikasi pasien. Angka tersebut masih terbilang tinggi dalam menyumbang banyaknya kasus pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah sakit. Menurut Simamora (2019) menemukan bahwa prevalensi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi dari bulan September 2015 sampai dengan Maret 2016 ditemukan sebanyak 12,1% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), 42,3% Kejadian Nyaris Cidera (KNC), 41,4% Kejadian Potensial Cidera (KPC). Dari data tersebut Kejadian Nyaris Cedera (KNC) merupakan kejadian yang paling sering terjadi, 42,3% Kejadian Nyaris Cidera (KNC) yang terjadi disebabkan oleh adanya kesalahan identifikasi pasien sebanyak 63,5% (Simamora, 2019). Data insiden keselamatan pasien tahun 2012 melaporkan analisis penyebab terjadinya insiden 46% berkaitan dengan salah identifikasi, 36% dikarenakan komunikasi yang tidak efektif sehingga terjadi medication error, 18% dikarenakan prosedur tidak dijalankan (Simamora, 2019). Menurut Budi et al., (2020) bahwa 35% kejadian keselamatan pasien diakibatkan oleh kesalahan mengidentifikasi pasien. Artinya, pelaksanaan identifikasi pasien belum dilaksanakan maksimal oleh perawat.

Berdasarkan hasil observasi awal yang peneliti lakukan pada bulan februari 2024 di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung, peneliti temukan hanya ada 1 perawat dari 5 perawat yang peneliti amati yang patuh mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan Tindakan. Keamanan pasien di rumah sakit dimulai dari ketepatan identifikasi pasien. Kesalahan identifikasi diawal pelayanan akan berdampak pada kesalahan pelayanan tahap berikutnya (Siti Fatimah et al., 2018). Menurut Benyamin dampak dari kejadian buruk dan

kesalahan karena kesalahan identifikasi dapat memiliki konsekuensi ekstrem dengan hasil mulai dari nyaris sampai peristiwa bencana. Kesalahan identifikasi pasien dapat menyebabkan pasien kesalahan diagnosis, dirawat secara tidak benar (termasuk prosedur bedah pada pasien yang salah), menerima obat yang salah dan pemberian label yang salah koleksi patologi (Febrianti, 2021).

Salsabila & Dhamanti (2023) mengatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit yaitu usia, sikap, pengetahuan, motivasi kerja, beban kerja, lama masa kerja, supervisi dan budaya organisasi. Sedangkan menurut Yohanes (2018) ada 5 faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien yaitu jumlah tanggungan, lama bekerja, tingkat pengetahuan, motivasi, dan supervisi. Menurut Vincent mengemukakan teori “*The Seven Levels of Safety*” bahwa penerapan praktik keselamatan pasien dipengaruhi oleh tujuh faktor yaitu faktor pasien, faktor tugas dan teknologi, faktor individu, faktor tim yaitu fungsi supervisi dari manajer, faktor lingkungan kerja, faktor organisasi dan faktor konteks institusional (Oktariani et al., 2020).

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh Supervisi kepala ruang terhadap Tingkat Kepatuhan Perawat IGD Mengidentifikasi Pasien dengan benar Sebelum Melakukan Tindakan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan dari data pelaporan IKP tahun 2022 di IGD RSUD Kabupaten Temanggung terdapat 13 kasus kesalahan identifikasi pasien dari 20 kasus yang dilaporkan baik terkait pemasangan gelang identitas maupun kesalahan lainnya. Data lain dari studi pendahuluan yang peneliti lakukan terhadap 5 perawat IGD hanya ada 2 perawat yang peneliti amati yang patuh mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan Tindakan. Fenomena yang peneliti amati di IGD RSUD Kabupaten Temanggung masih ada yang menggunakan kamar/ tirai dalam mengidentifikasi pasien. Hal ini tidak sesuai dengan SPO identifikasi pasien yang sudah diterapkan di RSUD Kabupaten Temanggung.

Sesuai dengan studi pendahuluan yang peneliti lakukan bahwa masih rendahnya kepatuhan perawat dalam mengidentifikasi pasien dengan benar sesuai dengan SPO yang sudah ada dan belum adanya proses supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang (belum adanya Regulasi SPO dan Panduan) untuk meningkatkan kepatuhan dalam pelaksanaan keselamatan pasien terutama mengidentifikasi pasien dengan benar. Berdasarkan latar belakang fenomena tersebut maka pertanyaan yang muncul dalam penelitian ini yaitu “Apakah ada pengaruh positif supervisi kepala ruang terhadap tingkat kepatuhan perawat IGD dalam melakukan identifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan tindakan di IGD RSUD Kabupaten Temanggung?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh supervisi kepala ruang terhadap Tingkat kepatuhan perawat IGD Mengidentifikasi Pasien dengan Benar sebelum melakukan Tindakan di IGD RSUD Kabupaten Temanggung.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. Mengetahui karakteristik perawat IGD RSUD Kabupaten Temanggung
- b. Mengetahui Tingkat kepatuhan perawat IGD mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan Tindakan di IGD RSUD Kabupaten Temanggung sebelum dilakukan supervisi Kepala Ruang
- c. Mengetahui Tingkat kepatuhan perawat IGD mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan Tindakan di IGD RSUD Kabupaten Temanggung sesudah dilakukan supervisi Kepala Ruang
- d. Mengetahui pengaruh supervisi Kepala Ruang terhadap Tingkat kepatuhan perawat IGD mengidentifikasi pasien sebelum melakukan Tindakan dengan benar di IGD RSUD Temanggung.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh selama melakukan penelitian tentang ketepatan identifikasi Pasien. Selain itu juga diharapkan dapat menambah wawasan peneliti tentang pengaruh supervisi terhadap tingkat kepatuhan perawat IGD mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan tindakan di rumah sakit

2. Bagi Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan referensi untuk penelitian selanjutnya terutama bagi program studi Ilmu Kesehatan mengenai pengaruh supervisi terhadap Tingkat kepatuhan perawat pada pelaksanaan keselamatan pasien: mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan Tindakan di Rumah Sakit.

3. Bagi RSUD Kabupaten Temanggung

Diharapkan dapat menjadi bahan informasi tambahan untuk memberikan pelayanan Kesehatan terutama dalam pelaksanaan identifikasi pasien sebelum melakukan Tindakan sehingga bisa meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan Kesehatan di RSUD Kabupaten Temanggung.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada perawat Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung dan bertujuan untuk mengetahui pengaruh supervisi terhadap Tingkat kepatuhan mengidentifikasi pasien dengan benar oleh perawat. Adapun *variable* terikat/ tergantung yaitu dalam hal ini Tingkat kepatuhan perawat IGD mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan Tindakan dan variabel bebas yaitu proses supervisi kepala ruang terhadap perawat. Sampel yang akan diteliti yaitu perawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung dengan menggunakan metode pengambilan sampel menggunakan *total sampling*.

F. Target Luaran

Target luaran penulisan Skripsi berupa publikasi artikel ilmiah pada *Student Journal* Fikes Unimma maupun jurnal internasional maupun nasional sesuai arahan pembimbing.

G. Keaslian Penelitian

Terdapat beberapa penelitian yang sejenis dengan penelitian ini, yaitu:

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti/ Tahun	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan
1.	Kustriya ni & Nur Aini (2019)	Hubungan supervisi kepala ruang dengan pelaksanaan identifikasi pasien secara benar di ruang rawat inap rumah sakit	Jenis penelitian ini adalah kuantitatif analitik. metode pendekatan dengan menggunakan desain <i>cross sectional</i> . Teknik pengambilan sampel menggunakan <i>consecutive sampling</i> dengan jumlah sampel 30 responden. Instrument penelitian menggunakan kuesioner dengan analisis uji <i>rank spearman</i>	Sebanyak 76,7% responden menyatakan bahwa supervisi yang dilakukan baik, sebanyak 86,7% responden melaksanakan identifikasi pasien dengan benar di ruang Cempaka dan Kenangan RSUD Soewondo Kendal. Hasil uji statistic <i>rank spearman</i> ada hubungan supervisi dengan pelaksanaan identifikasi pasien dengan benar ($p = 0,003$) yang berarti lebih kecil dari $\alpha =$ 0,05. Nilai <i>Rho</i> 0,572 yang menunjukkan	Teknik pengambilan sampel mengguna kan <i>total sampling</i> , jumlah sampel yang digunakan sebanyak 25 perawat dan tempat penelitian di IGD RSUD Temanggu ng. Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif <i>pre eksperime ntal</i> dengan pendekata

					tingkat keamatan hubungan sedang dan arah hubungan positif, disimpulkan semakin tinggi nilai supervisi maka akan semakin tinggi pula nilai pelaksanaan identifikasi pasien dengan benar. Sebaiknya supervisi selalu dilakukan untuk memonitor.	n one group pre-posttes desain.
2	Surahmat et al., (2019)	Hubungan supervisi dengan implementasi sasaran keselamatan pasien di Rumah sakit Muhammadiyah Palembang	Penelitian ini bersifat deskriptif analitik menggunakan metode kuantitatif dengan jumlah sampel 96 perawat di 10 ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah menggunakan kuisioner dan dilakukan analisis menggunakan komputerisasi	Sebanyak 54,2% responden mengatakan pelaksanaan supervisi kurang baik, sebanyak 84,4% responden mengatakan implementasi sasaran keselamatan pasien baik dan 15,6% responden mengatakan implementasi sasaran keselamatan pasien kurang baik. dari hasil analisis bivariat menunjukan bahwa supervisi berhubungan signifikan dengan implementasi standar keselamatan pasien di Rumah	Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling, jumlah sampel yang digunakan sebanyak 25 perawat dan tempat penelitian di IGD RSUD Temanggung. Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif pre eksperimental dengan pendekatan	

				sakit Muhammadiyah Palembang	n one group pre-posttes desain.
3	Nugroho & Sujianto (2017)	Supervisi kepala ruang model <i>proctor</i> untuk meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien	Jenis penelitian ini yaitu kuantitatif menggunakan rancangan penelitian <i>quasi</i> eksperimen dengan pendekatan <i>pre and posttest control group</i> . Pengambilan sampel menggunakan Teknik <i>proportional sampling</i> . Jumlah sampel 88 perawat pelaksana (44 intervensi dan 44 kontrol). Penelitian dilakukan di Rumah sakit Kabupaten Lamongan sebagai kelompok intervensi dan di Rumah sakit Gresik sebagai kelompok kontrol	Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pelaksanaan keselamatan pasien sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi ($p=0,000$, $p<0,05$). Sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang bermakna pelaksanaan keselamatan pasien sebelum dan sesudah perlakuan ($p=0,318$, $p>0,05$). Hasil analisis menyimpulkan bahwa ada pengaruh supervisi kepala ruang model <i>Proctor</i> terhadap pelaksanaan keselamatan pasien di instalasi rawat inap sebuah Rumah Sakit di Kabupaten Lamongan.	Penelitian menggunakan metode <i>pre</i> eksperimental <i>one group pre-posttest</i> desain. Tidak menggunakan kelompok kontrol. Model supervisi yang diaplikasikan model supervisi akademik.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Keselamatan Pasien

a. Definisi Keselamatan Pasien

Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes, 2017). Penyelenggaraan keselamatan pasien dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan standar keselamatan pasien, sasaran keselamatan pasien dan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Sistem pelayanan tersebut harus menjamin pelaksanaan:

- 1) Asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien.
- 2) Pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya; dan
- 3) Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera (Permenkes, 2017).

b. Standar Keselamatan Pasien

1) Hak Pasien

Pasien dan keluarga berhak untuk mendapatkan informasi tentang *diagnosis* dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan, dan perkiraan biaya pengobatan

2) Pendidikan bagi pasien dan keluarga

Kegiatan pendidikan bagi pasien dan keluarga tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan meliputi:

- a) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap, dan jujur
- b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga
- c) Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- d) Memahami konsekuensi pelayanan
- e) Mematuhi nasihat dokter dan menghormati tata tertib fasilitas pelayanan Kesehatan
- f) Memperlihatkan sikap saling menghormati dan tenggang rasa
- g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

3) Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

- a) Pelayanan secara menyeluruh dan terkoordinasi mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, pemindahan pasien, rujukan, dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan;
- b) Koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan ketersediaan sumber daya fasilitas pelayanan kesehatan
- c) Koordinasi pelayanan dalam meningkatkan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, asuhan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi, rujukan, dan tindak lanjut lainnya
- d) Komunikasi dan penyampaian informasi antar profesi kesehatan sehingga tercapai proses koordinasi yang efektif.

4) Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan Keselamatan pasien

- a) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan proses perancangan desain yang baik

- b) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, dan keuangan
- c) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan evaluasi semua insiden dan secara proaktif melakukan evaluasi 1(satu) proses kasus risiko tinggi setiap tahun
- d) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menggunakan semua data dan informasi hasil evaluasi dan analisis untuk menentukan perubahan system (redesain) atau membuat sistem baru yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin

5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien

- a) Peran pemimpin harus bisa mendorong dan menjamin implementasi Keselamatan Pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien
- b) Menjamin berlangsungnya kegiatan identifikasi risiko keselamatan pasien dan menekan atau mengurangi insiden secara proaktif
- c) Menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien
- d) Mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien
- e) Mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusi setiap unsur dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

6) Pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien

Kegiatan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien, dengan kriteria standar memiliki:

- a) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing
- b) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan pelatihan atau magang dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan Insiden
- c) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama tim (*teamwork*) guna mendukung pendekatan *interdisipliner* dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

- a) Tersedianya anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien
- b) Tersedianya mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

c. Insiden Keselamatan Pasien.

Insiden keselamatan pasien adalah peristiwa atau kejadian yang tidak disengaja atau kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Insiden keselamatan pasien terdiri dari:

- 1) Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden
- 2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah terjadinya suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien
- 3) Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah terjadinya insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- 4) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah suatu insiden yang mengakibatkan cedera.
- 5) Kejadian Sentinel adalah Suatu kejadian tidak diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian atau cedera permanen, atau cedera berat yang

temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien (Permenkes, 2017).

d. Sasaran Keselamatan Pasien

Maksud 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. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh. Enam sasaran keselamatan pasien diambil dari sumber Kepmenkes (2022) adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut:

1) Sasaran I: Mengidentifikasi pasien dengan benar

a) Standar SKP I

Rumah sakit menerapkan proses untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien.

b) Maksud dan tujuan Sasaran I

Kesalahan mengidentifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek pelayanan baik diagnosis, proses pengobatan serta tindakan. Misalnya saat keadaan pasien masih dibius, mengalami disorientasi atau belum sepenuhnya sadar; adanya kemungkinan pindah tempat tidur, pindah kamar, atau pindah lokasi di dalam rumah sakit; atau apabila pasien memiliki cacat indra atau rentan terhadap situasi berbeda.

Adapun tujuan dari identifikasi pasien secara benar ini adalah:

- (1) Mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan diberi layanan, tindakan atau pengobatan tertentu secara tepat.
- (2) Mencocokkan layanan atau perawatan yang akan diberikan dengan pasien yang akan menerima layanan.

Identifikasi pasien dilakukan setidaknya menggunakan minimal 2 (dua) identitas yaitu nama lengkap dan tanggal lahir/*bar code*, dan tidak termasuk nomor kamar atau lokasi pasien agar tepat pasien dan tepat pelayanan sesuai dengan regulasi rumah sakit. Pasien diidentifikasi menggunakan minimal dua jenis identitas pada saat:

- (1) Melakukan tindakan intervensi/terapi (misalnya pemberian obat, pemberian darah atau produk darah, melakukan terapi radiasi);
- (2) Melakukan tindakan (misalnya memasang jalur intravena atau *hemodialisis*);
- (3) Sebelum tindakan diagnostik apa pun (misalnya mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium penunjang, atau sebelum melakukan kateterisasi jantung ataupun tindakan radiologi diagnostik); dan
- (4) Menyajikan makanan pasien.

Rumah sakit memastikan pasien teridentifikasi dengan tepat pada situasi khusus, seperti pada pasien koma atau pada bayi baru lahir yang tidak segera diberi nama serta identifikasi pasien pada saat terjadi darurat bencana. Penggunaan dua identitas juga digunakan dalam pelabelan. misalnya, sampel darah dan sampel patologi, nampan makanan pasien, label ASI yang disimpan untuk bayi yang dirawat di rumah sakit.

c) Elemen Penilaian Sasaran I

- (1) Rumah sakit telah menetapkan regulasi terkait Sasaran keselamatan pasien meliputi poin 1- 6 pada gambaran umum.
- (2) Rumah sakit telah menerapkan proses identifikasi pasien menggunakan minimal 2 (dua) identitas, dapat memenuhi tujuan identifikasi pasien dan sesuai dengan ketentuan rumah sakit.
- (3) Pasien telah diidentifikasi menggunakan minimal dua jenis identitas meliputi poin 1- 4 dalam maksud dan tujuan.
- (4) Rumah sakit memastikan pasien teridentifikasi dengan tepat pada situasi khusus, dan penggunaan label seperti tercantum dalam maksud dan tujuan.

2) Sasaran II: Meningkatkan komunikasi yang efektif

a) Standar SKP II

Rumah sakit menerapkan proses untuk meningkatkan efektivitas komunikasi lisan dan/atau telepon di antara para profesional pemberi asuhan (PPA), proses pelaporan hasil kritis pada pemeriksaan *diagnostic* termasuk POCT dan proses komunikasi saat serah terima (*hand over*).

b) Maksud dan Tujuan SKP II

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh *resipien* / penerima pesan akan mengurangi potensi terjadinya kesalahan serta meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan, tertulis dan elektronik.

Komunikasi yang paling banyak memiliki potensi terjadinya kesalahan adalah pemberian instruksi secara lisan atau melalui telepon, pelaporan hasil kritis dan saat serah terima. Latar belakang suara, gangguan, nama obat yang mirip dan istilah yang tidak umum sering kali menjadi masalah.

Metode, formulir dan alat bantu ditetapkan sesuai dengan jenis komunikasi agar dapat dilakukan secara konsisten dan lengkap.

(1) Metode komunikasi saat menerima instruksi melalui telpon adalah: “menulis / menginput ke computer – membacakan – konfirmasi kembali” (*writedown, read back, confirmation*) kepada pemberi instruksi misalnya kepada konfirmasi harus dilakukan saat itu juga melalui telepon untuk menanyakan apakah “yang dibacakan” sudah sesuai dengan instruksi yang diberikan. Sedangkan metode komunikasi saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP dapat menggunakan metode misalnya *Situation – background – assessment – recommendation* (SBAR).

(2) Metode komunikasi saat melaporkan nilai kritis pemeriksaan diagnostik melalui telepon juga dapat dengan: “menulis/menginput ke komputer – membacakan – konfirmasi kembali” (*writedown, read back*). Hasil kritis

didefinisikan sebagai varian dari rentang normal yang menunjukkan adanya kondisi patofisiologis yang berisiko tinggi atau mengancam nyawa, yang dianggap gawat atau darurat, dan mungkin memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kejadian yang tidak Hasil kritis dapat dijumpai pada pemeriksaan pasien rawat jalan maupun rawat inap. Rumah sakit menentukan mekanisme pelaporan hasil kritis di rawat jalan dan rawat inap. Pemeriksaan diagnostik mencakup semua pemeriksaan seperti laboratorium, pencitraan/radiologi, diagnostik jantung juga pada hasil pemeriksaan yang dilakukan di tempat tidur pasien (*point-of-care testing* (POCT)). Pada pasien rawat inap pelaporan hasil kritis dapat dilaporkan melalui perawat yang akan meneruskan laporan kepada DPJP yang meminta pemeriksaan. Rentang waktu pelaporan hasil kritis ditentukan kurang dari 30 menit sejak hasil diverifikasi oleh PPA yang berwenang di unit pemeriksaan penunjang *diagnostik*.

(3) Metode komunikasi saat serah terima distandardisasi pada jenis serah terima yang sama misalnya serah terima antar ruangan di rawat. Untuk jenis serah terima yang berbeda maka dapat menggunakan metode, formulir dan alat yang berbeda. Misalnya serah terima dari IGD ke ruang rawat inap dapat berbeda dengan serah terima dari kamar operasi ke unit intensif.

c) Elemen Penilaian Sasaran II

(1) Rumah sakit telah menerapkan komunikasi saat menerima instruksi melalui telepon: menulis/menginput ke komputer – membacakan – konfirmasi kembali” (*writedown, read back confirmation* dan SBAR saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP serta di dokumentasikan dalam rekam medik.

(2) Rumah sakit telah menerapkan komunikasi saat pelaporan hasil kritis pemeriksaan penunjang diagnostic melalui telepon: menulis/menginput ke komputer – membacakan – konfirmasi kembali” (*writedown, read back, confirmation* dan di dokumentasikan dalam rekam medik.

(3) Rumah sakit telah menerapkan komunikasi saat serah terima sesuai dengan jenis serah terima meliputi poin 1) – 3) dalam maksud dan tujuan.

3) Sasaran III: Meningkatkan keamanan obat- obatan yang harus diwaspadai (*high-alert*)

a) Standar SKP III

Rumah sakit menerapkan proses untuk meningkatkan keamanan penggunaan obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi (*high alert medication*) termasuk obat *Look – Alike Sound Alike (LASA)*.

b) Maksud dan Tujuan

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat-obatan yang memiliki risiko menyebabkan cedera serius pada pasien jika digunakan dengan tidak tepat. Obat *high alert* mencakup:

- (1) Obat risiko tinggi, yaitu obat dengan zat aktif yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan bila terjadi kesalahan (*error*) dalam penggunaannya (contoh: insulin, heparin atau sitostatika).
- (2) Obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*) contoh: kalium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 1 mEq/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat injeksi dengan konsentrasi sama atau lebih dari 50%.

Rumah sakit harus menetapkan dan menerapkan strategi untuk mengurangi risiko dan cedera akibat kesalahan penggunaan obat *high alert*, antara lain: penataan, penyimpanan, pelabelan yang jelas, penerapan *double checking*, pembatasan akses, penerapan panduan penggunaan obat *high alert*. Rumah sakit perlu membuat daftar obat-obatan berisiko tinggi berdasarkan pola penggunaan obat-obatan yang berisiko dari data internalnya sendiri tentang laporan insiden keselamatan pasien. Daftar ini sebaiknya diperbarui setiap tahun. Daftar ini dapat diperbarui secara sementara jika ada penambahan atau perubahan pada layanan rumah sakit.

c) Elemen Penilaian Sasaran III

- (1) Rumah sakit menerapkan proses penyimpanan elektrolit konsentrat tertentu hanya di Instalasi farmasi, kecuali di unit pelayanan dengan pertimbangan klinis untuk mengurangi risiko dan cedera pada penggunaan elektrolit konsentrat.
- (2) Penyimpanan elektrolit konsentrat di luar Instalasi farmasi diperbolehkan hanya untuk situasi yang ditentukan sesuai dalam maksud dan tujuan
- (3) Rumah sakit menetapkan dan menerapkan protokol koreksi *hipokalemia*, *hyponatremia*, dan *hipofosfatemia*.

(4) Sasaran IV: Memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien yang benar pada pembedahan / Tindakan invasif

a) Standar SKP IV

Rumah sakit menetapkan proses untuk melaksanakan verifikasi pra operasi, penandaan lokasi operasi dan proses *time-out* yang dilaksanakan sesaat sebelum tindakan pembedahan/ *invasive* dimulai serta proses *sign-out* yang dilakukan setelah tindakan selesai.

b) Maksud dan tujuan

Salah sisi, salah prosedur, salah pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini terjadi akibat adanya komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurangnya keterlibatan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), serta tidak adanya prosedur untuk memverifikasi sisi operasi. Rumah sakit memerlukan upaya kolaboratif untuk mengembangkan proses dalam mengeliminasi masalah ini. Tindakan operasi dan invasif meliputi semua tindakan yang melibatkan insisi atau pungsi, termasuk, tetapi tidak terbatas pada, operasi terbuka, aspirasi perkutan, injeksi obat tertentu, biopsi, tindakan intervensi atau diagnostik *vaskuler* dan kardiak perkutan, laparoskopi, dan endoskopi. Rumah sakit perlu mengidentifikasi semua area di rumah sakit mana operasi dan tindakan invasif dilakukan Protokol umum (*universal protocol*) untuk pencegahan salah sisi, salah prosedur dan salah pasien pembedahan meliputi:

- (1) Proses verifikasi sebelum operasi.
- (2) Penandaan sisi operasi.
- (3) *Time-out* dilakukan sesaat sebelum memulai tindakan.

c) Elemen Penilaian Sasaran IV

- (1) Rumah sakit telah melaksanakan proses verifikasi pra operasi dengan daftar tilik untuk memastikan benar pasien, benar tindakan dan benar sisi.
- (2) Rumah sakit telah menetapkan dan menerapkan tanda yang seragam, mudah dikenali dan tidak bermakna ganda untuk mengidentifikasi sisi operasi atau tindakan invasif.
- (3) Rumah sakit telah menerapkan penandaan sisi operasi atau Tindakan invasif (*site marking*) dilakukan oleh dokter operator/dokter asisten yang melakukan operasi atau tindakan invasive dengan melibatkan pasien bila memungkinkan.
- (4) Rumah sakit telah menerapkan proses *Time-Out* menggunakan “*surgical check list*” (*Surgical Safety Checklist* dari WHO terkini pada tindakan operasi termasuk tindakan medis invasif).

4) Sasaran V: Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

a) Standar SKP V

Rumah sakit menerapkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan Kesehatan.

b) Maksud dan tujuan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan hal yang sangat membebani pasien serta profesional pemberi asuhan (PPA) pada pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Kegiatan utama

dari upaya eliminasi infeksi ini maupun infeksi lainnya adalah dengan melakukan tindakan cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional dapat diperoleh di situs web WHO. Rumah sakit harus memiliki proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara luas untuk implementasinya di rumah sakit.

c) Elemen Penilaian Sasaran V

- (1) Rumah sakit telah menerapkan kebersihan tangan (*handhygiene*) yang mengacu pada standar WHO terkini.
- (2) Terdapat proses evaluasi terhadap pelaksanaan program kebersihan tangan di rumah sakit serta upaya perbaikan yang dilakukan untuk meningkatkan pelaksanaan program.

5) Sasaran VI: Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh

a) Standar SKP VI

Rumah sakit menerapkan proses untuk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh di rawat jalan dan rawat inap

b) Maksud dan tujuan

Risiko jatuh pada pasien rawat jalan berhubungan dengan kondisi pasien, situasi, dan/atau lokasi di rumah sakit. Di unit rawat jalan, dilakukan skrining risiko jatuh pada pasien dengan kondisi, diagnosis, situasi, dan/atau lokasi yang menyebabkan risiko jatuh. Jika hasil skrining pasien berisiko jatuh, maka harus dilakukan intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pasien tersebut.

Untuk semua pasien rawat inap baik dewasa maupun anak harus dilakukan pengkajian risiko jatuh menggunakan metode pengkajian yang baku sesuai ketentuan rumah sakit. Kriteria risiko jatuh dan intervensi yang dilakukan harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien. Pasien yang sebelumnya risiko rendah jatuh dapat meningkat risikonya secara mendadak menjadi risiko tinggi

jatuh. Perubahan risiko ini dapat diakibatkan, namun tidak terbatas pada tindakan pembedahan dan/atau anestesi, perubahan mendadak pada kondisi pasien, dan penyesuaian obat-obatan yang diberikan sehingga pasien memerlukan pengkajian ulang jatuh selama dirawat inap dan paska pembedahan.

c) Elemen Penilaian Sasaran VI

- (1) Rumah sakit telah melaksanakan skrining pasien rawat jalan pada kondisi, diagnosis, situasi atau lokasi yang dapat menyebabkan pasien berisiko jatuh, dengan menggunakan alat bantu/metode skrining yang ditetapkan rumah sakit
- (2) Tindakan dan/atau intervensi dilakukan untuk mengurangirisiko jatuh pada pasien jika hasil skrining menunjukkan adanya risiko jatuh dan hasil skrining serta intervensi didokumentasikan.
- (3) Tindakan dan/atau intervensi dilakukan untuk mengurangirisiko jatuh pada pasien jika hasil skrining menunjukkan adanya risiko jatuh dan hasil skrining serta intervensi didokumentasikan.
- (4) Rumah sakit telah melaksanakan pengkajian ulang risikojatuh pada pasien rawat inap karena adanya perubahan kondisi, atau memang sudah mempunyai risiko jatuh dari hasil pengkajian.
- (5) Tindakan dan / atau intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien rawat inap telah dilakukan dan didokumentasikan.

e. Faktor yang mempengaruhi Pelaksanaan Keselamatan Pasien

Berdasarkan hasil penelitian Salsabila & Dhamanti (2023) bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit yaitu usia, sikap, pengetahuan, motivasi kerja, beban kerja, lama masa kerja, supervisi dan budaya organisasi. Sedangkan menurut Yohanes (2018) ada 5 faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien yaitu jumlah tanggungan, lama bekerja, Tingkat pengetahuan, motivasi, dan supervisi.

2. Supervisi

a. Definisi

Pitman (2011) mendefinisikan supervisi sebagai suatu kegiatan yang digunakan untuk memfasilitasi refleksi yang lebih mendalam dari praktek yang sudah dilakukan, refleksi ini memungkinkan staf mencapai, mempertahankan, dan kreatif dalam meningkatkan kualitas pemberian asuhan keperawatan melalui sarana pendukung yang ada. Menurut Sulistyawati & Haryuni (2019) supervisi merupakan suatu kegiatan untuk membimbing, mengarahkan, mengobservasi dan mengevaluasi staf dalam melaksanakan pekerjaannya agar bisa efektif dan efisien.

b. Tujuan

1) Tujuan Umum

Pemenuhan dan peningkatan pelayanan pada klien dan keluarga yang berfokus pada kebutuhan, keterampilan, dan kemampuan perawat dalam rangka mencapai tujuan.

2) Tujuan Khusus

- a) Menjamin bahwa pekerjaan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam tempo yang diberikan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia
- b) Memungkinkan pengawas menyadari kekurangan para petugas kesehatan dalam hal kemampuan, pengetahuan, dan pemahaman, serta mengatur pelatihan yang sesuai.
- c) Memungkinkan para pengawas mengenali dan memberi penghargaan atas pekerjaan yang baik dan mengenali staf yang layak diberikan kenaikan jabatan dan pelatihan lebih lanjut.
- d) Memungkinkan manajemen bahwa sumber yang disediakan bagi petugas telah cukup dan dipergunakan dengan baik.
- e) Memungkinkan manajemen menentukan penyebab kekurangan pada kinerja tersebut (Sulistyawati & Haryuni, 2019).

c. Manfaat supervisi

Menurut Suarli & Bachtiar (2009) manfaat supervisi antara lain:

1) Supervisi dapat meningkatkan efektifitas kerja.

Peningkatan efektivitas kerja ini erat hubungannya dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dan bawahan.

2) Supervisi dapat lebih meningkatkan efisiensi kerja

Peningkatan efisiensi kerja ini erat kaitannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta dan sarana) yang sia-sia akan dicegah.

Apabila kedua peningkatan ini dapat diwujudkan, sama artinya dengan telah tercapainya tujuan suatu organisasi. Tujuan pokok dari supervisi adalah menjamin pelaksanaan berbagai kegiatan yang telah direncanakan secara benar dan tepat, dalam arti lebih efektif dan efisien, sehingga tujuan yang telah ditetapkan organisasi dapat dicapai dengan memuaskan (Suarli & Bachtiar, 2009)

d. Cara supervisi

Supervisi dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung, penerapannya disesuaikan dengan situasi dan kondisi serta tujuan supervisi (Suyanto, 2008):

1) Supervisi Langsung:

Supervisi dilakukan langsung pada kegiatan yang sedang berlangsung. Cara supervisi ini ditujukan untuk bimbingan dan arahan serta mencegah dan memperbaiki kesalahan yang terjadi. Cara supervisi terdiri dari:

a) Merencanakan

Seorang *supervisor*, sebelum melakukan supervisi harus membuat perencanaan tentang apa yang akan disupervisi, siapa yang akan disupervisi, bagaimana tekniknya, kapan waktunya dan alasan dilakukan supervisi. Dalam membuat perencanaan diperlukan unsur-unsur: Objektif / tujuan dari perencanaan, Uraian

Kegiatan, Prosedur, Target waktu pelaksanaan, penanggung jawab dan anggaran (Suarli & Bachtiar, 2009)

b) Mengarahkan

Pengarahan yang dilakukan *supervisor* kepada staf meliputi pengarahan tentang bagaimana kegiatan dapat dilaksanakan sehingga tujuan organisasi dapat tercapai. Dalam memberikan pengarahan diperlukan kemampuan komunikasi dari *supervisor* dan hubungan kerjasama yang demokratis antara *supervisor* dan staf. Cara pengarahan yang efektif adalah pengarahan harus lengkap, menggunakan kata-kata yang tepat, berbicara dengan jelas dan lambat, berikan arahan yang logis, hindari memberikan banyak arahan pada satu waktu, pastikan bahwa arahan dipahami dan yakinkan bahwa arahan *supervisor* dilaksanakan sehingga perlu kegiatan tindak lanjut.

c) Membimbing

Agar staf dapat menyelesaikan pekerjaan dengan baik, maka dalam melakukan suatu pekerjaan, staf perlu bimbingan dari seorang *supervisor*. *Supervisor* harus memberikan bimbingan pada staf yang mengalami kesulitan dalam menjalankan tugasnya, bimbingan harus diberikan dengan terencana dan berkala. Staf dibimbing bagaimana cara untuk melakukan dan menyelesaikan suatu pekerjaan. Bimbingan yang diberikan diantaranya dapat berupa: pemberian penjelasan, pengarahan dan pengajaran, bantuan, serta pemberian contoh langsung.

d) Memotivasi

Supervisor mempunyai peranan penting dalam memotivasi staf untuk mencapai tujuan organisasi. Kegiatan yang perlu dilaksanakan *supervisor* dalam memotivasi antara lain adalah (Nursalam, 2007):

- (1) Mempunyai harapan yang jelas terhadap staf dan mengkomunikasikan harapan tersebut kepada para staf.
- (2) Memberikan dukungan positif pada staf untuk menyelesaikan pekerjaan.

- (3) Memberikan kesempatan pada staf untuk menyelesaikan tugasnya dan memberikan tantangan-tantangan yang akan memberikan pengalaman yang bermakna.
- (4) Memberikan kesempatan pada staf untuk mengambil keputusan sesuai tugas limpah yang diberikan.
- (5) Menciptakan situasi saling percaya dan kekeluargaan dengan staf.
- (6) Menjadi *role model* bagi staf.

e) Mengobservasi (Nursalam, 2007)

Untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi staf dalam melaksanakan tugasnya sehingga dapat menyelesaikan pekerjaan sesuai dengan yang diharapkan, maka *supervisor* harus melakukan observasi terhadap kemampuan dan perilaku staf dalam menyelesaikan pekerjaan dan hasil pekerjaan yang dilakukan oleh staf.

f) Mengevaluasi

Evaluasi merupakan proses penilaian pencapaian tujuan, apabila suatu pekerjaan sudah selesai dikerjakan oleh staf, maka diperlukan suatu evaluasi upaya pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana yang telah disusun sebelumnya. Evaluasi juga digunakan untuk menilai apakah pekerjaan tersebut sudah dikerjakan sesuai dengan ketentuan untuk mencapai tujuan organisasi. Evaluasi dapat dilakukan dengan cara menilai langsung kegiatan, memantau kegiatan melalui objek kegiatan. Apabila suatu kegiatan sudah dievaluasi, maka diperlukan umpan balik terhadap kegiatan tersebut.

2) Supervisi tidak langsung

Supervisi dilakukan melalui laporan tertulis, seperti laporan pasien dan catatan asuhan keperawatan dan dapat juga dilakukan dengan menggunakan laporan lisan seperti saat timbang terima dan ronde keperawatan. Pada supervisi tidak langsung dapat terjadi kesenjangan fakta, karena *supervisor* tidak melihat langsung kejadian dilapangan. Oleh karena itu agar masalah dapat diselesaikan, perlu klarifikasi dan umpan balik dari supervisor dan staf.

3. Supervisi keperawatan

a. Definisi

Menurut Nursalam (2014) supervisi keperawatan dapat diartikan sebagai satu proses pemberian berbagai sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas-tugas dalam mencapai tujuan organisasi. Sedangkan menurut Suyanto (2008), dalam bidang keperawatan, supervisi meliputi segala bantuan dari pemimpin/penanggung jawab kepada perawat yang ditujukan untuk perkembangan para perawat dan staf lainnya.

b. Pelaksana supervisi keperawatan

Pelaksana supervisi keperawatan menurut Suyanto (2008) dilaksanakan oleh:

1) Kepala Ruangan

Bertanggung jawab untuk melakukan supervisi pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien di ruang perawatan yang dipimpinnya. Kepala ruangan mengawasi perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung disesuaikan dengan metode penugasan yang diterapkan di ruang perawatan tersebut. Sebagai contoh ruang perawatan yang menerapkan metode Tim, maka kepala ruangan dapat melakukan supervisi secara tidak langsung melalui ketua tim masing-masing.

2) Pengawas Perawatan (*Supervisor*)

Ruang perawatan dan unit pelayanan yang berada di bawah unit pelaksana fungsional (UPF) mempunyai pengawas yang bertanggung jawab mengawasi jalannya pelayanan keperawatan.

3) Kepala bidang keperawatan

Sebagai *top manager* dalam keperawatan, kepala bidang keperawatan, kepala bidang keperawatan bertanggung jawab melakukan supervisi baik secara langsung atau tidak langsung melalui para pengawas keperawatan.

Mengusahakan seoptimal mungkin kondisi kerja yang aman dan nyaman, efektif dan efisien. Oleh karena itu tugas dari *supervisor* adalah mengorientasikan staf dan

pelaksana keperawatan terutama pegawai baru, melatih staf dan pelaksana keperawatan, memberikan pengarahan dalam pelaksanaan tugas agar menyadari, mengerti terhadap peran, fungsi sebagai staf dan pelaksana asuhan keperawatan, memberikan pelayanan bimbingan pada pelaksana keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan (Sulistyawati & Haryuni, 2019).

c. Sasaran Supervisi Keperawatan

Setiap sasaran dan target dilaksanakan sesuai dengan pola yang disepakati berdasarkan struktur dan hierarki tugas. Sasaran atau objek 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. Tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan kinerja pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan (Suarli & Bachtiar, 2009).

Sasaran yang harus dicapai dalam pelaksanaan supervisi antara lain: pelaksanaan tugas keperawatan, penggunaan alat yang efektif dan ekonomis, sistem dan prosedur yang tidak menyimpang, pembagian tugas dan wewenang, penyimpangan/ penyelewengan kekuasaan, kedudukan dan keuangan (Suyanto, 2008).

d. Model- model supervisi keperawatan

Selain cara supervisi yang telah diuraikan, beberapa model supervisi dapat diterapkan dalam kegiatan supervisi antara lain (Suyanto, 2008):

1) Model Konvensional

Model supervisi dilakukan melalui inspeksi langsung untuk menemukan masalah dan kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan. Supervisi dilakukan untuk mengoreksi kesalahan dan memata-matai staf dalam mengerjakan tugas. Model ini sering tidak adil karena hanya melihat sisi negatif dari pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan para perawat pelaksana sehingga sulit terungkap sisi positif, hal-hal yang baik ataupun keberhasilan yang telah dilakukan.

2) Model Ilmiah

Supervisi dilakukan dengan pendekatan yang sudah direncanakan sehingga tidak hanya mencari kesalahan atau masalah saja. Oleh karena itu supervisi yang dilakukan dengan model ini memiliki karakteristik sebagai berikut yaitu: dilakukan secara berkesinambungan, dilakukan dengan prosedur, instrumen dan standar supervisi yang baku, menggunakan data yang objektif sehingga dapat diberikan umpan balik dan bimbingan.

3) Model Klinis

Supervisi model klinis bertujuan untuk membantu perawat pelaksana dalam mengembangkan profesionalisme sehingga penampilan dan kinerjanya dalam pemberian asuhan keperawatan meningkat. Supervisi dilakukan secara sistematis melalui pengamatan pelayanan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat selanjutnya dibandingkan dengan standar keperawatan.

4) Model *Artistic*

Supervisi model *artistic* dilakukan dengan pendekatan personal untuk menciptakan rasa aman sehingga *supervisor* dapat diterima oleh perawat pelaksana yang disupervisi. Dengan demikian akan tercipta hubungan saling percaya sehingga hubungan antara perawat dan *supervisor* akan terbuka dan mempermudah proses supervisi.

Menurut Supratman & Sudaryanto (2008) menyatakan model-model supervisi terdiri dari:

1) Model *development*

Supervisi diberikan kewenangan untuk membimbing perawat dengan 3 cara yaitu :

- a) *Change agent* seperti *supervisor* membimbing perawat menjadi agen perubahan.
- b) *Counselor* seperti *supervisor* membimbing, mengajarkan kepada perawat yang berkaitan dengan tugas rutin perawat.

c) *Teaching* seperti *supervisor* mengenalkan dan mempraktikkan *nursing practice* yang sesuai dengan tugas perawat.

2) Model *academic*

Dalam model *academic* proses supervisi klinik meliputi 3 kegiatan yaitu kegiatan *educative*, *supportive* dan *managerial*.

a) Kegiatan *educative* dilakukan dengan:

(1) Mengajarkan ketrampilan dan kemampuan (contoh: perawat diajarkan cara membaca hasil EKG)

(2) Membangun pemahaman tentang reaksi dan refleksi dari setiap intervensi keperawatan (contoh: supervisor mengajarkan perawat dan melibatkan pasien DM dalam demonstrasi injeksi SC)

(3) Supervisor melatih perawat untuk mengeksplorasi strategi, teknik-teknik lain dalam bekerja (contoh: supervisor mengajarkan merawat luka dekubitus dengan obat-obat jenis baru yang lebih baik).

b) Kegiatan *supportive* dilakukan dengan cara melatih perawat ‘menggali’ emosi ketika bekerja (contoh: meredakan konflik antar perawat, *job enrichment* agar mengurangi *burn out* selama bertugas).

c) Kegiatan *managerial* dilakukan dengan: melibatkan perawat dalam peningkatan standar (contoh: SOP yang sudah ada dikaji bersama kemudian diperbaiki hal-hal yang perlu)

3) Model *experimental*

Dalam model ini proses supervisi klinik keperawatan meliputi training dan mentoring

4) Model 4S

Model supervisi ini dikembangkan dengan 4 strategi yaitu struktur, *skills*, *support* dan *sustainability*.

e. Langkah- langkah supervisi keperawatan

Menurut Nursalam (2014) ada beberapa langkah dalam supervisi keperawatan, yaitu:

1) Pra Supervisi

- a) *Supervisor* menetapkan kegiatan yang akan di supervisi
- b) *Supervisor* menetapkan tujuan dan kompetensi yang akan dinilai

2) Pelaksanaan supervisi

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

3) Pasca Supervisi- 3F

- a) *Supervisor* memberikan penilaian supervisi (*F-Fair*)
- b) *Supervisor* memberikan *feedback* dan klarifikasi (sesuai hasil laporan supervisi)
- c) *Supervisor* memberikan *reinforcement* dan *follow up* perbaikan

4. Kepatuhan

a. Definisi

Menurut *Deutsche Börse* kepatuhan adalah memenuhi sebuah kewajiban yang melibatkan pencapaian standar dan tunduk pada aturan dan peraturan internal dan eksternal baik secara sukarela diikuti oleh organisasi atau dipaksakan dengan alasan kegiatan Perusahaan (Handoko & Basuki, 2023). Menurut Notoadmodjo patuh

adalah sikap positif individu yang ditunjukkan dengan adanya perubahan secara berarti sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Ketidakpatuhan adalah suatu kondisi pada perawat yang sebenarnya mau melakukannya, akan tetapi ada faktor-faktor yang menghalangi ketaatan untuk melakukan Tindakan. Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat terhadap suatu Tindakan, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati (Agustina, 2019).

b. Faktor yang mempengaruhi

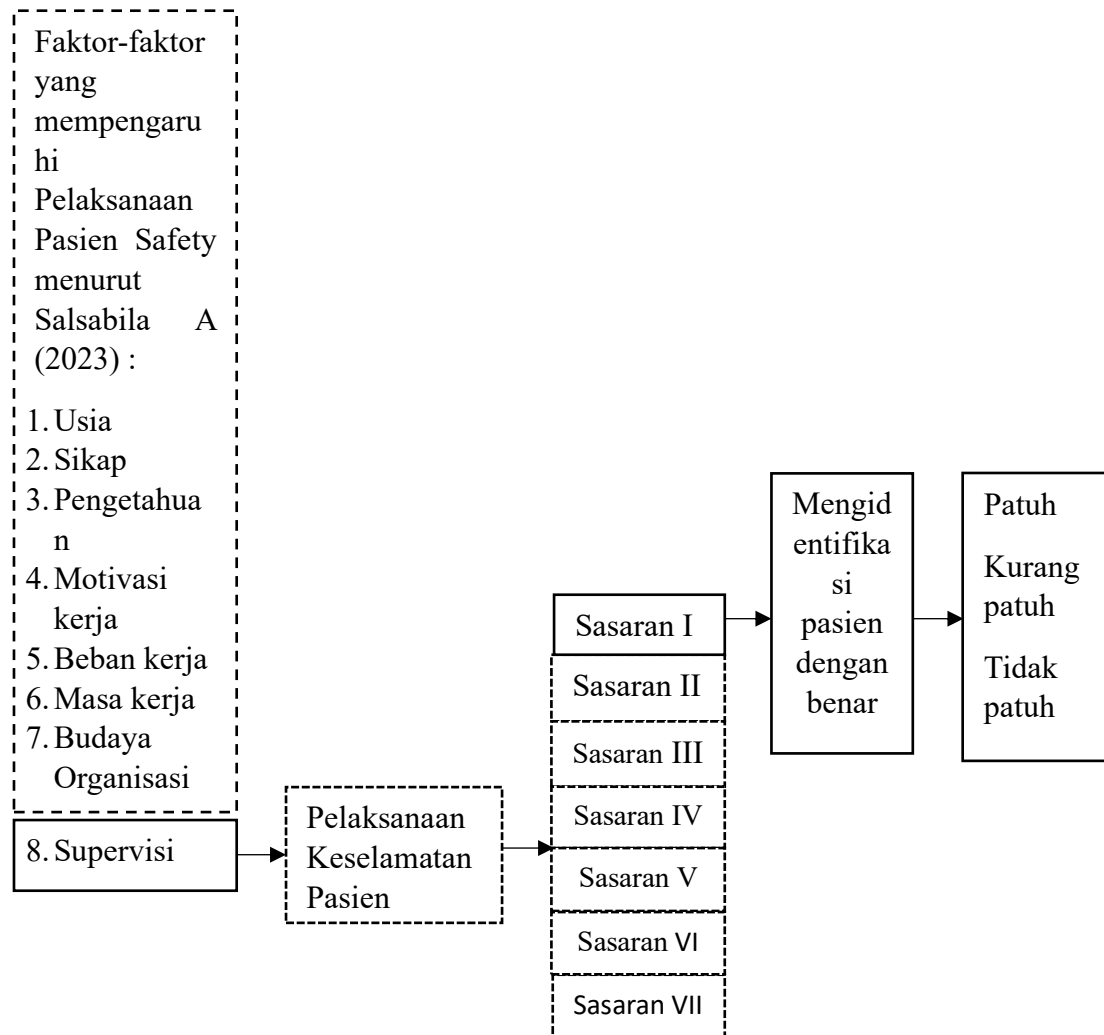
Menurut Risanti ada 5 faktor yang mempengaruhi Tingkat kepatuhan yaitu usia, Pendidikan, masa kerja, motivasi dan Tingkat pengetahuan (Handoko & Basuki, 2023).

c. Kriteria Kepatuhan

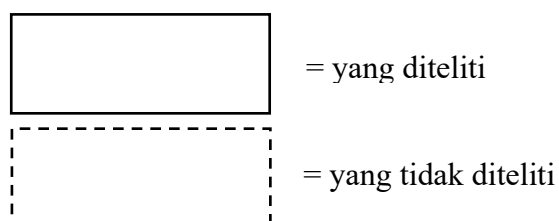
Kemenkes dalam penelitian Agustina (2019), menyebutkan kriteria kepatuhan dibagi menjadi tiga tingkat:

- 1) Patuh adalah suatu tindakan yang taat baik terhadap perintah aturan dan semua aturan maupun perintah tersebut dilakukan dengan benar.
- 2) Kurang patuh adalah tindakan yang melaksanakan perintah dan aturan hanya sebagian dari yang ditetapkan, dan dengan sepenuhnya namun tidak sempurna.
- 3) Tidak patuh adalah suatu tindakan mengabaikan atau tidak melaksanakan perintah atau aturan sama sekali

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1: Kerangka teori pengaruh supervisi terhadap Tingkat kepatuhan mengidentifikasi pasien dengan benar di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung.



C. Hipotesis

Hipotesis kerja pada penelitian sesuai dengan tujuan penelitian ini adalah:

Ho: Tidak ada pengaruh supervisi Kepala Ruang terhadap Tingkat kepatuhan perawat Instalasi Gawat Darurat dalam mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan Tindakan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung.

Ha: Ada pengaruh supervisi Kepala Ruang terhadap Tingkat kepatuhan perawat Instalasi Gawat Darurat dalam mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan Tindakan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung.

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

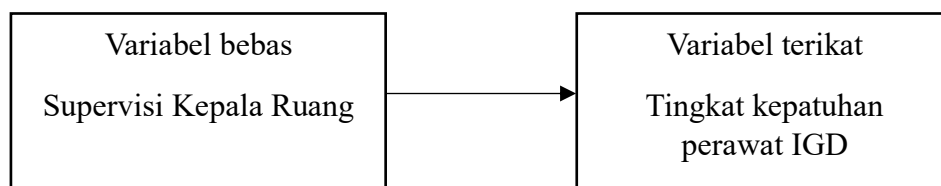
A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan desain kuantitatif pre eksperimental, dengan menggunakan metode eksperimental yang merupakan penelitian untuk mencari hubungan sebab akibat dengan adanya keterlibatan penelitian dalam melakukan manipulasi terhadap variabel bebas.

Rancangan penelitian eksperimental menggunakan pendekatan rancangan penelitian pra-eksperimental pra-pasca tes dalam satu kelompok (*one-group pre-posttest design*) yang artinya penelitian digunakan untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek.

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah konsep yang dipakai sebagai landasan berfikir dalam kegiatan ilmu. Kerangka konsep terdiri dari variabel-variabel serta hubungan variabel yang satu dengan yang lain, dengan kerangka konsep dapat mengarahkan untuk menganalisis hasil penelitian (Notoatmodjo, 2018).



Gambar 3.1 kerangka konsep

1. Variabel Penelitian

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain. Perbedaan variabel ini merupakan suatu ciri yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh suatu penelitian tentang suatu konsep pengertian

tertentu, misalnya umur, jenis kelamin, pendidikan status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pendapatan, penyakit (Notoatmodjo, 2018).

a. *Independent variable* (variabel bebas/intervensi)

Variabel independen / variable bebas adalah nilai yang mempengaruhi variabel lainnya. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel yang lain (Nursalam, 2020). Variabel bebas di dalam penelitian ini adalah Supervisi Kepala Ruang. Supervisi Kepala Ruang di ruang IGD RSUD Kabupaten Temanggung dilakukan dengan model supervisi akademik.

b. *Dependent variable* (variabel terikat)

Variabel dependen / variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel yang lain. Variabel respon dapat muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel yang lain. Variabel terikat merupakan faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2020).

Variabel terikat di dalam penelitian ini adalah Tingkat kepatuhan perawat IGD RSUD Kabupaten Temanggung dalam mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan Tindakan.

C. Definisi Operasional Penelitian

Definisi operasional merupakan pemberian definisi berdasarkan karakteristik yang dapat diamati dan dapat diukur dari suatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) tersebut yang merupakan kunci dari definisi operasional (Nursalam, 2020).

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi	Alat dan cara ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
Supervisi	Supervisi akan dilakukan oleh kepala ruang sebanyak 2 kali setiap respondennya. Sebelum dilakukan supervisi kepala ruang, akan dilakukan beberapa tahapan kegiatan penyamaan persepsi dengan kepala ruang terkait Tindakan supervisi yang akan dilakukan. Model supervisi yang akan diterapkan dalam penelitian ini adalah model supervisi akademik. Tahapan rencana kegiatan yang akan peneliti lakukan yaitu minggu ketiga bulan Maret 2024 (1 minggu) akan dilakukan diskusi dan penyamaan persepsi terkait Tindakan supervisi (draft SPO, Checklist penilaian, model supervisi dan tata cara pelaksanaan) dilakukan 2 kali pertemuan. Pada Minggu keempat bulan Maret 2024		1. Dilakukan 0. Tidak dilakukan	Nominal

	(1 minggu) akan dilakukan demonstrasi pelaksanaan supervisi dan pendampingan supervisi. Demonstrasi dilakukan satu kali dan pendampingan pelaksanaan supervisi dilakukan sebanyak 2 kali. Minggu pertama April sampai minggu pertama bulan Mei 2024 (5 minggu) akan dilakukan supervisi kepala ruang sebanyak 2 kali setiap responden.				
Tingkat kepatuhan perawat mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan tindakan	Perawat IGD Mengidentifikasi pasien dengan benar dilakukan dengan cara menanyakan nama dan tanggal lahir. Kemudian mencocokkan nama dengan gelang pasien atau rekam medis pasien sebelum melakukan Tindakan. Tindakan pengamatan <i>pre</i> intervensi dilakukan minggu ketiga Maret 2024. Kemudian untuk pengamatan <i>post</i> intervensi akan dilakukan minggu kedua bulan Mei-minggu ketiga	Alat ukur yang digunakan Checklist observasi pelaksanaan identifikasi pasien. Terdapat 3 jenis kegiatan yang diamati yaitu menanyakan nama lengkap pasien, menanyakan tanggal lahir pasien, dan mencocokkan nama yang disebutkan dengan gelang pasien atau rekam medis pasien. Jika kegiatan dilakukan nilai=1,	Nilai 0 tidak patuh Nilai 1-2 kurang patuh Nilai 3 patuh	Ordinal	

bulan Mei 2024 (2 minggu).
 Pengamatan akan dilakukan sebanyak 3 kali setiap respondennya.
 Kesimpulan dikatakan patuh jika dari ketiga tahapan pengamatan responden mendapatkan total nilai 9. Dikatakan kurang patuh jika mendapatkan total nilai 1-8. Dan dikatakan tidak patuh jika total nilai 0.

D. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah sekelompok subjek yang memenuhi kriteria yang menjadi objek atau sasaran penelitian (Notoatmodjo, 2018). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat Instalasi Gawat Darurat RSUD kabupaten Temanggung sebanyak 27 perawat.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian. *Sampling* adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2020). Pengambilan sampel yang peneliti lakukan dengan cara total sampling. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung berjumlah 25 orang yang masuk dalam kriteria inklusi.

Supaya karakteristik sampel tidak menyimpang dari populasi yang diinginkan peneliti, maka sebelum dilakukan pengambilan sampel perlu ditentukan kriteria

inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. Sedangkan kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sampel (Notoatmojo, 2018). Peneliti telah menentukan kriteria untuk sampel yang diteliti, meliputi:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Perawat Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung baik yang laki-laki maupun Perempuan
- 2) Perawat yang memiliki Tingkat Pendidikan DIII keperawatan, DIV keperawatan maupun S1 keperawatan *NERS*
- 3) Status perawat baik PNS maupun BLUD
- 4) Perawat dengan umur 20-50 tahun
- 5) Perawat dengan masa kerja lebih dari 1 tahun di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung
- 6) Perawat KATIM maupun perawat pelaksana di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung
- 7) Perawat yang pernah mendapatkan *inhouse training* Keselamatan Pasien
- 8) Perawat yang mempunyai sertifikat pelatihan BTCLS atau PPGD

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Perawat yang bertugas sebagai Kepala Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung.
- 2) Perawat yang menolak menjadi responden penelitian
- 3) Perawat yang sedang mengambil cuti saat dilakukan penelitian

E. Waktu dan Tempat

1. Waktu

Penelitian dilakukan bulan Maret 2024- Mei 2024

2. Tempat

Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung

F. Alat Dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data

Alat pengumpul data dalam penelitian diperlukan sebagai alat penelitian data digunakan sebagai alat ganti untuk mengumpulkan data dengan harapan pekerjaan pengumpulan data menjadi lebih mudah dan lebih baik (Notoatmodjo, 2018).

Alat pengumpulan data yang digunakan peneliti berupa checklist Tingkat kepatuhan perawat Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung yang memenuhi kriteria inklusi.

Dalam alat pengumpulan data ada yang harus diperhatikan oleh peneliti yaitu:

a. Validitas

Pada suatu penelitian dalam pengumpulan data diperlukan alat dan cara pengumpulan data yang baik sehingga data yang dikumpulkan merupakan data yang valid, andal (reliable) aktual. Prinsip validitas merupakan pengamatan dan pengukuran yang berprinsip keandalan instrument dalam pengumpulan data dan alat mengumpul data harus dapat mengukur apa yang harus diukur (Nursalam, 2020).

Dalam penelitian ini peneliti membuat checklist observasi pelaksanaan identifikasi pasien dan membuat SPO tentang Supervisi Keperawatan. Checklist dan SPO sudah diuji expert oleh 3 orang penguji, yaitu 2 orang dari *Preceptor* Manajemen keperawatan RSUD Kabupaten Temanggung dan yang satunya adalah Kepala keperawatan IGD RSUD Kabupaten Temanggung.

b. Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Notoatmodjo, 2018).

2. Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan data merupakan proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan data karakteristik subjek diperlukan untuk suatu penelitian. Selama proses pengumpulan data, peneliti menfokuskan pada penyediaan subjek dan memperhatikan prinsip-prinsip validitas reabilitas, serta menyelesaikan masalah yang terjadi agar data dapat terkumpul sesuai dengan rencana yang ditetapkan (Nursalam, 2020). Data penelitian dikumpulkan dengan menggunakan alat dan metode yang tepat. Metode yang digunakan dalam penelitian menurut Notoatmodjo (2018), yaitu:

a. Pengamatan (observasi)

Pengamatan adalah suatu hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Merupakan prosedur yang dilakukan dengan melihat, mendengar, mencatat situasi tertentu yang ada masalah yang diteliti. Dalam pengamatan (observasi) dapat dilakukan dengan mengklarifikasikan gejala-gejala yang relevan, pengamatan diarahkan pada gejala-gejala yang relevan, mengamati lebih sering, melakukan pencatatan dengan segera, dan didukung dengan alat-alat mekanik atau elektronik seperti pemotretan, film, *tape recorder*. Pembatasan sasaran pengamatan harus dipertimbangkan terlebih dahulu oleh peneliti. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan pengamatan (observasi) terhadap responden yang masuk ke dalam kriteria inklusi. Untuk membantu peneliti dalam pencatatan peneliti menggunakan checklist yang dibuat menyesuaikan dengan standar prosedur operasional identifikasi pasien yang telah ditetapkan oleh direktur RSUD Kabupaten Temanggung. Peneliti melakukan pengamatan 1 kali sebelum dilakukan perlakuan supervisi kepala ruang dan melakukan pengamatan 3 kali setelah dilakukan perlakuan supervisi kepala ruang. Hasil kesimpulan dari pengamatan akan terbagi menjadi 3 yaitu Perawat yang Patuh, kurang patuh dan tidak patuh dalam mengidentifikasi pasien dengan benar. Pengamatan setelah dilakukan supervisi kepala ruang dikatakan patuh jika dari tiga kali pengamatan didapatkan hasil perawat tiga kali patuh dalam mengidentifikasi pasien dengan benar. Dikatakan kurang patuh jika perawat melakukan satu kali atau dua kali

kepatuhan dalam mengidentifikasi pasien dengan benar. Dan dikatakan tidak patuh jika dari tiga kali pengamatan didapatkan bahwa perawat tersebut tidak mengidentifikasi pasien dengan benar.

b. Wawancara

Wawancara merupakan suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan informasi secara lisan dari seseorang sasaran responden. Melalui wawancara data diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan. Selama proses wawancara peneliti memperoleh kesan langsung responden, menilai kebenaran yang dikatakan responden, membaca mimik responden, memancing jawaban jika jawaban macet dan memberikan penjelasan langsung bila pertanyaan tidak dimengerti responden.

c. Angket

Angket adalah suatu metode pengumpulan data atau penelitian mengenai suatu masalah yang umumnya banyak menyangkut kepentingan umum (orang banyak). Angket dilakukan dengan mengedarkan suatu daftar pertanyaan yang berupa formulir dan diajukan secara tertulis kepada responden untuk mendapatkan tanggapan, informasi, jawaban. Angket berbentuk formulir yang berisikan pertanyaan (question) maka angket sering disebut dengan kuesioner. Namun kuesioner berbeda dengan angket, kerana dalam kuesioner tidak selalu responden sendiri yang mengisi formulir yang disediakan. Angket merupakan kuesioner yang langsung diisi oleh responden sendiri.

G. Metode Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengelolaan Data

Data yang sudah diperoleh merupakan data yang masih mentah dan belum memberikan informasi apapun dan belum siap untuk disajikan. Data yang dikumpulkan merupakan data yang harus diolah menggunakan aplikasi atau *software IBM Statistical Product and Service Solutions (SPSS)* versi 25 untuk dapat disajikan dalam bentuk tabel atau grafik sehingga memudahkan untuk dilakukan analisa dan ditarik kesimpulan. Pengolahan data merupakan proses penting dalam

penelitian, proses pengolahan data meliputi editing, coding, processing, dan cleaning. (Notoatmodjo, 2018).

a. Editing atau mengedit data

Editing adalah kegiatan pemeriksaan kelengkapan, kejelasan, dan kesesuaian data yang telah dikumpulkan. Jawaban dan tulisan responden jelas untuk dibaca dan relevan dengan pertanyaan dari kuesioner. Setelah penyebaran kuesioner dan kuesioner terkumpul kembali, peneliti melakukan editing dengan cara meneliti kelengkapan, kejelasan, kesesuaian data dan tidak diketemukan kesalahan. Proses editing merupakan suatu kegiatan untuk melakukan pengecekan dan perbaikan isian kuesioner demi mengurangi kekurangan data.

b. Coding

Coding adalah pemberian kode-kode pada tiap-tiap data yang termasuk dalam kategori sama. Kode dibuat dalam bentuk angka atau huruf sebagai petunjuk suatu informasi atau data yang akan dianalisis. Hasil pengamatan kepatuhan perawat akan diberi kode 3 untuk perawat yang patuh, kode 2 untuk perawat yang kurang patuh, dan kode 1 untuk perawat yang tidak patuh.

c. *Proccesing* (memasukan data)

Processing merupakan kegiatan memasukkan data ke komputer untuk dianalisis. Setelah proses *coding* data terkumpul dan dimasukkan dalam program komputer IBM *Statistical Product and Service Solution s* (SPSS) versi 25 untuk dilakukan analisis.

d. *Cleaning* (pembersihan data)

Cleaning merupakan proses pengecekan kembali setelah semua data dari sumber data atau responden telah dimasukkan. Pembersihan data dilakukan untuk melihat adanya kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan dan kemudian dilakukan pengecekan atau koreksi.

2. Analisa Data

a. *Analisis Univariate (analisis deskriptif)*

Analisis univariate atau *analisis deskriptif* bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis deskriptif tergantung pada jenis datanya. Pada analisis deskriptif hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari setiap variabel (Notoatmodjo, 2018).

Dari Analisa Univariate didapatkan hasil karakteristik responden adalah jenis kelamin responden terbanyak laki-laki sejumlah 13 (52%) sedikit lebih banyak dibandingkan dengan responden Perempuan. Umur responden terbanyak adalah antara 35-65 tahun dengan jumlah responden 13 (52%). Pendidikan terbanyak adalah S1 Keperawatan profesi sebanyak 14 responden (56%). Status pegawai terbanyak adalah PNS dengan jumlah responden 13 (52%). Lama masa kerja di IGD terbanyak adalah 14 responden (56%) dengan masa kerja kurang dari 5 tahun.

Tingkat kepatuhan perawat mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum mendapatkan perlakuan supervisi kepala ruang tidak patuh sebanyak 11 responden (44%) dan responden kurang patuh sebanyak 9 responden (36%) dan responden yang patuh sebanyak 5 responden (20%).

Tingkat kepatuhan perawat mengidentifikasi pasien dengan benar setelah mendapatkan perlakuan supervisi kepala ruang yang tidak patuh sebanyak 0 responden, kurang patuh sebanyak 11 responden (44%), dan responden yang patuh sebanyak 14 (56%).

b. *Analisis bivariate*

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2018). Dalam analisis bivariate dilakukan beberapa tahap, antara lain:

- 1) Analisis proporsi atau persentase, dengan membandingkan distribusi silang antara dua variabel yang bersangkutan.
- 2) Analisis dari hasil uji statistik, dengan melihat hasil uji statistik dapat disimpulkan adanya hubungan dua variabel yang bermakna atau tidak bermakna.

3) Analisis keeratan hubungan antara dua variabel tersebut, dengan melihat nilai *Odd Ratio* (OR). Besar kecilnya nilai *Odd Ratio* (OR) menunjukkan besarnya keeratan hubungan antara dua variabel yang diuji.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan rancangan penelitian pre eksperimental skala pengukuran nominal dengan rancangan penelitian kuantitatif pre eksperimental dengan pendekatan *one group pre- posttest desain* yang artinya penekanan penelitian dengan melihat hasil sebelum dilakukan intervensi dan hasil setelah dilakukan intervensi tindakan. Analisis uji statistik yang digunakan adalah dengan menggunakan uji wilcoxon. Dari hasil uji *wilcoxon* diperoleh hasil p value $0,000 < 0,05$ yang berarti H_0 ditolak.

H. Etika Penelitian

Sebelum penelitian dilakukan, peneliti memperhatikan proses etika penelitian. Etika penelitian diperlukan karena menggunakan manusia sebagai objek penelitian yang memiliki hak asasi sebelum kegiatan penelitian dilaksanakan. Sebelum melaksanakan penelitian, peneliti juga melakukan *ethical clearance* melalui proses pengajuan surat permohonan untuk melakukan ijin penelitian kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) yang ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit Umum Kabupaten Temanggung. Nomor ijin penelitian yang sudah disetujui 09/EC/KEPK_Rsud.Tmg/IV/2024. Dalam penelitian, etika penelitian (*ethical principle*) harus dipertimbangkan selain metode, desain dan aspek lainnya. Empat prinsip etik dalam penelitian menurut (Notoatmodjo, 2018) adalah sebagai berikut:

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subjek penelitian untuk mendapatkan informasi tentang tujuan penelitian melakukan penelitian, peneliti juga memberikan kebebasan kepada subjek untuk memberikan informasi atau tidak memberikan informasi. Sebagai penghormatan harkat dan martabat subjek penelitian, peneliti harus mempersiapkan formulir persetujuan atau *informed consent*.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*)

Setiap orang mempunyai hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu dalam memberikan informasi. Setiap orang berhak untuk memberikan apa yang diketahui kepada orang lain. Peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas subjek, dan peneliti menggunakan *coding* sebagai pengganti identitas responden.

3. Keadilan dan *inklusivitas* / keterbukaan (*respect for justice an inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Untuk itu lingkungan penelitaian dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yaitu dengan menjelaskan prosedur penelitian. Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan *gender*, agama, etnis, dan sebagainya.

4. Menghitung manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*)

Penelitian dilakukan dengan tujuan memberikan pengetahuan tentang pengaruh supervisi terhadap Tingkat kepatuhan perawat dalam mengidentifikasi pasien dengan benar di Instalasi Gawat Darurat RSUD Temanggung. Bisa menjadi dasar untuk pembuatan panduan dan pedoman dalam pelaksanaan supervisi di RSUD Kabupaten Temanggung.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh supervisi kepala ruang terhadap Tingkat kepatuhan perawat IGD mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan Tindakan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung didapatkan hasil:

1. Karakteristik responden adalah separuh lebih berjenis kelamin laki-laki. Lebih dari separuh umur responden adalah antara 35-65 tahun. Lebih dari separuh responden pendidikan terbanyak adalah S1 Keperawatan profesi. Lebih dari separuh responden berstatus pegawai sebagai PNS. Dan lebih dari separuh responden mempunyai lama masa kerja kurang dari 5 tahun.
2. Tingkat kepatuhan perawat IGD mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum mendapatkan perlakuan supervisi kepala ruang proporsi terbanyak adalah tidak patuh.
3. Tingkat kepatuhan perawat IGD mengidentifikasi pasien dengan benar setelah dilakukan perlakuan supervisi kepala ruang lebih dari separuh perawat menjadi patuh.
4. Terdapat perbedaan hasil Tingkat kepatuhan perawat IGD mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum dan setelah dilakukan supervisi kepala ruang.

B. Saran

Saran yang dapat diberikan pada hasil penelitian pengaruh supervisi kepala ruang terhadap Tingkat kepatuhan perawat IGD mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan Tindakan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Temanggung didapatkan yaitu:

1. Bagi perawat

Perawat dapat meningkatkan kesadaran terkait pentingnya budaya keselamatan pasien dan membiasakan dan konsisten untuk melakukan Tindakan sesuai dengan SPO yang ada.

2. Bagi manajemen rumah sakit

Rumah sakit perlu meningkatkan pelaksanaan supervisi kepala ruang salah satunya melalui dukungan kebijakan untuk pelaksanaan supervisi kepala ruang dengan memberikan pelatihan mengenai supervisi kepala ruang, memberikan sosialisasi dan edukasi mengenai pentingnya keselamatan pasien dan melaksanakan pada seluruh ruangan pelayanan keperawatan di RSUD Kabupaten Temanggung.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, D. (2019). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam pelaksanaan SOP pemberian nutrisi melalui NGT di RSUD*. <https://repository.ump.ac.id/9479/1/Dinda%20Laste%20Agustina%20COVER.pdf>
- Aminayanti, N., Kusumapradja, R., & Arrozi, M. (2021). Pengaruh Pengetahuan, Sikap dan Motivasi Perawat Terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien pada Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Sekayu. *Jurnal.Healthsains.Co.Id* N Aminayanti, R Kusumapradja, M Arrozi *Jurnal Health Sains*, 2021•*jurnal.Healthsains.Co.Id*. <https://doi.org/10.46799/jhs.v2i7.223>
- Atmaja, A. D., Hartini, M. I., & Antoro, L. D. (2018). The Effects Of Clinical Supervision Of Academic Model To Improve The Ability Of Nurses In Applying Patient-Centered Care (PCC) At Hospital. *NURSCOPE: Jurnal Penelitian Dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*, 4(1), 41–54. <https://doi.org/10.30659/NURSCOPE.4.1.41-54>
- Budi, S., Puspitasari, I. (2020). Kesalahan identifikasi pasien berdasarkan sasaran keselamatan pasien. *Publikasi.Aptirmik.or.Id* SC Budi, I Puspitasari, S Sunartini, FS Tetra *Prosiding" Inovasi Teknologi Informasi Untuk Mendukung Kerja*, 2020•*publikasi.Aptirmik.or.Id*. <https://www.publikasi.apfirmik.or.id/index.php/procinovasiTI/article/view/70>
- Canadian Patient Safety Institute. (2017). *Patient Safety Incident*. . <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Patient-Safety-Incident.aspx>
- David, Y., Pambudi, W., Sutriningsih, A., Desnani, D., Yasin, F. (2018). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Penerapan 6 Skp (Sasaran Keselamatan Pasien) Pada Akreditasi Jci (Joint Commission International) Di Ruang. *Publikasi.Unitri.Ac.Id*, 3(1). <https://publikasi.unitri.ac.id/index.php/fikes/article/view/844>
- Dyah, K., Putri, S., & Denny, Y. (2019). Hubungan Pendidikan, Pengetahuan dan Masa Kerja dengan Tingkat Kepatuhan Perawat Dalam Penggunaan APD di RS Harum Sisma Medika Tahun 2019. *Jurnal.Stikesphi.Ac.Id*. <http://jurnal.stikesphi.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/223>
- Fatonah, S., Silampari, T. Y.-J. K. (2020). Supervisi Kepala Ruangan Dalam Meningkatkan Budaya Keselamatan Pasien. *Journal.Ipm2kpe.or.Id*, 4(1). <https://doi.org/10.31539/jks.v4i1.1408>
- Fauzi Baihaqi, L. (2020). Hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan keselamatan pasien (patient safety) di ruang rawat inap RSUD Kardinah Tegal. *Journal.Um-Surabaya.Ac.Id*. <https://journal.um-surabaya.ac.id/JKM/article/view/5648>

- Febrianti, A. (2021). Evaluasi Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dalam Pemberian Terapi, Transfusi, Pemeriksaan Penunjang Terhadap Insiden Dirumah Sakit. *Jurnal Health Sains*, 2(1), 7–17. <https://doi.org/10.46799/jhs.v2i1.73>
- Galleryzki, A. R., Tutik, R. R., Hariyati, S., Afriani, T., Rahman, L. O. (2021). Hubungan sikap keselamatan dengan implementasi sasaran keselamatan pasien oleh perawat di rumah sakit. *Journal.Ppnijateng.OrgAR Galleryzki, RRTS Hariyati, T AfrianiJurnal Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan*, 2021•*journal.Ppnijateng.Org*, 4(1). <https://doi.org/10.32584/jkmk.v4i1.855>
- Gurning, Y., & Karim, D. (2014). *Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap petugas kesehatan igd terhadap tindakan triage berdasarkan prioritas*. <https://www.neliti.com/publications/188541/hubungan-tingkat-pengetahuan-dan-sikap-petugas-kesehatan-igd-terhadap-tindakan-t>
- Habibah, T., & Dhamanti, I. (2021). Faktor yang Menghambat Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 9(4), 449. <https://doi.org/10.25077/jka.v9i4.1460>
- Handoko, S., & Basuki, D. (2023). *Kepatuhan perawat dalam melaksanakan surgical safety checklist dalam fase sign out di kamar operasi IGD RSPAL DR. Ramelan Surabaya*. <https://repositori.stikes-ppni.ac.id/handle/123456789/2350>
- Kemenkes. (2015). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit* (3rd ed.).
- Kepmenkes. (2022). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no HK.01.07/MENKES/ 1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan. https://yankes.kemkes.go.id/unduh/fileunduh_1654499045_682777.pdf
- Kustriyani, M., & Nur Aini, D. (2019). Hubungan Supervisi Kepala Ruang Dengan Pelaksanaan Identifikasi Pasien Secara Benar Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit. *Journal.Uwhs.Ac.IdM Kustriyani, DN Aini, A ArifiantoProsiding Seminar Nasional Widya Husada*, 2019•*journal.Uwhs.Ac.Id*. <http://journal.uwhs.ac.id/index.php/psnwh/article/view/259>
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nugroho, S. H. P., & Sujianto, U. (2017). Supervisi Kepala Ruang Model Proctor untuk Meningkatkan Pelaksanaan Keselamatan Pasien. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(1), 56–64. <https://doi.org/10.7454/jki.v20i1.348>
- Nursalam. (2007). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional* (2nd ed.). Salemba Medika.

- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (5th ed.). Salemba Medika.
- Oktariani, T. A., Arif, Y., & Murni, D. (2020). Supervisi Klinik Berbasis 4S (Structure, Skills, Support, and Sustainable) terhadap Penerapan Keselamatan Pasien. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 20(2), 556. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i2.991>
- Permenkes. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. <https://drive.google.com/file/d/1gL5tJSwBU5RepJzuikxpirQEFkJ-eRh/view>
- Pitman. (2011). *Handbook for clinical supervisor: nursing post graduate programme*.
- Pradana et al. (2020). Hubungan Karakteristik dengan Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Tuberculosis (TB) Paru pada Anak. *Ejournal.Poltekkes-Smg.Ac.Id*. <https://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jnj/article/view/4941>
- Pratiwi, I., Khotimah, H., & Supriyadi, B. (2020). Supervisi Berbasis Akamedik kepada Petugas Kesehatan dalam Kepatuhan Mencuci Tangan. *Garuda.Kemdikbud.Go.Id*. <https://garuda.kemdikbud.go.id/documents/detail/1692938>
- Salsabila, A. N., & Dhamanti, I. (2023). Faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam penerapan keselamatan pasien di rumah sakit: Literature Review. *Jurnal Ners*, 7(1), 524–530. <https://doi.org/10.31004/JN.V7I1.13740>
- Simamora, R. H. et al. (2019). Pengaruh Penyuluhan Identifikasi Pasien dengan Menggunakan Media Audiovisual terhadap Pengetahuan Pasien Rawat Inap. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(1), 342–351. <https://doi.org/10.31539/JKS.V3I1.841>
- Siti Fatimah, F., Sulistiarini, L. Gambaran pelaksanaan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan keperawatan di RSUD Wates. *Ejournal.Almaata.Ac.Id*, 1(1). <https://ejournal.almaata.ac.id/index.php/IJHAA/article/view/754>
- Suarli & Bachtiar. (2009). *Manajemen Keperawatan dengan pendekatan praktik*. Erlangga.
- Sulistiawati, I., Setiawan, A., Rudhiati, F., Inayah, I. (2022). Supervisi Klinik Model Akademik terhadap Kinerja Perawat Pelaksana. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(1), 733–745. <https://doi.org/10.31539/JKS.V6I1.4490>
- Sulistyawati, W., & Haryuni, S. (2019). *Buku pedoman supervisi keperawatan (aplikasi pada komunikasi SBAR)* (Vol. 1).
- Supratman, S., & Sudaryanto, A. (2008). Model-model supervisi keperawatan klinik. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan* 1.4 (2008): 193-196., 1, 193–196.
- Surahmat, R., Neherta, M., & Nurariati. (2019). Hubungan Supervisi Dengan Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. *Conference.Unsri.Ac.Id*. <http://conference.unsri.ac.id/index.php/SNK/article/view/1210>

- Suyanto. (2008). *Mengenal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*. Mitra& Cendekia Press.
- TIM SKP. (2022). *Laporan insiden keselamatan pasien RSUD Kabupaten Temanggung*.
- Undang-undang Kesehatan. (2023). *Undang-undang Kesehatan No 17 tahun 2023 pasal 178 tentang Keselamatan pasien*. <https://www.kemkes.go.id/id/undang-undang-republik-indonesia-nomor-17-tahun-2023-tentang-kesehatan>