



UNIVERSITAS
INDONESIA

Veritas, Probitas, Justitia
— EST. 1849 —

**MODEL PEMBELAJARAN BERBASIS KESELAMATAN
UNTUK MEMBENTUK PERILAKU MENCEGAH
CEDERA JARUM SUNTIK MAHASISWA KEPERAWATAN
DI WAHANA PRAKTIK**

DISERTASI

HANNY HANDIYANI

NPM 1206201012

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DOKTOR KEPERAWATAN
DEPOK
JANUARI 2017**



UNIVERSITAS
INDONESIA

Veritas, Probitas, Justitia
— EST. 1849 —

**MODEL PEMBELAJARAN BERBASIS KESELAMATAN
UNTUK MEMBENTUK PERILAKU MENCEGAH
CEDERA JARUM SUNTIK MAHASISWA KEPERAWATAN
DI WAHANA PRAKTIK**

Disertasi

Diajukan sebagai salah satu syarat Ujian Seminar Disertasi VII (Promosi)
pada Program Doktor Keperawatan di FIK-UI

Mahasiswa:

Hanny Handiyani, NPM 1206201012

Pembimbing:

Prof. Dr. dr. L. Meily Kurniawidjaja, M.Sc., Sp. Ok

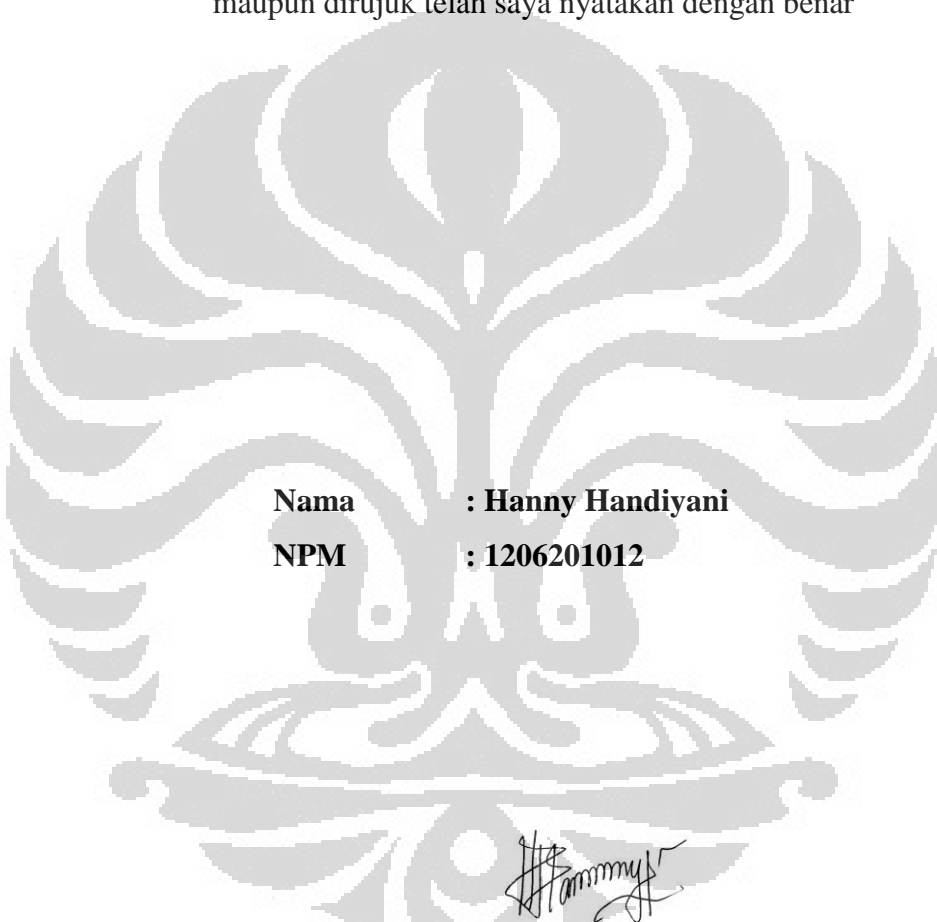
Dewi Irawaty, MA, PhD

Dr. Dra. Rita Damayanti, MSPH

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DOKTOR KEPERAWATAN
Depok, Januari 2017**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Disertasi ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar



Nama : Hanny Handiyani
NPM : 1206201012

Tanda tangan :



Tanggal : 10 Januari 2017

HALAMAN PERSETUJUAN

Disertasi ini diajukan oleh:

Nama : Hanny Handiyani

NPM : 1206201012

Program Studi : Doktor Ilmu Keperawatan

Judul Disertasi: Model Pembelajaran Berbasis Keselamatan untuk Membentuk Perilaku Mencegah Cedera Jarum Suntik Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik

telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Seminar Disertasi VII (sidang promosi) dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Doktor Keperawatan pada Program Studi Doktor Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Pembimbing,

Promotor : Prof. Dr. dr. L. Meily Kurniawidjaja, M.Sc., Sp.Ok. (.....)

KoPromotor I : Dewi Irawaty, MA., PhD (.....)

KoPromotor 2 : Dr. Dra. Rita Damayanti, MSPH (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 10 Januari 2017

HALAMAN PENGESAHAN

Disertasi ini diajukan oleh:

Nama : Hanny Handiyani

NPM : 1206201012

Program Studi : Doktor Ilmu Keperawatan

Judul Disertasi: Model Pembelajaran Berbasis Keselamatan untuk Membentuk Perilaku Mencegah Cedera Jarum Suntik Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik

telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Doktor Keperawatan pada Program Studi Doktor Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dewan Penguji,

Promotor : Prof. Dr. dr. L. Meily Kurniawidjaja, M.Sc., Sp.Ok. (.....)

KoPromotor 1 : Dewi Irawaty, MA., PhD (.....)

KoPromotor 2 : Dr. Dra. Rita Damayanti, MSPH (.....)

Penguji 1 : Dr. Enie Novieastari, SKp., MSN (.....)

Penguji 2 : Dr. dr. Sutoto, M.Kes. (.....)

Penguji 3 : Dr. Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc. (.....)

Penguji 4 : Prof. Dra. Elly Nurachmah, D.N.Sc. (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 10 Januari 2017

v

v

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur senantiasa peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT. Atas berkah, rahmat, dan ridho-Nya peneliti dapat menyelesaikan disertasi berjudul “Model Pembelajaran berbasis Keselamatan untuk Membentuk Perilaku Mencegah Cedera Jarum Suntik Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik”. Disertasi ini merupakan tugas akhir untuk meraih gelar Doktor Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI).

Peneliti mengucapkan terima kasih tak terhingga kepada Ibu Prof. Dr. dr. L. Meily Kurniawidjaja, M.Sc., Sp.Ok. sebagai promotor serta kedua ko-promotor peneliti yaitu Ibu Dewi Irawaty, PhD dan Ibu Dr. Rita Damayanti, MSPH yang banyak memberi saran, motivasi, dan petunjuk dalam penyusunan disertasi ini. Peneliti haturkan terima kasih kepada dewan penguji, yaitu Ibu Dr. Enie Novieastari, SKp., MSN, Bp. Dr. dr. Sutoto, MKes, Ibu Dr. Krisna Yetti, dan Ibu Prof Elly Nurachmah, DNSc. yang banyak memberikan masukan untuk peningkatan kualitas disertasi ini.

Ucapan terima kasih juga peneliti haturkan kepada seluruh pihak yang telah membantu kelancaran penyelesaian disertasi ini:

1. Yth Ibu Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D selaku Dekan FIK-UI beserta seluruh jajaran pimpinan FIK-UI
2. Yth Ibu Prof. Elly Nurachmah, DNSc selaku Ketua Program Studi Doktor dan Dr Yati Afiyati selaku sekretaris Program Studi Doktor Keperawatan FIK-UI
3. Ytc seluruh rekan-rekan di Departemen Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar FIK-UI yang selalu memberikan dukungan dan semangat pada peneliti
4. Seluruh dosen dan staf kependidikan FIK-UI
5. Rekan-rekan mahasiswa Program Doktor yang sama berjuang di FIK-UI
6. Mama, Ayah (alm), Ibu, Bp (alm), dan adik-adik yang menjadi penyemangat peneliti
7. Suami peneliti, Tjiptadi, serta tiga dara tercinta Qaniah Zahirah, Khansa Hamidah, dan Haniyah Trihapsari yang telah memberikan pengertian dan keluangan waktu kepada peneliti untuk menyelesaikan disertasi
8. Mahasiswa keperawatan yang setia menjadi responden penelitian ini
9. Seluruh pembimbing klinik, diklit wahana praktik, dan institusi pendidikan yang menjadi mitra dalam penelitian ini
10. Semua pihak yang terlibat langsung dan tidak langsung dalam proses penelitian dan penyusunan disertasi ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu

Peneliti sangat menyadari bahwa disertasi ini belum sempurna. Peneliti sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan selanjutnya.

Depok, 10 Januari 2017

Peneliti

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hanny Handiyani
NPM : 1206201012
Program Studi : Program Doktor Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Disertasi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, saya menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalti-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul: **Model Pembelajaran berbasis Keselamatan untuk Membentuk Perilaku Mencegah Cedera Jarum Suntik Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik**, beserta perangkat yang ada (bila diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini, maka Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/ memformatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 10 Januari 2017

Yang menyatakan



(Hanny Handiyani)

vii

Hanny Handiyani

Program Doktor Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Model Pembelajaran berbasis Keselamatan untuk Membentuk Perilaku Mencegah Cedera Jarum Suntik Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik

xv + 92 halaman, 15 tabel, 11 skema, 7 lampiran

ABSTRAK

Insiden cedera tertusuk jarum suntik (CJS) pada mahasiswa keperawatan masih tinggi. Penelitian ini bertujuan menghasilkan Model Pembelajaran berbasis Keselamatan (MPbK) untuk membentuk perilaku mencegah CJS mahasiswa keperawatan di wahana praktik. Desain penelitian ini adalah *quasi experimental pre and post-test with control group*. Penelitian terdiri dari dua tahapan yaitu penyusunan dan pengujian MPbK. Penyusunan MPbK dilakukan berdasarkan hasil *systematic review* dan *focus group discussion* pada 10 pembimbing klinik. Pengujian MPbK dilakukan pada 165 mahasiswa praktik profesi keperawatan dengan membandingkan perubahan pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku. Responden dikelompokkan dalam 4 kelompok yaitu 26 mahasiswa mendapatkan MPbK 1 (intervensi individu reedukasi & pengingat harian, intervensi kelompok, dan organisasi); 72 mahasiswa mendapat MPbK 2 (intervensi individu reedukasi dan organisasi), 31 mahasiswa mendapat MPbK 3 (intervensi kelompok dan organisasi), dan 36 mahasiswa tanpa intervensi. Intervensi individu meliputi reedukasi dan pengingat harian pencegahan CJS melalui pesan singkat teks dan video. Intervensi kelompok meliputi pengingat dan contoh peran dari pembimbing klinik yang telah dilatih pencegahan CJS. Intervensi organisasi meliputi kontrak program keselamatan dan penyediaan fasilitas penunjang pencegahan CJS. Penelitian tahap 1 menghasilkan MPbK yang diuji pada penelitian tahap 2. Hasil uji GLM-RM pada penelitian tahap 2 didapatkan bahwa pengetahuan dan sikap mencegah CJS dapat ditingkatkan secara signifikan menggunakan MPbK 1, 2, dan 3 ($p < 0,001$), namun intensi perilaku mahasiswa dalam mencegah CJS belum meningkat ($p = 0,110 - 0,993$). Insiden CJS dapat ditekan menggunakan MPbK1 (nol insiden), sehingga dapat disimpulkan MPbK mampu mencegah CJS mahasiswa keperawatan. Model ini dapat menjadi acuan institusi pendidikan, wahana praktik, dan organisasi profesi perawat dalam menetapkan kebijakan pencegahan CJS.

Kata kunci: cedera tertusuk jarum suntik, mahasiswa keperawatan, model pembelajaran berbasis keselamatan

Daftar pustaka: 105 (1971-2017)

Hanny Handiyani

Doctoral Program, Faculty of Nursing Universitas Indonesia

Development of the Safety Based Learning Model to Safety Behavior from Prevent Needle Stick Injuries among Nursing Students in the Clinical Practice Area

xv + 92 pages, 15 tables, 11 sceme, 7 Appendixes

ABSTRACT

Needle Stick Injury (NSI) incident in nursing student is constantly high. This research aimed to develop Safety based Learning Models (MPbK in Indonesia) to shape preventive behaviors of NSI among nursing students during clinical practices. Quasi experimental pre and post- test design with control group was employed in this study. The study comprised two stages: MPbK development and testing stages. The during the first stage, systematic reviews and a focus group discussion with 10 clinical instructors were conducted to generate MPbK. While, the testing stage was performed to measure the changes in students' knowledge, attitudes, and intention before and after the implementation of MPbK. A sample of 165 nursing professional program students was selected for the second stage, dividing into 4 main groups: 26 students participated in MPbK1 (individual, group, and organizational interventions), 72 students participated in MPbK2 (individual and organizational interventions), 31 students participated in MPbK3 (group and organizational interventions), and 36 students received no interventions. Individual interventions comprised re-education and daily reminders through short message and video. Group interventions included role model clinical instructors; whereas organizational interventions were safety programs contract between the university and hospitals, along with the provision of appropriate infrastructure and facilities to promote safety. Results of GLM-RM analysis demonstrated the use of MPbK1, 2, and 3 significantly increased the knowledge and atitudes of students ($p < 0,001$), the intention of student behavior to prevent NSI can be increased, but not yet significan ($p=0,110-- 0,993$). NSI incidents can be reduced using MPbK1 (zero incident). The study suggested nursing educational institutions, hospitals and nursing professional organizations to use MPbK as a reference to develop policies of NSI prevention.

Keyword: needle stick injury, nursing student, safety based learning model

Refereces: 105 (1971-2017)

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK.....	vii
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiii
DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.5 Orisinalitas Penelitian	10
1.6 Batasan Penelitian.....	11
1.7 Model Operasional Penelitian.....	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1 Cedera Jarum Suntik/ <i>Needle-stick Injury</i>	12
2.2 Pembentukan Perilaku	20
2.3 Determinan Perilaku	28
2.4 Kerangka Teori	31
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	32
3.1 Kerangka Konsep.....	32
3.2 Hipotesis	33
3.3 Definisi Operasional	33
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	36
4.1 Tahap Pertama:	36
4.2 Tahap Kedua:	38
4.3 Etika Penelitian	42
4.4 Instrumen	44
4.5 Prosedur Pengumpulan Data.....	46
4.6 Pengolahan dan Analisis Data.....	46

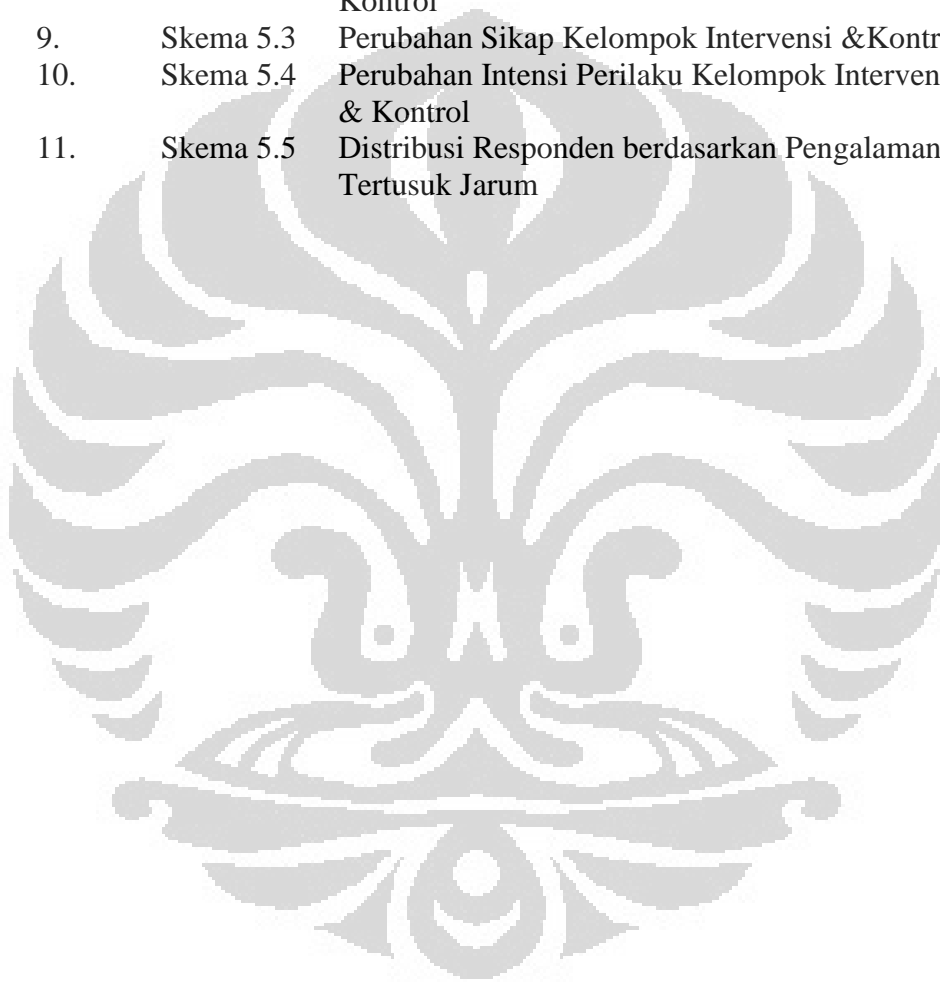
BAB 5 HASIL PENELITIAN	49
5.1 Hasil <i>Systematic Review</i>	49
5.1.1 Strategi Pencegahan CJS.....	49
5.1.2 Peran dan kemampuan pembimbing klinik dalam MPbK	50
5.2 Hasil FGD	51
5.3 Model Pembelajaran berbasis Keselamatan/ <i>Safety based Learning Model</i>	53
5.4 Hasil Pengujian Keberhasilan MPbK	58
5.4.1 Perubahan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Penerapan MPbK	61
5.4.2 Perubahan Sikap Sebelum dan Sesudah Penerapan MPbK	62
5.4.3 Intensi Perilaku Sebelum dan Sesudah Penerapan MPbK	63
5.4.4 Gambaran Insiden CJS.....	65
BAB 6 PEMBAHASAN	68
6.1 Telaah Hasil Penelitian	68
6.1.1 Model Pembelajaran berbasis Keselamatan	68
6.1.2 Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Intensi Perilaku Mencegah CJS.....	82
6.1.3 Gambaran Insiden CJS pada Mahasiswa Keperawatan	86
6.1.4 Model yang Mampu Mencegah CJS pada Mahasiswa Keperawatan	88
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	89
6.3 Implikasi Penelitian	89
6.3.1 Implikasi bagi Pelayanan Keperawatan	89
6.3.2 Implikasi bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan.....	90
6.3.3 Implikasi bagi Penelitian Keperawatan.....	90
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	91
7.1 Simpulan.....	91
7.2 Saran	92
DAFTAR PUSTAKA	93
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

1.	Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	34
2.	Tabel 4.1	Kisi-kisi Instrumen Pengetahuan, Sikap, dan Intensi Perilaku	45
3.	Tabel 4.2	Kisi-kisi Instrument <i>Health Literacy</i>	45
4.	Tabel 5.1	Strategi Efektif untuk Pencegahan CJS	49
5.	Tabel 5.2	Peran Pembimbing Klinik dalam MPbK	50
6.	Tabel 5.3	Karakteristik Pembimbing Klinik yang Efektif	51
7.	Tabel 5.4	Tingkat, Cara, Tujuan, Indikator Keberhasilan PKD	56
8.	Tabel 5.5	Karakteristik Responden dan Tingkat Melek Kesehatan...	59
9.	Tabel 5.6	Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Kelompok MPbK1 (n=26), MPbK 2 (n=72), MPbK 3 (n=31), dan Kontrol (n=36)	62
10.	Tabel 5.7	Perbedaan Sikap Kelompok MPbK1 (n=26), MPbK 2 (n=72), MPbK 3 (n=31), dan Kontrol (n=36) Sebelum dan Sesudah Intervensi	63
11.	Tabel 5.8	Perbedaan Intensi Perilaku Kelompok MPbK1 (n=26), MPbK 2 (n=72), MPbK 3 (n=31), dan Kontrol (n=36) Sebelum dan Sesudah Intervensi	64
12.	Tabel 5.9	Distribusi Pengalaman Tertusuk berdasarkan Kelompok Responden	65
13.	Tabel 5.10	Kondisi-kondisi yang Terjadi pada Saat Tertusuk Jarum	66
14.	Tabel 5.11	Pengaruh Konfounding Tingkat Melek Kesehatan pada Pengetahuan, Sikap, dan Intensi Perilaku Mencegah Cidera Jarum Suntik	67
15.	Tabel 6.1	Perbandingan MPBK dengan Model Lainnya	69

DAFTAR SKEMA

1.	Skema 2.1	Penyebab CJS menurut Survey CDC	14
2.	Skema 2.2	<i>Social Learning Theory</i>	23
3.	Skema 2.3	Kerangka Teori Penelitian	31
4.	Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	32
5.	Skema 4.1	Kerangka Kerja Penelitian Kualitatif	38
6.	Skema 4.2	Desain kuasi eksperimen <i>pre- post test</i> pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi	38
7.	Skema 5.1	Model Pembelajaran berbasis Keselamatan	53
8.	Skema 5.2	Perubahan Pengetahuan Kelompok Intervensi & Kontrol	61
9.	Skema 5.3	Perubahan Sikap Kelompok Intervensi & Kontrol	62
10.	Skema 5.4	Perubahan Intensi Perilaku Kelompok Intervensi & Kontrol	64
11.	Skema 5.5	Distribusi Responden berdasarkan Pengalaman Tertusuk Jarum	65



DAFTAR LAMPIRAN

1. SK Pembimbing Disertasi Program Doktor, 2 Maret 2015
2. Surat Keterangan Lolos Kaji Etik, 17 April 2015
3. Surat Jawaban Ijin Penelitian:
 - 3.1 Surat Ijin Penelitian dari FIK-UI, 11 Mei 2015
 - 3.2 Surat Pemberian Ijin Penelitian dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri (UIN) Syarif Hidayatullah Jakarta, 29 Mei 2015
 - 3.3 Surat Ijin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, 30 Juni 2015
 - 3.4 Surat Ijin Penelitian dari RSUP Fatmawati, 16 September 2015
 - 3.5 Surat Keterangan Ijin Penelitian RSUP Fatmawati, 16 September 2015
 - 3.6 Berita Acara Konsultasi Pakar IPCN RSUP Fatmawati, 24 Juni dan 4 Juli 2015
 - 3.7 Berita Acara Konsultasi Pakar dari Komite K3 RSUP Fatmawati sekaligus sebagai pembimbing lapangan (Triyo Hartono, SKM, MKKK), 13 November 2015
4. Panduan, Instrumen, dan Lembar Persetujuan FGD
5. Kisi-kisi Instrumen dan Instrumen Karakteristik Mahasiswa, Pengetahuan, Sikap, Intensi Perilaku, *Health Literacy* (HL), dan Lembar Evaluasi Diri
6. Daftar Video dan Skenario Video Pencegahan Cedera Jarum Suntik
7. Biodata Peneliti

DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

Istilah	Penjelasan
APD	Alat pelindung diri
Cedera/ <i>harm</i>	Dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh dapat berupa fisik, sosial, dan psikologis. Yang termasuk <i>harm</i> adalah penyakit, cedera, penderitaan, cacat, dan kematian
Cedera/ <i>injury</i>	Kerusakan jaringan yang diakibatkan <i>agent/</i> keadaan, misalnya cedera jarum suntik (<i>needle stick injuries/ CJS</i>)
GLM-RM	<i>General Linier Model-Repeated Measure</i>
Hazard/ bahaya	Suatu keadaan, perubahan/ tindakan yang berpotensi meningkatkan risiko
HAI's	<i>Healthcare-Associated Infections</i> = infeksi nosokomial
Insiden	<i>Patient safety incident</i> selanjutnya disebut insiden= Setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan <i>harm/</i> cedera yang tidak seharusnya terjadi
Keselamatan Pasien (IKP)	Setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan/ berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari KTD, KNC, KTC, KPC, dan sentinel
Intensi	Intensi merupakan kemudahan seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku
Keselamatan	Bebas dari bahaya atau risiko (<i>hazard</i>)
Keselamatan pasien	Pasien bebas dari <i>harm/</i> cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari <i>harm</i> yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik/ sosial/ psikologis, cacat, kematian) terkait dengan pelayanan kesehatan
KTD	Kejadian tidak diharapkan/ <i>adverse event</i> = Suatu insiden yang mengakibatkan <i>harm/</i> cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya/ kondisi pasien
KNC	Kejadian nyaris cedera/ <i>near miss</i> = Suatu insiden yang tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (<i>commission</i>) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (<i>omission</i>), dapat terjadi karena keberuntungan (misalnya pasien menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), karena pencegahan (suatu obat overdosis <i>lethal</i> akan diberikan, tetapi seseorang mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau peringatan (suatu obat dengan overdosis <i>lethal</i> diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya)
KTC	Kejadian tidak cedera = insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera
KPC	Kondisi potensi cedera = kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden
Laporan insiden RS (internal)	Pelaporan secara tertulis setiap kejadian nyaris cedera (KNC) atau kejadian tidak diharapkan (KTD) yang menimpa pasien atau kejadian lain yang menimpa keluarga pengunjung maupun karyawan yang terjadi di rumah sakit
Laporan insiden keselamatan pasien	KKP-RS (eksternal)= Pelaporan secara anonim dan tertulis ke KKP-RS setiap kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian nyaris cedera (KNC) pasien, telah dilakukan analisis penyebab, rekomendasi, dan solusinya
MPBK	Model pembelajaran berbasis keselamatan
OSHA	<i>Occupational Safety and Health Administration</i>
Penyakit	Disfungsi fisik atau psikis
PPI	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
Sentinel	Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius
SLT/ SCT	<i>Social Learning Theory/ Social Cognitive Theory</i>
SPO	Standar Prosedur Operasional

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cedera tertusuk jarum suntik (CJS)/ *needle stick injury/ percutaneous injuries/ tusukan tak sengaja* oleh jarum pada kulit merupakan *hazard* mekanik patogen yang menjadi ancaman perawat saat bekerja. Paparan utama bahaya patogen pada tenaga kesehatan adalah melalui CJS dan cedera benda tajam (American Nurses Association's, 2002). Alat pelindung diri (APD) dapat melindungi kulit dari kontak dengan cairan tubuh yang berpotensi menular, namun APD mudah ditembus jarum (CDC, 2008). Ancaman insiden tersebut juga dialami oleh mahasiswa keperawatan saat praktik klinik menggunakan jarum suntik di wahana praktik.

Insiden CJS pada mahasiswa keperawatan dan perawat baik di negara maju maupun berkembang masih tinggi. Hambridge (2011) menyimpulkan berdasarkan penelitian dari berbagai negara bahwa insiden CJS pada mahasiswa keperawatan 9,4-61,9%, sementara Yang et al. (2007) mendapatkan CJS yang dialami setiap mahasiswa sebanyak 4,9 kali/ tahun. Insiden CJS pada mahasiswa yang magang selama 10 pekan berbeda secara signifikan dengan mahasiswa yang magang selama 4 pekan (53,3% dan 43,7%, $p=0.039$), sehingga semakin lama waktu magang, semakin besar kemungkinan mahasiswa untuk tertusuk jarum suntik. Martins, Coelho, Vieira, Matos, & Pinto (2012) melaporkan 65% tenaga kesehatan mengalami CJS dalam 5 tahun terakhir dan 74,8% di antaranya adalah perawat. Sebanyak 64,9% perawat masih mengalami CJS (Zhang, Gu, Cui, Stallones, & Xiang, 2015).

Data CJS perawat di Amerika setiap tahun dilaporkan melalui American Nursing Association berdasarkan data dari rumah sakit (RS), sementara data nasional CJS perawat di Indonesia belum ada. Data yang tersedia baru diperoleh berdasarkan hasil penelitian yang bersifat insidental dalam skala kecil. Hasil residensi di salah satu RS di Jakarta dilaporkan CJS sebesar 3% yaitu 21 dari 709 perawatnya (Yulis, 2015). Laporan studi disertasi terkait CJS pada tenaga kesehatan di Jawa dan Bali diperoleh CJS 43% per tahun, namun prosentase CJS pada perawat tidak disebutkan (Tarigan, Kriebel, Quin, & Cifuentes, 2014). Sementara, laporan mutu salah satu RS di Jakarta menyebutkan insiden CJS pada tenaga kesehatan 0,42% (RSUP Fatmawati, 2014).

Universitas Indonesia

Beberapa negara memiliki data kondisi saat terjadi CJS di mahasiswa keperawatan, sementara data insiden CJS mahasiswa tidak dimiliki institusi pendidikan di Indonesia. Penelitian tentang CJS pada mahasiswa di Namibia diperoleh insiden CJS 17% dan 55% insiden terjadi pada saat mahasiswa tidak didampingi perawat (Small, Pretorius, Walters, & Ackerman, 2011). Hambridge (2011) juga mendapatkan bahwa 39.5--96.24% insiden pada mahasiswa keperawatan di berbagai negara tidak dilaporkan. Untuk melihat besaran masalah CJS, peneliti menyebarkan kuesioner pada 18 institusi pendidikan Ners di Indonesia pada 871 mahasiswa tahap klinik (Mei 2015). Hasil menunjukkan rerata insiden Kejadian Nyaris Cidera (KNC) CJS adalah 32,3%, sementara 19,1% mengalami CJS (kejadian tidak diharapkan/ KTD). Mahasiswa yang melaporkan insiden hanya 34,2% dan 66,1% mahasiswa saat mengalami CJS tidak didampingi pembimbing/ perawat di wahana praktik. Data ini sesuai dengan fenomena yang ditemukan peneliti pada lokasi penelitian sejak 2010 hingga 2011, yaitu insiden CJS 19--20% (Handiyani, 2012) dan CJS terjadi saat mahasiswa tidak didampingi pembimbing.

Keberadaan mahasiswa di RS cukup banyak. Gambaran jumlah mahasiswa yang praktik dalam suatu RS pemerintah dalam satu tahun periode menunjukkan rerata berjumlah 1921 mahasiswa keperawatan, terdiri dari 780 mahasiswa D3 Keperawatan, 1017 mahasiswa S1 Keperawatan, dan 124 mahasiswa S2 Keperawatan (Data Diklat RS X di Jakarta, 2014). Data dari komunikasi peneliti dengan pengurus Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI) dan Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI) pada 2016 menunjukkan angka banyaknya jumlah mahasiswa keperawatan di wahana praktik. Saat ini terdapat sekitar 295 Program Studi Ners dan 481 Program Studi Diploma 3 Keperawatan (data AIPNI dan AIPViKI per Desember 2016). Secara umum sekitar 80.000 mahasiswa Ners dan Diploma praktik di RS. Jika 19%-nya mengalami CJS, maka dalam setahun ada sekitar 15.280 mahasiswa tertusuk, atau sekitar 42 mahasiswa keperawatan di Indonesia tertusuk jarum suntik setiap harinya. Angka ini belum termasuk mahasiswa pascasarjana yang juga praktik di wahana praktik. Angka yang sangat tinggi, sehingga memerlukan upaya khusus untuk melindungi mahasiswa dari bahaya CJS di wahana praktik.

Tingginya insiden CJS, rendahnya angka mahasiswa yang melaporkan insiden CJS-nya, dan tidak adanya mekanisme pelaporan insiden CJS merupakan dampak dari belum diterapkannya budaya keselamatan dalam institusi pendidikan dan wahana praktik. Perilaku menjaga keselamatan yang dilandasi sikap dan pemahaman dalam berperilaku perlu diterapkan sebagai suatu budaya dalam bekerja. Penerapan budaya keselamatan merupakan komitmen bersama dari manajer dan staf dalam memastikan keselamatan pasien dan staf (CDC, 2008) termasuk keselamatan terhindar dari CJS. Komitmen didapatkan melalui proses pemahaman yang sama akan upaya mencegah CJS yang secara operasional tertuang dalam standar prosedur operasional (SPO) terkait penggunaan jarum suntik.

Pemahaman mencegah CJS yang ditunjukkan dengan baiknya pengetahuan dan perilaku menjaga keselamatan merupakan faktor internal mahasiswa keperawatan dalam mencegah CJS setiap kali mahasiswa menggunakan jarum suntik. Sementara, wahana tempat mahasiswa praktik sebagai faktor eksternal umumnya kurang memfasilitasi dan memberikan contoh peran perilaku aman dari CJS. Walaupun individu telah berada dalam lingkungan yang menjamin keselamatannya, faktor perilaku individu tetap menjadi penyebab terjadinya CJS. Willians (1989) dalam Cooper (2000) menekankan bahwa tidak semua individu di dalam suatu organisasi memiliki respons yang sama terhadap aturan/ situasi yang ada di tempatnya berada. Individu umumnya mengadopsi situasi yang sesuai dengan keyakinan, sikap, dan nilai yang dianutnya untuk mencegah CJS, terutama setelah melihat dampak CJS.

Insiden CJS yang tinggi berdampak langsung pada mahasiswa keperawatan yang mengalaminya, baik secara fisik, psikis, sosial, maupun ekonomi. American Nurses Association's (2002) menjelaskan bahwa CJS merupakan penyebab utama transmisi penyakit menular yang disebarkan melalui darah. Patogen aliran darah yang menyebabkan penyakit menular adalah *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* sekitar 1/300 insiden, *Hepatitis B Virus (HBV)* 1/3, *Hepatitis C Virus (HCV)* 1/30. Dampak psikologis dari CJS adalah ansietas, insomnia, depresi, kehilangan selera, dan stress pascatrauma (Medical Technology Association of Australia, 2013). Kondisi tersebut tentunya juga menyebabkan masalah sosial.

Biaya pengobatan untuk menatalaksana insiden juga tidak murah dan dampak CJS juga dapat dirasakan pasien. *Medical Technology Association of Australia* (2013) merangkum biaya langsung dampak CJS dari pemeriksaan dan penanganan CJS serta biaya tak langsung muncul karena berkurangnya waktu dan produktivitas individu yang mengalami CJS. Beggs, Shepherd, & Kerr (2009) menyebutkan bahwa pekerja kesehatan termasuk mahasiswa keperawatan berkontribusi dalam meningkatkan atau menurunkan transmisi patogen melalui kontak dengan pasien. Peningkatan transmisi patogen tersebut berdampak pada peningkatan biaya perawatan pasien yang kontak dengan mahasiswa yang infeksius.

Institusi pendidikan keperawatan bertanggung jawab menyediakan wahana praktik yang aman bagi peserta didik. Wahana praktik juga berkewajiban mendukung berjalannya kebijakan keselamatan bahaya CJS bagi mahasiswa keperawatan. Manajer keperawatan di wahana praktik berkewajiban memastikan terjaminnya mutu keselamatan personil yang menjadi tanggung jawabnya. Selain menetapkan standar di ruangnya, fungsi pengarah dalam membentuk perilaku staf untuk membiasakan perilaku pencegahan CJS tersebut menjadi sangat diutamakan. Handiyani, Allenidekania, & Eryando (2004) telah membuktikan bahwa kepala ruangan yang melaksanakan fungsi pengarah dengan baik berpeluang meningkatkan keberhasilan pengendalian *healthcare-associated infections* (HAI's) sebesar 21,4 kali dibandingkan yang berfungsi pengarah kurang baik.

Upaya mencegah CJS juga merupakan implementasi dari fungsi pengendalian manajer dalam menjamin tercapainya indikator mutu pelayanan keperawatan. Salah satu indikator yang harus dipenuhi manajer menurut *American Nurses Association* (ANA) adalah terbebas dari bahaya infeksi nosokomial (Montalvo, 2007) yang saat ini lebih dikenal dengan HAI's dan salah satunya adalah terbebas dari CJS.

Upaya mencegah CJS yang merupakan salah satu indikator akreditasi RS dan bagian dari sasaran kelima keselamatan pasien (Joint Commission International, 2013; Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2011) harus dikendalikan secara organisasi. Upaya tersebut tidak hanya ditujukan untuk pasien, namun juga difokuskan pada perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan, pengunjung, dan mahasiswa keperawatan.

Universitas Indonesia

Setiap perawat di wahana praktik dapat menjadi contoh peran bagi mahasiswa keperawatan dengan menampilkan perilaku yang baik dalam mencegah CJS dan bekerja sesuai SPO. Perilaku pencegahan CJS dilakukan agar tercapainya tujuan PPI di RS (Kementerian Kesehatan RI, 2009) dan juga pada standar akreditasi RS. Namun, beberapa mahasiswa menyampaikan tidak mudah mendapatkan contoh peran yang baik di ruang rawat. Pelaksanaan SPO memerlukan dukungan manajer dan peran serta mahasiswa. Pelibatan penuh mahasiswa pada asuhan keperawatan dapat mendukung pemberian pelayanan kesehatan (Vaismoradi, Bondas, Jasper, & Turunen, 2014). Integrasi program keselamatan di wahana praktik dan di institusi pendidikan diperlukan dalam pengelolaan keselamatan mahasiswa keperawatan mulai dari desain kurikulum, implementasi, evaluasi, dan sistem pelaporannya.

Kesadaran mahasiswa untuk selalu waspada dan mencegah CJS selama praktik sangat diperlukan, terutama pada saat praktik klinik mandiri tanpa disupervisi pembimbing. Perilaku mencegah CJS yang perlu dilakukan sedini mungkin sehingga terus berperilaku baik saat bekerja sebagai perawat. Pelayanan kesehatan membutuhkan tenaga kesehatan yang dapat memberikan perawatan dengan aman dan upayanya dimulai sejak dari pendidikan (Piscotty, Grobbel & Tzeng, 2011). Perilaku mencegah CJS perlu dilatih selama studi di institusi pendidikan dan saat praktik di wahana praktik.

Peneliti sejak 2012 juga telah membekali mahasiswa yang dikelolanya dengan memberikan pelatihan keselamatan sebelum mahasiswa praktik profesi sebagai respons tingginya CJS pada mahasiswa praktik. Hasil penelitian pada mahasiswa sebelumnya menunjukkan bahwa 57% mahasiswa memiliki tingkat pengetahuan baik (Handiyani, Yetti, Kuntarti, & Hariyati, 2013). Hasil ini sejalan dengan penelitian di Jordania yang mendapatkan bahwa pengetahuan mahasiswa tentang kewaspadaan penanganan infeksi tidak adekuat (Darawad & Al-Hussami, 2013). Pengamatan langsung terhadap kemampuan pencegahan CJS belum pernah dilakukan. Observasi baru dilakukan saat mahasiswa menjalankan ujian praktik klinik yang menggunakan jarum suntik. Hasil observasi menunjukkan belum 100% mahasiswa lulus ujian menyuntik sehingga harus mengikuti remedial ujian menyuntik sebelum mahasiswa praktik di RS.

Universitas Indonesia

Kesiapan mahasiswa sebelum praktik juga sangat diharapkan. Hasil diskusi peneliti dengan lima perwakilan Bagian Pendidikan dan Latihan (diklat) RS di Jakarta, Bogor, dan Depok pada 29 November 2013 didapatkan bahwa pihak RS meminta seluruh mahasiswa yang praktik di RS-nya telah dibekali dengan pemahaman tentang keselamatan kerja dan telah menjalankan psikotest kesiapan praktik. Institusi pendidikan sendiri telah melakukan uji kompetensi seluruh keterampilan klinik yang terkait pencegahan CJS. Hanya mahasiswa yang telah lulus diperkenankan praktik di RS. Sekalipun hal itu telah dilakukan, terpaparnya mahasiswa dengan lingkungan RS yang tidak konsisten melaksanakan upaya pencegahan CJS dapat menurunkan kepatuhan mahasiswa dalam menjalankan prosedur keselamatan.

Potensi terjadinya CJS juga disebabkan karena mahasiswa kadang tidak berani menolak jika diminta untuk melakukan prosedur yang tidak sesuai dengan kemampuannya. Ketidakmampuan mahasiswa mengambil keputusan terbaik untuk keselamatan dirinya menjadi potensi CJS pada mahasiswa, apalagi proses bimbingan optimal pada mahasiswa pada umumnya baik pada dinas pagi saja. Beberapa insiden CJS terjadi pada saat dinas sore dan malam, di mana mahasiswa memberikan asuhan keperawatan dalam bimbingan dan pantauan yang terbatas. Contoh peran dari pembimbing dirasakan mahasiswa baik bila mahasiswa praktik di pagi hari saja.

Wahana praktik telah melakukan upaya pencegahan cedera melalui program orientasi keselamatan pasien sebelum mahasiswa praktik. Program tersebut wajib diikuti mahasiswa, sekalipun belum semua RS menerapkan program tersebut, sehingga institusi pendidikan perlu melakukan pembekalan keselamatan secara lebih baik.

Perlunya setiap mahasiswa divaksin sebelum praktik juga menjadi pembahasan pihak diklat RS maupun beberapa pembimbing yang diwawancarai peneliti pada Desember 2013. Hal itu untuk memproteksi mahasiswa dari infeksi aliran darah yang dapat dialami mahasiswa selama praktik profesi di RS. Proteksi pada mahasiswa juga dilakukan dengan menganjurkan mahasiswa melakukan vaksinasi sebelum mahasiswa praktik klinik, namun mahal biaya vaksinasi menyebabkan vaksinasi hanya dilakukan oleh beberapa mahasiswa.

Beberapa upaya untuk mengurangi CJS telah ditetapkan. Secara internasional, upaya tersebut merujuk pada panduan *Bloodborne Pathogens Standard, Title 29 Code of Federal Regulations, Part 1910.1030* dari *Occupational Safety and Health Assosiation* (OSHA) yang berlaku sejak 1991, *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) *National Institute for OSHA* yang berlaku sejak 1999; *Injection Safety* WHO (*World Health Organization*, 1999), *Asosiasi Registered Nurse* sejak 2002; dan berbagai panduan keselamatan pasien lainnya yang selalu diperbaharui. Sementara panduan khusus untuk mahasiswa dan panduan untuk para pembimbing klinik belum ada.

Disertasi ini disusun untuk mendapatkan model pembelajaran/ pembentukan perilaku mencegah CJS pada mahasiswa melalui pemberian intervensi pada komponen individu, kelompok, wahana praktik, dan pembimbing dengan mengacu pada teori pembelajaran sosial dari Bandura (Bandura, 1971). Upaya tersebut sebagai salah satu solusi berbagai permasalahan penyebab potensi terjadinya CJS pada mahasiswa.

1.2 Perumusan Masalah

Proses pembelajaran mahasiswa di wahana praktik belum secara optimal menjamin perlindungan mahasiswa keperawatan dari berbagai *hazard* khususnya CJS selama mahasiswa praktik di wahana praktik khususnya RS. Berbagai upaya keselamatan telah dilakukan peneliti bersama institusi pendidikan dan wahana praktik sejak 2012 hingga saat ini. Upaya diawali dengan program orientasi keselamatan hingga membuat mekanisme pelaporan insiden. Upaya perlindungan ini masih kurang efektif karena fenomena insiden CJS pada mahasiswa keperawatan sampai saat ini masih tinggi (19,1%) dan hanya 34,2% mahasiswa yang melaporkan insiden CJS. Insiden tidak terdokumentasi dengan baik sehingga proses penanganan insiden juga tidak dapat segera dilaksanakan, terlebih lagi 66,1% mahasiswa saat mengalami CJS tidak didampingi perawat/ pembimbing.

Kondisi tersebut terjadi karena belum ada upaya yang terintegrasi antara institusi pendidikan dan wahana praktik yang dapat membentuk perilaku pencegahan CJS pada mahasiswa keperawatan di wahana praktik. Tingginya angka insiden CJS pada mahasiswa keperawatan memerlukan upaya pencegahan yang lebih baik mengingat dampak negatif yang akan terjadi dengan adanya CJS, salah satunya transmisi berbagai patogen khususnya penularan HIV, hepatitis B, dan hepatitis C.

Upaya membentuk sistem yang optimal dan didukung kebijakan pihak wahana praktik untuk melindungi mahasiswa dari CJS diperkirakan memerlukan waktu lama. Berdasarkan pertimbangan tersebut, pengembangan sebuah model pencegahan terjadinya CJS menjadi suatu keharusan. Intervensi menggunakan model yang dikembangkan dalam penelitian ini perlu diuji sebagai langkah awal yang dapat dilakukan untuk melindungi mahasiswa keperawatan yang jumlahnya sangat banyak di wahana praktik dari insiden CJS.

Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan utama penelitian ini adalah bagaimana Model Pembelajaran berbasis Keselamatan yang Mampu Mencegah Cedera Jarum Suntik (CJS) pada Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengembangkan Model Pembelajaran berbasis Keselamatan (MPbK) untuk mencegah CJS pada mahasiswa keperawatan di wahana praktik.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan Penelitian Tahap 1:

Tersusunnya MPbK dengan menggunakan pendekatan pembelajaran sosial

Tujuan Penelitian Tahap 2 adalah terbuktinya keberhasilan MPbK melalui:

- 1.3.2.1 Teridentifikasinya peningkatan pengetahuan pencegahan CJS
- 1.3.2.2 Teridentifikasinya peningkatan sikap pencegahan CJS
- 1.3.2.3 Teridentifikasinya peningkatan intensi perilaku pencegahan CJS
- 1.3.2.4 Teridentifikasinya MPbK yang mempengaruhi insiden CJS paling rendah
- 1.3.2.5 Teridentifikasinya model MPbK mampu mencegah CJS

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini bermanfaat secara teoritis dan aplikatif. Manfaat teoritis untuk mengembangkan model keperawatan dalam mencegah CJS, sedangkan aplikasinya dapat digunakan mahasiswa, institusi pendidikan keperawatan, dan wahana praktik, khususnya para pembimbing klinik.

1.4.1 Manfaat Aplikasi

1.4.1.1 Manfaat bagi Mahasiswa Keperawatan

Intervensi yang dialami mahasiswa sebagai responden dalam penelitian ini bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan sebagai calon perawat dalam melatih kemampuan mencegah CJS. Kemampuan mencegah CJS selama mengikuti proses pembelajaran berbasis keselamatan yang ditanamkan pada diri mahasiswa tersebut akan melekat hingga kelak menjadi perawat.

1.4.1.2 Manfaat bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian dapat menjadi standar pendidikan keperawatan mengembangkan kebijakan, pedoman, panduan, dan standar prosedur operasional keselamatan mahasiswa selama praktik di wahana praktik. Media edukasi yang dihasilkan dalam penelitian ini juga dapat menjadi materi dalam kegiatan orientasi keselamatan sebelum mahasiswa memasuki wahana praktik. Jika setiap institusi pendidikan menggunakan model ini, maka mahasiswa keperawatan di Indonesia akan terjamin dari CJS selama praktik profesi. Kebijakan keselamatan mahasiswa di institusi pendidikan dan wahana praktik dapat dikembangkan berdasarkan hasil penelitian ini.

1.4.1.3 Manfaat bagi Masyarakat

Penerapan MPbK yang berdampak pada rendahnya CJS akan berdampak pada masyarakat yang dirawat oleh mahasiswa dan atau perawat. Masyarakat juga akan terlindungi dari kemungkinan bahaya patogen jarum suntik selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

Penelitian ini bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan dalam hal pengembangan model pembelajaran pada mahasiswa di pendidikan & wahana praktik sebagai upaya pembentukan perilaku mencegah CJS pada mahasiswa keperawatan

1.4.3 Manfaat Metodologi

Penelitian ini menggunakan metode kuasi eksperimen dalam mengujicobakan suatu model. Model yang dihasilkan dapat menjadi dasar metode pembentukan perilaku mahasiswa keperawatan di wahana praktik.

1.5 Orisinalitas Penelitian

Orisinalitas/ kebaruan penelitian ini dinilai dari aspek kontribusi seluruh proses penelitian dalam pengembangan ilmu keperawatan. Cryer (2006) dalam Sastroasmoro (2010) membagi pelbagai kriteria orisinalitas dengan bahasa yang berbeda namun dengan filosofi yang lebih kurang sama, yaitu original dalam alat, teknik, prosedur; original dalam mengeksplorasi sesuatu yang tidak diketahui dan tidak diantisipasi; original dalam data; penggunaan produk baru; dan pengalaman yang dapat dipublikasikan.

Penelitian ini memiliki kebaruan ide dalam mengeksplorasi masalah keselamatan pada mahasiswa keperawatan yang selama ini kurang diperhatikan secara optimal. Intervensi pembentukan perilaku mencegah CJS khusus pada mahasiswa keperawatan dapat menjadi kebijakan baru bagi institusi pendidikan keperawatan dan wahana praktik agar dapat menjamin proses pembelajaran klinik yang aman bagi mahasiswa keperawatan. Model yang dihasilkan dari penelitian ini juga dapat menjadi hak atas kekayaan intelektual (HaKI) peneliti dan artikel yang dihasilkan dapat dipublikasikan sebagai temuan untuk memperkaya karya ilmiah perawat di Indonesia.

1.6 Batasan Penelitian

Penelitian ini dibatasi pada upaya pembentukan perilaku keselamatan diri mahasiswa dalam mencegah CJS yang merupakan bagian dari manajemen pelayanan dan pendidikan keperawatan. Manajemen pelayanan keperawatan khususnya berfokus pada pelaksanaan fungsi pengarahan dan pengendalian keselamatan. Upaya membentuk mahasiswa agar kompeten dalam mencegah CJS merupakan bagian dari pengelolaan pendidikan keperawatan. Konsep keperawatan dasar yang dikembangkan adalah pemenuhan kebutuhan manusia khususnya kebutuhan keselamatan pada mahasiswa keperawatan.

1.7 Model Operasional Penelitian

Penelitian ini secara operasional meliputi dua tahapan, yaitu tahap pengembangan model dan pengukuran/ pengujian model melalui studi kuantitatif. Pengembangan model diawali dengan *systematic review* dan *focus group discussion* pada pembimbing klinik tentang upaya pencegahan CJS pada mahasiswa. Proses pengembangan model juga diperkuat dengan konsultasi pakar keselamatan dan pembimbing untuk memastikan perangkat model sebelum diujicobakan. Pengukuran pengaruh model dilakukan dengan sebelumnya memberikan intervensi pada kelompok intervensi. Konfonding tingkat melek kesehatan juga diuji untuk memastikan pengaruh model dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan intensi perilaku pencegahan CJS pada mahasiswa keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka ini menggambarkan penjelasan dari variabel yang diteliti dalam penelitian. Uraian tersebut menjadi landasan dalam merumuskan definisi operasional dan komponen model yang dikembangkan peneliti. Hasil tinjauan diurutkan secara sistematis mulai dari tinjauan tentang cedera jarum suntik, proses pembelajaran, dan determinan perilaku. Keterkaitan ketiga komponen tersebut dirangkum dalam susunan kerangka teori yang dijelaskan pada bagian akhir bab ini.

2.1 Cedera Jarum Suntik/ *Needle-stick Injury*

Tinjauan tentang cedera tertusuk jarum suntik (CJS) meliputi penjelasan tentang batasan, penyebab, dan upaya pencegahan CJS. Pemahaman tentang CJS juga dikaitkan dengan konsep keselamatan kerja tenaga kesehatan dan keselamatan pasien di rumah sakit (RS).

2.1.1 Batasan Cedera Jarum Suntik

Cedera tertusuk jarum suntik (CJS) merupakan salah satu bentuk *hazard* mekanik dan biologik karena masuknya jarum suntik yang mengandung zat patogen ke jaringan tubuh secara tidak sengaja. Trivedi, Kasar, Tiwari, Verma, & Sharma, 2013 menjelaskan CJS sebagai tusukan pada kulit yang disebabkan oleh jarum yang kemungkinan telah terkontaminasi dengan kontak pasien yang terinfeksi atau cairan tubuh. Cedera jarum suntik merupakan luka tusuk yang terjadi secara tidak sengaja dan mungkin telah terkontaminasi darah dan cairan tubuh (Tarigan et al., 2014).

Cedera jarum suntik merupakan insiden keselamatan pasien (IKP) penyebab penyakit terbanyak di rumah sakit (RS). *International Council of Nurses* (2006) mencatat bahwa insiden terbanyak terjadi pada perawat di RS adalah CJS. Tenaga kesehatan berisiko paling banyak terpajan darah dan cairan tubuh (Yao, Wu, Yang, Zhang, & Yao, 2013) sehingga CJS sebagai pintu masuk mikroorganisme (bakteri, jamur, virus, protozoa) penyebab penyakit ke dalam jaringan tubuh manusia. Adanya mikroorganisme dalam tubuh tersebut menimbulkan kerusakan jaringan sekitar dan infeksi sistemik/ sepsis (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2013).

Gejala infeksi karena CJS pada umumnya tidak segera disadari dan tidak muncul segera karena proses infeksi meliputi beberapa periode, yaitu periode inkubasi (masa antara kuman masuk hingga timbul gejala), prodromal, sakit, dan penyembuhan (Potter et al., 2013). Masa inkubasi berbeda-beda, misalnya hepatitis B muncul setelah 6 bulan kemudian. Prodromal merupakan periode sejak munculnya gejala umum (lelah, tubuh agak hangat) hingga muncul gejala penyakitnya. Pada saat tersebut, mikroorganisme tumbuh dan berkembang. Selama tahapan ini tubuh telah dapat menularkan penyakit ke tubuh yang lain. Sakit merupakan periode munculnya seluruh tanda penyakit/ infeksi. Penyembuhan merupakan periode hilangnya tanda infeksi. Lamanya tergantung keparahan infeksi dan daya tahan tubuh.

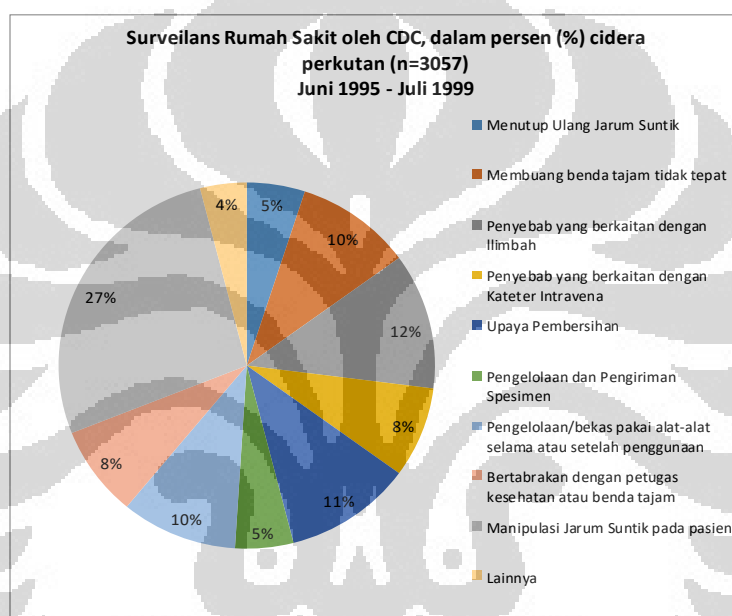
Mekanisme pertahanan diri dari infeksi dapat terganggu oleh beberapa perilaku yang dapat menembus mekanisme pertahanan tubuh. Kulit yang terluka karena CJS dan berpindahkannya mikroorganisme patogen melalui tangan yang tidak bersih merupakan kondisi paling sering dialami tenaga kesehatan maupun mahasiswa keperawatan.

Tertusuk jarum merupakan masalah serius tertularnya infeksi berbahaya dan HAI's apalagi jika tertusuk jarum bekas pasien. Mayoritas (70,1%) CJS terjadi di kamar pasien dan 53,2% terjadi dari jarum yang telah digunakan pasien, bahkan 21,5% dari pasien infeksius (Shiao, Mcclaws, Huang, & Guo, 2002).

Kejadian CJS merupakan IKP sentinel yang dapat menyebabkan kematian karena dapat menjadi penyebab penularan penyakit yang mematikan. Pusat Laporan Pengendalian dan Pencegahan Penyakit/ CDC (2008) memperkirakan bahwa setiap tahun terjadi kasus 385.000 CJS dan luka benda tajam lainnya. Luka benda tajam terutama terkait dengan penularan kerja dari virus hepatitis B (HBV), virus hepatitis C (HCV), *human immunodeficiency virus* (HIV), dan transmisi lebih dari 20 patogen lain. Struble (2013) menekankan bahwa darah yang terinfeksi semakin banyak dipindahkan melalui tusukan jarum.

2.1.2 Penyebab CJS

Penyebab CJS sangat beragam dan terjadi saat mahasiswa melakukan pengkajian dan tindakan kolaborasi asuhan keperawatan. Cedera jarum suntik/ CJS merupakan *occupational hazard* yang paling sering dialami mahasiswa keperawatan dan 80% terjadi karena teknik yang tidak tepat (Hulme, 2009). WHO dalam sumber yang sama menetapkan hampir tiga juta kasus CJS terjadi pada tenaga kesehatan setiap tahunnya, 90%-nya terjadi di negara berkembang. Teknik yang tidak tepat yang menjadi penyebab CJS digambarkan oleh (American Nurses Association's, 2002) mulai dari teknik menutup jarum suntik, membuang jarum, hingga manipulasi jarum.



Skema 2.1 Penyebab CJS menurut Survey CDC (ANA, 2002)

Jarum suntik bekas pakai sebagai limbah padat berbahaya yang mengandung patogen perlu dikelola dengan baik. Jarum suntik mengandung bahan tercemar jasad renik yang dapat mencederaikan dan menularkan penyakit. Pengelolaannya harus sesuai aturan dan pedoman yang berlaku (Kemenkes RI, 2008) sehingga infeksi tidak terjadi. Penyebab CJS disebabkan pula oleh jenis jarum suntik yang digunakan saat ini umumnya tidak menggunakan *safe-needle*. Jarum suntik didesain pertama kali pada 1970-an. Desainnya juga masih relatif kurang aman karena lubang jarum suntik yang berongga mampu menyimpan mikroorganisme patogen. Sejak 1993, FDA telah merekomendasikan seluruh tenaga kesehatan menggunakan jarum suntik yang aman, namun hanya 15% RS di USA yang menggunakannya karena mahal.

2.1.3 Upaya Pencegahan Cedera Jarum Suntik

Cedera jarum suntik (CJS) pada umumnya dapat dicegah. American Nurses Association's (2002) menekankan bahwa injuri tersebut 100% dapat dicegah. Insiden CJS tersebut pada umumnya dapat dikendalikan walaupun tidak mudah. Lebih dari 80% CJS dapat dicegah dengan menggunakan jarum suntik yang aman. Jika digabung dengan edukasi dan pengendalian tempat kerja dapat mengurangi lebih dari 90%. Struble (2013) lebih jauh menjelaskan pentingnya penatalaksanaan CJS melalui strategi pencegahan primer, pelaporan, dan penatalaksanaan pascaterpapar, pemberian profilaksis, konsultasi pakar dalam manajemen pascaterpapar, serta monitoring dan tindak lanjut pascapemberian profilaksis.

Pemberi pelayanan kesehatan dan institusinya perlu memastikan terlaksananya prinsip kewaspadaan standar termasuk penggunaan alat pelindung diri dan teknik bekerja dengan benar selama bekerja. Cooper (2001) menekankan bahwa 80-95% *accident* dipicu oleh perilaku yang tidak aman. Terlaksananya faktor tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pelatihan kewaspadaan standar, pengetahuan, peringkat RS, ketersediaan kotak sampah benda tajam, *self-efficacy*, pengalaman pajanan, dan kondisi ruang perawat (Luo, He, Zhou, & Luo, 2010).

Pengendalian terhadap CJS sebagai bagian dari praktik pencegahan infeksi mengacu pada hirarki pengendalian bahaya pada umumnya. Hirarki tertinggi tentunya lebih efektif dibandingkan di bawahnya. Pengendalian bahaya sesuai hirarki meliputi mengeliminasi/ menghilangkan, mensubstitusi, mengisolasi, *engineering control*, menggunakan pengendalian administratif, dan alat pelindung diri termasuk menggunakan sarung tangan *double* (Ford, 2014; Workcover NSW, 2014).

Eliminasi, substitusi, isolasi, dan minimalisasi merupakan upaya *engineering control*, di mana pengendalian bahaya dilakukan dengan melakukan modifikasi pada faktor lingkungan kerja. Eliminasi merupakan proses menghilangkan bahaya dari area kerja atau menciptakan kondisi di mana sama sekali tidak ada aktifitas pekerjaan yang melibatkan bahaya. Substitusi merupakan proses penggantian dari sesuatu yang berbahaya menjadi yang kurang berbahaya.

Substitusi dapat dilakukan pada material yang digunakan, proses yang dilakukan, dan peralatan yang digunakan. Isolasi dilakukan dengan mengurangi interaksi *hazard* dengan lingkungan dan pekerja. Beberapa hal yang termasuk isolasi, antara lain memindahkan sumber bahaya ke lokasi lain, menutup sumber bahaya dengan barrier fisik, melakukan otomatisasi pada proses, memisahkan tempat penyimpanan bahan berbahaya dalam lokasi yang berbeda. Sedangkan minimalisasi dilakukan dengan mengurangi jumlah bahan berbahaya yang disimpan, mengurangi jenis bahan berbahaya yang disimpan, mengurangi jumlah lokasi kerja yang berbahaya.

Pengendalian administratif merupakan pengendalian bahaya dengan melakukan modifikasi pada faktor interaksi antara lingkungan kerja dengan pekerja. Pengendalian ini dilakukan jika pajanan tidak dapat dikurangi melalui *engineering control*. Program pengendalian administratif meliputi: pelatihan, monitoring berkelanjutan terhadap area kerja, monitoring biologikal kepada pekerja, pembatasan dan rotasi jam kerja maupun lokasi kerja kepada setiap individu, serta kebersihan lingkungan kerja.

Personal Protective Equipment (PPE) merupakan pengendalian bahaya dengan memberikan alat pelindung diri. Alat Pelindung Diri (APD) digunakan apabila didapatkan bahwa lokasi kerja tidak dapat benar-benar aman, penggunaan alat pelindung diri berada pada hirarki terakhir apabila pengendalian *engineering* dan administratif telah dilakukan, namun belum menciptakan lingkungan yang benar-benar terbebas dari *hazard*. Tujuan penggunaan APD bukan untuk menghilangkan atau mengurangi bahaya (*hazard*). APD hanya berfungsi sebagai pembatas antara pekerja dengan bahaya yang ada di lingkungan, sehingga infeksi tidak menyebar.

Hospital acquired infection atau infeksi rumah sakit atau yang dulu dikenal dengan Infeksi Nosokomial (IN)/ HAIs khususnya karena CJS sampai saat ini masih menjadi perhatian. Perhatian tersebut semakin meningkat karena bila infeksi ini menyebar ke masyarakat yang pulang dari rumah sakit, maka akan lebih sulit lagi untuk mengatasinya. Apalagi ditambah dengan semakin meningkatnya jumlah mikroorganisme yang resisten terhadap pengobatan.

WHO (2010) telah menetapkan lima komponen kunci strategi dalam pengendalian HAIs melalui kebersihan tangan (KT). Komponen tersebut meliputi pembenahan sistem yang menjamin infrastruktur (ketersediaan sarana), pelatihan/ edukasi teratur tentang prosedur yang tepat, evaluasi & umpan balik, pengingat/ *reminder*, dan iklim keselamatan yang dibentuk untuk selaku memprioritaskan pencegahan HAIs. Komponen yang sama dapat digunakan terhadap upaya pencegahan CJS.

Upaya mengendalikan infeksi CJS tak lepas dari program internasional keselamatan pasien (KP). WHO memulai Program KP pada 2004 dengan ditetapkannya keselamatan sebagai prinsip mendasar dalam asuhan pasien dan komponen kritis dalam manajemen kualitas (*World Alliance for Patient Safety, Forward Programme* WHO, 2004). Program tersebut secara nasional diikuti Indonesia dengan dibentuknya Komite Keselamatan Pasien RS (KKP-RS) oleh PERSI pada 1 Juni 2005. Menkes bersama PERSI & KKP-RS telah mencanangkan Gerakan Keselamatan Pasien RS pada Seminar Nasional PERSI, 21 Agustus 2005 di JCC. Panduan keselamatan secara umum tersebut di Indonesia sampai saat ini belum diturunkan secara spesifik untuk pengaturan dalam pencegahan CJS.

Program keselamatan pasien tersebut tentunya menjadi landasan dan pusat kegiatan dalam pemberian asuhan dan pelayanan keperawatan sehingga pelayanan yang diberikan aman bagi pasien termasuk aman dari CJS. Keamanan pasien juga didukung dengan telah ditetapkannya beberapa Kepmenkes. Kepmenkes RI Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal RS dan KMK Nomor 148/Menkes/SK/XI/2010 tentang Registrasi dan Praktik Perawat, pasal 9.

Standar Pelayanan Minimal RS menyatakan bahwa perawat dalam melakukan praktik harus sesuai dengan kewenangan yang dimiliki. Permenkes Nomor 161 tahun 2010 tentang Registrasi tenaga Kesehatan Bab 1 Pasal 1 ayat (1) Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/ atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Gerakan pengendalian CJS secara internasional juga telah dicanangkan American Nurses Association's (2002) melalui kebijakan tentang *The Needlestick Safety and Prevention Act* sejak November 2000 sejak April 2001. Kampanye pencegahan CJS yang telah dilaksanakan 10 tahun (tahun 2000-2010) telah berlalu, namun CJS pada perawat masih tetap terjadi baik di Amerika sendiri maupun di Indonesia.

Kebijakan khusus tentang pencegahan CJS di Indonesia belum ada. Pedoman pencegahan CJS masih terintegrasi dalam pedoman dan program keselamatan pasien pada umumnya mengatur kebijakan keselamatan bagi pasien dan tenaga kesehatan yang harus dipatuhi dengan baik. "Patient safety merupakan konsep baru dari dunia kedokteran yang memperhatikan sistem konstruksi, tata letak ruangan, penggunaan material bangunan, pengaturan alur pasien *infectious* (menular) dan pasien *non infectious*, pengelolaan limbah serta sistem sekuriti hingga pelayanan yang baik (Komunikasi personal dalam <http://www.kopertis12.or.id/2013/09/30/mendikbud-resmikan-pendirian-rumah-sakit-pendidikan-ui.html#sthash.Gsmk2oov.dpuf>).

Keselamatan tenaga kesehatan dari berbagai bahaya termasuk CJS juga telah diatur dalam berbagai peraturan keselamatan kerja. Salah satunya kepmenkes RI No 432/MENKES/SK/IV/2007 tentang pedoman manajemen kesehatan dan keselamatan kerja (K3) di RS. Tujuan program K3 dalam Kementerian Kesehatan RI (2007) tersebut adalah terciptanya cara kerja, lingkungan kerja yang sehat, aman, nyaman dan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan karyawan RS.

Sasaran program tersebut adalah RS, karyawan RS, pasien, dan pengunjung. Secara spesifik program K3 tersebut merupakan upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan para pekerja/ buruh dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja, pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan, dan rehabilitasi.

Pasien dan tenaga kesehatan secara kebijakan terlindungi dari CJS, namun tidak dengan mahasiswa keperawatan yang praktik di wahana praktik. Regulasi keselamatan dari bahaya infeksi ini belum terlihat jelas baik pada KMK RI No 1069/MENKES/SK/XI/2008 tentang Pedoman Klasifikasi dan Standar Rumah Sakit

Pendidikan maupun kebijakan dalam pendidikannya. Pedoman Pemantauan Pelaksanaan Mata Kuliah Profesi Keperawatan pada umumnya hanya membahas penempatan mahasiswa, preceptor klinik, pola bimbingan dan supervisi klinik, namun kurang membahas tentang upaya menjaga keselamatan mahasiswa keperawatan yang praktik di wahana klinik.

Konsep pendidikan tinggi dalam menyelenggarakan pendidikan termasuk pendidikan profesi keperawatan secara umum telah mengarahkan peserta didik mencapai kemampuan *soft skill* di samping kemampuan *hard skill* keilmuannya. Landasan filosofis UU DIKTI No. 12/2012 yaitu pendidikan tinggi sebagai bagian dari sistem pendidikan nasional memiliki peran strategis dalam mencerdaskan kehidupan bangsa dan memajukan ilmu pengetahuan dan teknologi dengan memperhatikan dan menerapkan nilai humaniora serta kebudayaan dan pemberdayaan bangsa Indonesia yang berkelanjutan. Mahasiswa dituntut mampu menunjukkan kemampuan mengetahui, mengetahui cara mengetahuinya, menunjukkan, dan melakukan keterampilan yang menjadi kompetensinya.

Upaya pencapaian kompetensi tersebut perlu didesain dalam kurikulum khusus. Kurikulum diperlukan untuk mengintegrasikan aspek keselamatan pasien dan pendidikan interdisiplin untuk memastikan kepatuhan pada kebijakan keselamatan pasien (Vaismoradi et al., 2014). Kenyataannya, sistem pendidikan saat ini mempersiapkan perawat dengan menggunakan metode pembelajaran berbasis kuliah dan menghafal tanda dan gejala, kondisi klinis, dan penatalaksanaan yang hanya satu cara (Davlantes & Tiffany, 2010). *The Institute of Medicine* merekomendasikan bahwa pendidikan dan pelayanan mengembangkan hubungan yang dapat mendukung pengembangan kompetensi mahasiswa keperawatan (Fater & Ready, 2011).

Kurikulum terintegrasi diperlukan untuk mengembangkan pencapaian kompetensi tersebut, selain adanya sistem keselamatan bagi mahasiswa keperawatan. Semua kasus yang berpotensi cedera dapat dicegah melalui pendidikan di samping penggunaan teknik yang tepat dan konsentrasi (Hulme, 2009). Mahasiswa harus mengembangkan pengetahuan dan perannya agar menyadari bahwa dirinya juga dapat berkontribusi menyebabkan HAI's (Fater & Ready, 2011).

Ada beberapa panduan untuk menunjang upaya membentuk perilaku aman dari infeksi CJS. CDC (2008) menetapkan enam langkah organisasional dalam mendesain, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program pencegahan CJS. Langkahnya meliputi pengembangan kapasitas organisasi, pengkajian proses program operasional, persiapan data dasar injuri benda tajam dan upaya pencegahannya, penentuan intervensi prioritas, dan program monitor kinerja.

Selain panduan CDC, ada panduan *sharp safety* dari asosiasi *registered nurse USA* yang dirangkum Ford, (2014). Di antara rekomendasinya saat berhadapan dengan jarum suntik adalah menggunakan jarum suntik dan kanulasi intravena yang aman, penggunaan *no-touch technique*, penggunaan sarung tangan ganda, mempertahankan kesadaran situasional saat sedang bekerja dengan jarum suntik, penggunaan kontainer benda tajam yang mudah dilihat dan dekat dengan tempat penggunaan alat.

Standar akreditasi RS juga mengatur kegiatan yang menggunakan jarum suntik, khususnya tentang penggunaan kontainer benda tajam. Elemen penilaian PPI No 7.3 menetapkan bahwa benda tajam dan jarum dikumpulkan pada wadah yang khusus yang tidak dapat tembus (*puncture proof*) dan tidak di-*reuse*. Pembuangan benda tajam dan jarum konsisten dengan kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi RS. Selain itu, ketentuan PPI terkait penggunaan jarum suntik juga tertuang dalam elemen penilaian PPI No 9 tentang teknik pengamanan, dan elemen PPI No 10 tentang pendidikan staf tentang PPI (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2011)

2.2 Pembentukan Perilaku

Proses pembentukan perilaku dijelaskan oleh berbagai ahli perilaku, namun pada penelitian ini peneliti menggunakan teori pembelajaran sosial Bandura (*Bandura's Social Learning Theory/ SLT*). Teori ini peneliti gunakan sebagai landasan karena sangat sesuai untuk menjelaskan proses pembelajaran di wahana praktik, di mana perilaku mahasiswa dipengaruhi oleh kemampuan individu, contoh peran, dan lingkungan pembelajarannya. Sebelum menjelaskan SLT, peneliti membahas konsep perilaku yang menjadi variabel penelitian ini. Uraian pembahasan tersebut memperkuat pembahasan tentang proses pembelajaran klinik yang diuraikan di akhir pembahasan tentang pembentukan perilaku.

2.2.1 Batasan Perilaku

Perilaku merupakan suatu kegiatan moral yang dapat diamati. Perilaku berkaitan dengan moral yaitu berasal dari kata Latin "moralis" yang berarti "tata cara", "karakter", atau "perilaku yang tepat" (Pritchard, 2012 dalam Takwin, Hadinata, & Putri, 2013). Notoatmodjo (2010) merangkum perilaku sebagai suatu kegiatan atau aktivitas makhluk hidup yang bersangkutan. Perilaku menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2010) merupakan respon/ reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar, meliputi perilaku tertutup (*covert behavior*) yang belum dapat diamati dan perilaku terbuka (*overt behavior*) yang dapat diamati.

Perilaku tertutup terjadi bila respon terhadap stimulus belum dapat diamati dari luar secara jelas. Respon masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap stimulus yang diberikan. Bentuk respon tersebut yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap (Notoatmodjo, 2010). Perilaku tertutup dalam bentuk pengetahuan misalnya pengetahuan tentang pentingnya menjaga keselamatan diri. Contoh perilaku tertutup dalam bentuk sikap seseorang bertanya kepada temannya tentang tempat melaporkan jika terjadi CJS di RS.

Perilaku terbuka berarti sebaliknya dari perilaku tertutup. Perilaku terbuka atau *overt behavior* terjadi apabila respon terhadap stimulus tersebut telah berupa tindakan, atau praktik, dan dapat diamati dari luar secara jelas (Notoatmodjo, 2010). Misalnya saat seorang perawat membersihkan luka CJS pada air mengalir tanpa ditekan-tekan.

Perilaku kesehatan berkaitan dengan perilaku seseorang untuk mempertahankan kondisi sehat dan meningkatkan status kesehatan saat kondisi sakit. Pengertian perilaku kesehatan jika disesuaikan dengan teori Skinner memiliki makna sebagai suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Notoatmodjo (2010) menyimpulkan bahwa perilaku kesehatan sebagai semua aktivitas atau kegiatan seseorang yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, meliputi perilaku sehat dan sakit. Perilaku sehat tersebut pada umumnya berupa perilaku pencegahan dan promotif sedangkan perilaku sakit masuk dalam perilaku kuratif.

Perilaku sehat berkaitan dengan keselamatan pada umumnya bersifat preventif dan promotif. Keselamatan seseorang dari berbagai bahaya di RS dapat ditentukan dari kemampuan berperilaku sehatnya. CU (2010) dan DeVries, Burnette, & Redmon (1991) dalam Sarafino & Smith (2011) menekankan pentingnya *ceklist* keselamatan dan intervensi menggunakan metode perilaku dapat meningkatkan pencegahan dan pengendalian infeksi/ PPI di RS sebagai bagian dari keselamatan dari bahaya infeksi. Perilaku sehat dapat digambarkan prosesnya melalui beberapa teori pembentukan perilaku.

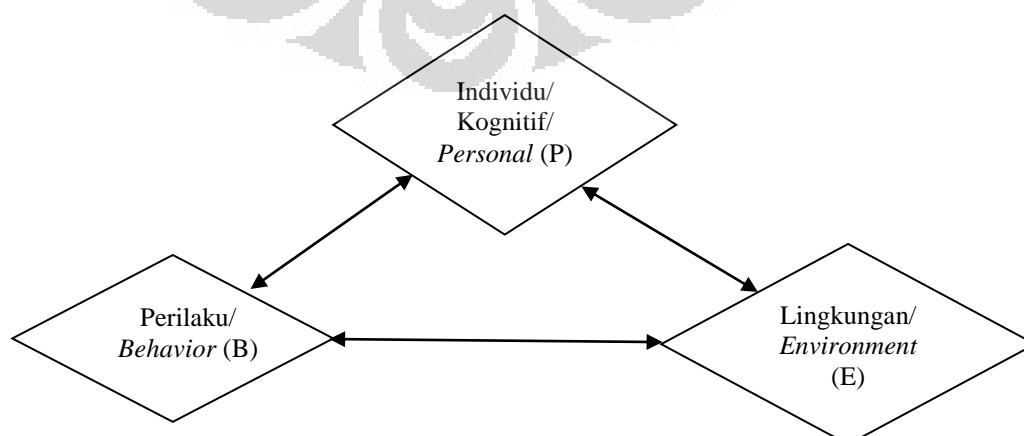
2.2.2 Teori Pembentukan Perilaku

Teori pembentukan perilaku berkembang sejalan dengan perkembangan perilaku manusia. Perilaku seseorang dapat disebabkan karena adanya faktor penguat/ rangsang seperti pujian (*operant conditioning theory*), faktor latihan (teori Pavlov, Thorndike), atau karena faktor perkembangan intelektual individu (Piaget). Perilaku juga dilandasi dari keyakinan seseorang seperti yang digambarkan dalam teori *Health Belief Model* (HBM). Perilaku juga dapat dibentuk berdasarkan intensi perilaku yang digambarkan dalam *Theory of Planned Behavior* (TPB Ajzen, 1988) yang merupakan pengembangan dari *Theory of Reason Action* (TRA) dari Fishbein dan Ajzen (1975). Berdasarkan beberapa teori tersebut, secara umum dapat disimpulkan bahwa pembentukan perilaku individu dilandasi oleh dua sumber besar, yaitu teori stimulus respon (SL) dan teori kognitif.

Peneliti akan menguraikan lebih lanjut teori kognitif yang melandasi penelitian ini, yaitu teori pembelajaran sosial Bandura (*Bandura's Social Learning Theory/ SLT*). Teori ini lebih sesuai digunakan untuk menjelaskan proses pembentukan perilaku mahasiswa keperawatan yang mengalami proses belajar dalam lingkungan wahana praktik yang dinamis. Teori kognitif lebih menekankan pada peran dan harapan individu dalam menggerakkan perilakunya dibandingkan karena dorongan dari faktor eksternal yang menjadi dasar teori SL. Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) menekankan bahwa perilaku merupakan suatu fungsi dari nilai subyektif yang merupakan hasil dari subyektif atau harapan untuk mencapai hasil.

Bandura's Social Learning Theory/ SLT atau disebut juga *Social Cognitive Theory/ SCT* menekankan bahwa perilaku ditentukan oleh harapan dan insentif. Harapan dikelompokkan menjadi tiga tipe, yaitu harapan tentang isyarat lingkungan/ *environmental cues* (keyakinan bahwa setiap kejadian ada hubungan dan penyebabnya), harapan tentang konsekuensi dari suatu tindakan/ *outcome expectation* (keyakinan bahwa perilaku individu dapat mempengaruhi hasil tindakan tersebut), dan harapan tentang kompetensi dirinya dalam menampilkan perilaku yang dibutuhkan/ *efficacy expectations* (efikasi diri). Insentif atau penguatan merupakan nilai dari dampak perilaku, seperti status kesehatan, tampilan fisik, persetujuan orang lain, dampak ekonomi yang didapat, maupun konsekuensi lainnya. Perilaku diatur oleh konsekuensi tersebut, namun hanya oleh konsekuensi yang diinterpretasi atau diyakini oleh individu tersebut (Bandura, 1971; Rosenstock et al., 1988). Individu tidak langsung bereaksi/ berperilaku karena pengaruh lingkungan, namun melalui proses kognitif. Interaksi antara perilaku, kognitif, dan pengaruh lingkungan berlangsung resiprokal atau bolak balik (Bandura, 1978).

Para ahli berpendapat tentang adanya persamaan SLT dengan *Health Belief Model* (HBM), namun Rosenstock et al., (1988) menyimpulkan paling tidak ada dua hal dari SLT yang tidak termasuk dalam HBM, yaitu modeling dan efikasi diri. Modeling/ contoh peran didapatkan dari beberapa sumber informasi yang dibutuhkan untuk memperoleh harapan khususnya pada peran informatif dan motivasi dan peran pembelajaran observasi melalui modeling (contoh peran) perilaku orang lain. Efikasi diri merupakan keyakinan bahwa seseorang dapat berhasil menjalankan perilaku yang diperlukan untuk mendapatkan hal yang diharapkan.



Skema 2.2 *Social Learning Theory* (Bandura, 1971), *Reciprocal Determinism* (Bandura, 1978), *Social Cognitive Theory* (Bandura, 1989)

Para praktisi dan pendidik kesehatan menggunakan teori pembentukan perilaku individu HBM untuk mendesain dan mengevaluasi intervensi untuk membentuk perilaku (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). Model ini didasarkan pada pemahaman bahwa seseorang akan termotivasi mengambil tindakan yang berhubungan dengan kesehatan. Motivasi internal ini dikendalikan oleh etika sebagai kontrol internal/ nilai perilaku individu (Marquis & Huston, 2015). Mengubah pengetahuan/ perilaku individu lebih mudah dari mengubah sikap/ perilaku kelompok. Ada empat konsep HBM yang terwakili juga oleh unsur dalam SLT.

Keempat konsep kunci HBM yang terwakili dalam SLT tersebut mempengaruhi upaya individu untuk menentukan hal yang baik bagi dirinya (Rosenstock, 1960 dalam Glanz, Rimer, & Viswanath 2008). Konsep tersebut yaitu 1) kerentanan yang dirasakan/ diketahui (*perceived susceptibility*); 2) bahaya/ kesakitan yang dirasakan (*perceived severity*); 3) hambatan dan keuntungan/ manfaat yang dirasakan akan tindakan yang diambil (*perceived barrier&benefit*); dan 4) isyarat/ tanda untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar mengenai kerentanan bahaya, keuntungan, dan hambatan tindakan (*cues to action*). Jika individu menganggap dirinya rentan terhadap kondisi, percaya bahwa kondisi akan memiliki konsekuensi serius, percaya bahwa tindakan tersedia akan bermanfaat dalam mengurangi baik kerentanan/ keparahan kondisi, dan percaya manfaat yang diharapkan mengambil tindakan lebih besar daripada hambatan tindakan (atau biaya), maka individu cenderung untuk mengambil tindakan yang dipercaya akan mengurangi risiko. HBM ini membentuk efikasi diri yang dijelaskan lebih lanjut dalam SLT.

Pembentukan perilaku berdasarkan SLT menurut Bandura menekankan pada pola perilaku yang dihasilkan, diekspresikan secara kontinu, dan diatur oleh *social learning system* yaitu *learning by direct experience*. Setiap tindakan atau perilaku individu pada dasarnya secara psikodinamik digerakkan oleh **motivasi, baik internal maupun eksternal**. Faktor lain yang mempengaruhi adalah **kemampuan kognitif** dan **regulasi diri** setiap individu. Perilaku individu digerakkan oleh **motivasi** dengan berusaha mempelajari respon dalam berperilaku dengan **melihat pola respon yang ditunjukkan oleh orang lain**.

Individu juga berperilaku dengan memperhitungkan konsekuensi dari melihat pola yang diperlihatkan orang lain atau pengalaman sendiri. Kedua hal tersebut sangat dipengaruhi oleh konsekuensinya berupa *punishment* atau hal yang merugikan dan *rewarding* atau ada hal yang menguntungkan dari perilaku tersebut. Tahapannya mengikuti pola berikut: Individu mengobservasi respon menyebabkan individu mengobservasi konsekuensi. Individu selanjutnya termotivasi berperilaku. Saat individu diberikan *reinforcement*, individu semakin kuat menunjukkan perilaku yang diharapkan.

Cara pembentukan perilaku lainnya menurut adalah **belajar dari model**. Bandura menekankan bahwa perilaku makin kuat terbentuk jika langsung dipelajari dari modelnya. Beberapa **proses kognisi** dalam pembentukan perilaku dari model ini adalah: proses atensi, retensi, dan *reinforcement* atau penguatan. Proses atensi menekankan bahwa perilaku tidak akan dapat dibentuk jika individu tersebut tidak hadir dan tidak memperhatikan selama prosesnya. Proses retensi menekankan bahwa seseorang menyerap informasi dari bentuk gambar dan verbal. Perilaku dibentuk jika keduanya disimpan di dalam memori individu tersebut. Sedangkan proses penguatan menekankan bahwa perilaku makin kuat terbentuk jika ada *reinforcement* yang diberikan.

Bandura menekankan bahwa perilaku itu dipelajari. Selain motivasi berperilaku dari melihat pola respon yang ditunjukkan oleh orang lain dan belajar dari model, ada satu lagi yang mempengaruhi pola pembentukan perilaku seseorang, yaitu *self generated/ regulation process* yang terdiri dari dua lokus kontrol yaitu stimulus dan *reinforcement*. Kontrol stimulus terdiri dari tiga pengondisian yaitu dalam kondisi tenang, stres yang berkurang, dan kemampuan kognitif yang mumpuni. Kontrol *reinforcement* dipengaruhi motivasi eksternal, *reinforcement* yang dibayangkan, *punishment* yang dibayangkan, *reinforcement* positif, *self reinforcement* yang sejalan dengan konsep diri individu tersebut.

Bandura (1978) menangkap *social learning* itu sebagai proses mutual dari setiap faktor yang berpengaruh. Secara sederhana menurut Bandura, perilaku itu dibentuk oleh faktor (f) internal dan eksternal yang saling mempengaruhi secara kontinu dan menguatkan seperti $B=f(P, E)$. Ini sejalan dengan yang disebutkan Bandura (1971).

Universitas Indonesia

Pengukuran perilaku secara langsung tidak mudah dilakukan, sehingga perilaku individu dapat diukur melalui intensinya. Intensi merupakan kemudahan seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku. Intensi ini merupakan faktor sentral dalam *Theory of Planned Behavior/ TPB* (Ajzen, 1991). Ajzen menekankan bahwa intensi individu menggambarkan perilakunya. Di dalam TPB terdapat satu determinan intensi yaitu *perceived behavioral control* (PBC). Determinan ini merupakan prediktor intensi perilaku yang tidak berada di bawah kontrol penuh seseorang. *Perceived behavioral control* merupakan persepsi tentang kemudahan atau kesulitan dalam melakukan perilaku dan diasumsikan merefleksikan pengalaman di masa lalu dan antisipasi mengenai halangan. PBC merupakan fungsi dari *control beliefs*, yaitu keyakinan akan faktor yang mempermudah/ mempersulit perilaku dan persepsi kekuatannya.

2.2.3 Proses Pembelajaran Klinik Keperawatan

Proses pembelajaran klinik merupakan bagian dari proses pembentukan perilaku mahasiswa di wahana praktik. Mahasiswa di klinik belajar dari proses pengamatan. *Social Learning Theory* Albert Bandura ini menjadi acuan dalam menyusun program pendidikan klinik. Untuk itu conditioning dan imitasi menurut Champion dan Skinner dalam (Glanz et al., 2008) perlu ditekankan pada kegiatan pembentukan perilaku individu yang belajar dari melihat model atau contoh peran. Tahapan pembelajaran yang dialami individu meliputi memperhatikan, mengingat, mereproduksi, dan memotivasi. Proses pembentukan perilaku mahasiswa keperawatan tentunya dibantu oleh pembimbing klinik dan sejawat perawat yang juga berperan sebagai model bagi mahasiswa selama praktik di wahana praktik.

Pembimbing memfasilitasi pembelajar dengan menjalankan peran dengan baik. Peran pembimbing klinik yang diperlukan antara lain sebagai pendidik, sebagai perawat professional, dan sebagai contoh peran (Johnson 2011; Lewallen & DeBrew, 2012; Tang, Chou, Chiang, 2005). Pembimbing perlu memahami materi dan pengalaman yang memfasilitasi perolehan dan transformasi pengetahuan. Pembimbing juga perlu memahami gaya belajar serta merancang pengalaman yang memfasilitasi terjadinya proses pembelajaran sesuai daur pembelajaran

Pembelajaran klinik sangat penting dalam mencegah bahaya di RS. Pembelajaran terjadi sebagai akibat konsekuensi dari perilaku (Swansburg & Swansburg, 1999). Perilaku adalah *operant*; perilaku dikontrol oleh konsekuensi atau akibat atau pengaruh dengan *reinforcement* atau *punishment*. Perilaku positif atau yang diinginkan sebaiknya dikuatkan. Penguatan terus menerus meningkatkan kekuatan untuk berespon dan mengulangi perilaku khususnya pada awal bekerja. Penguatan intermiten diperlukan untuk mempertahankan perilaku. Perilaku negatif organisasi yang tidak diinginkan sebaiknya tidak dipuji. Penguatan negatif diberikan jika terjadi perilaku yang tidak diinginkan untuk mencegah dampak dari hukuman.

Ada empat proses menentukan pengaruh sesuatu pada individu yaitu proses atensi, retensi, reproduksi, dan penguatan (Robbins & Judge, 2013). Proses atensi bekerja bila hal yang ditunjukkan menarik, dapat diulang, penting, dan sesuai dengan estimasi. Proses retensi tergantung pada seberapa baik individu mengingat tindakan setelah hal tersebut tidak lagi mudah tersedia. Proses reproduksi terjadi setelah seseorang telah melihat perilaku baru dan individu dapat melakukan aktivitas ditunjukkan. Proses penguatan terjadi saat individu termotivasi untuk menunjukkan perilaku. Jika insentif positif atau manfaat yang disediakan positif diperkuat, maka perilaku akan lebih diperhatikan, lebih dipelajari, dan lebih sering dilakukan. *No blaming culture* atau budaya tidak menyalahkan sangat diperlukan dalam proses pembentukan perilaku, sehingga perilaku yang salah tidak menjadi semakin salah, namun menjadi pemicu untuk membentuk perilaku yang lebih baik lagi.

Upaya mendukung pencapaian kompetensi keselamatan pada mahasiswa perlu dilandasi teori yang secara komprehensif dapat mengintegrasikan kebutuhan pembimbing/ dosen yang memfasilitasi proses pembelajaran, kebijakan institusi pendidikan dan wahana praktik yang mendukung pencapaian keselamatan mahasiswa, fasilitas pendukung, dan kompetensi keselamatan yang dimiliki mahasiswa.

Pembelajaran (*learning*) klinik merupakan proses pembentukan pengetahuan melalui transformasi pengalaman. Pengetahuan dihasilkan dari kombinasi perolehan dan transformasi pengalaman (Kolb, 1984 dalam Kolb & Kolb, 2008). Daur pembelajarannya meliputi: pengalaman nyata, observasi dan refleksi, pembentukan konsep abstrak dan generalisasi, dan uji coba konsep dalam situasi baru. Pengalaman nyata merupakan tahap seseorang merasakan sendiri hal yang terjadi pada dirinya. Observasi dan refleksi merupakan tahap seseorang mengamati dan merefleksikan/merenungkan kembali hal yang telah dialami dalam peristiwa sebelumnya. Pembentukan konsep abstrak dan generalisasi merupakan tahap seseorang menyimpulkan sesuatu tentang dirinya atau tentang konsep tertentu dilanjutkan dengan tahap uji coba konsep dalam situasi baru. Pembelajar secara terus-menerus harus dapat memilih rangkaian kemampuan pembelajaran yang akan digunakan dalam situasi pembelajaran khusus saat seseorang mencobakan pengetahuan baru.

2.3 Determinan Perilaku

Determinan perilaku secara umum dirangkum peneliti dari berbagai literatur meliputi faktor internal dan eksternal individu. Faktor internal individu meliputi karakteristik individu dan status individu (fisik, emosi, sosial/ kewenangan individu). Sedangkan faktor eksternal individu meliputi pengaruh sosial (teman sebaya, dan pimpinan) dan lingkungan (fisik dan budaya). Robbins & Timothy (2013) menuliskan ada beberapa karakteristik individu yang dapat mempengaruhi seseorang bertindak, yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan dan pelatihan, dan juga lama kerja.

2.3.1 Usia

Usia dapat mempengaruhi perilaku menjadi optimal atau sebaliknya. Hubungan usia dengan tampilan kinerja seseorang bervariasi paling tidak menjadi tiga hal (Robbins & Judge, 2013): tampilan kerja semakin berkurang dengan bertambahnya usia, kualitas pekerjaan semakin baik dengan semakin bertambahnya usia, dan bertambahnya usia membutuhkan pelatihan yang spesifik untuk memenuhi kebutuhannya. Bertambahnya usia dapat menurunkan kecekatan, kekuatan, koordinasi dan adanya kebosanan terhadap kepuasan terhadap pekerjaan serta kurangnya rangsangan intelektual sehingga dapat menurunkan perilaku.

Universitas Indonesia

2.3.2 Jenis Kelamin

Jenis kelamin tidak memberikan perbedaan perilaku/ kinerja pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analitis, dorongan kompetitis, motivasi, dan kemampuan belajar. Perbedaan jenis kelamin berdasarkan penelitian sangat bervariasi. Robbins & Judge, (2013) menekankan bahwa tidak ada perbedaan yang konsisten laki-laki dalam kemampuan penyelesaian masalah, kemampuan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosialitas, atau kemampuan belajar.

2.3.3 Program Pendidikan

Program pendidikan yang diikuti menunjukkan pengetahuan dan pengalaman terdahulu yang pernah diikutinya. Mahasiswa yang mengikuti program pendidikan program reguler merupakan mahasiswa tanpa pengalaman kerja sedangkan mahasiswa ekstensi merupakan mahasiswa yang telah dan sedang bekerja sebelum atau selama mengikuti pendidikan. Aktifitas pengembangan melalui pendidikan dan pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap (Gillies, 1994).

2.3.4 Pengalaman

Pengalaman merupakan bagian dari proses belajar sesuai dengan *experiential learning theory*. Meskipun konten pembelajaran penting, namun belajar dari proses yang dialami merupakan jantung dari *experiential learning* (C. Rogers, 2010). Pengalaman cedera tertusuk jarum suntik dalam SLT menjadi insentif yang tidak diharapkan sehingga menjadi hal yang dihindari setiap individu. Pengalaman orang lain tertusuk jarum suntik menjadi model bagi individu sehingga akan mempengaruhi perilakunya untuk lebih mampu menjaga keselamatan dirinya.

2.3.5 Status Vaksinasi

Vaksinasi merupakan upaya perlindungan seseorang untuk meningkatkan keyakinan seseorang dalam berperilaku. Bahaya/ kesakitan yang dirasakan (*perceived severity*) dalam HBM membuat seseorang berperilaku lebih berhati-hati, salah satunya dengan melengkapi diri menggunakan vaksin sebelum terpajan *hazard* infeksius.

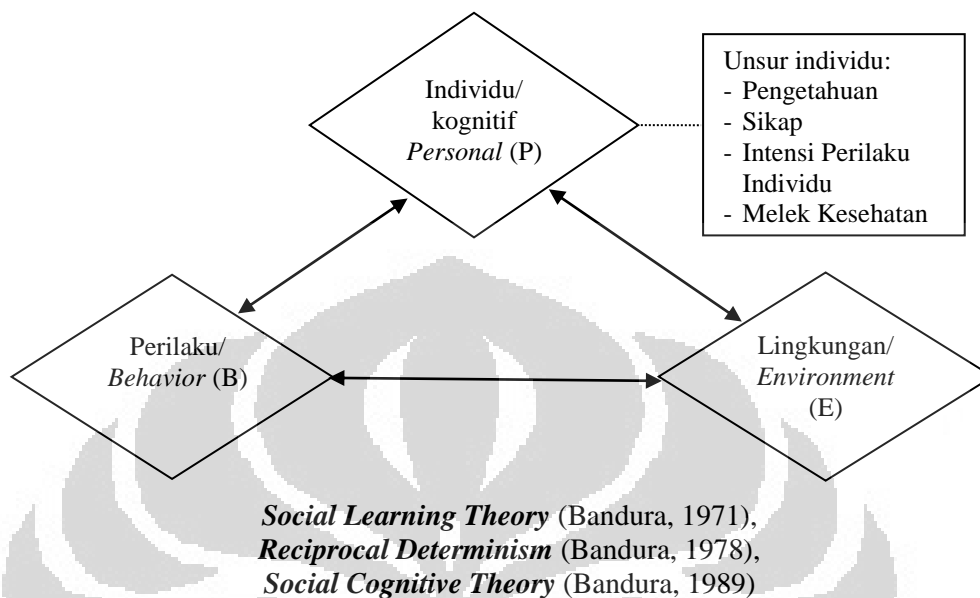
2.3.6 Tingkat *Health Literacy*

Health literacy (HL) atau melek kesehatan merupakan salah satu penentu status kesehatan utama yang berhubungan dengan kemampuan seseorang berperilaku mengakses informasi kesehatan dan pelayanan kesehatan untuk mencapai status kesehatan yang baik. Fokus dari HL adalah kemampuan interaktif dan kritis yang digunakan untuk menggunakan informasi kesehatan dalam pengambilan keputusan kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan (Mårtensson & Hensing, 2012). Melek kesehatan (HL) merupakan faktor personal yang mempengaruhi kemampuan seseorang dalam memperoleh, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan dan pemberian pelayanan kesehatan (Batterham, Hawkins,... 2016). HL merupakan kemampuan individu untuk memperoleh, memproses, dan memahami informasi dan pelayanan kesehatan untuk membuat keputusan kesehatan yang sesuai (The Cecil G Sheps Center for Health Services Research, 2010). Salah satu keputusan kesehatannya adalah menjaga keselamatan diri dari tertusuk jarum/ CJS. HL menjadi dasar individu dalam menjaga keselamatannya (Ayub, Jaffery, 2016). HL dapat menjadi indikator intensi perilaku seseorang karena seseorang bertindak sesuai HL.

Komisi *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) University of North Carolina telah mengembangkan instrumen *Health Literacy Universal Precautions/HLUP* sejak 2010 dan disempurnakan di 2015 (Brega et al., 2015). Instrumen ini memberikan acuan dalam melakukan perbaikan untuk individu dengan berbagai tingkat HL yang tidak mudah dideteksi. Caranya mulai dari membentuk tim HL, mengembangkan perencanaan, komunikasi, mengajarkan, menindaklanjuti perkembangan, meningkatkan akses telepon, serta memfasilitasi bahasa dan budaya yang berbeda. Walaupun individu tersebut memiliki pendidikan tinggi, tampak memahami kesehatan, dan memiliki pekerjaan yang baik sebagai tenaga kesehatan misalnya, namun dapat saja memiliki tingkat HL yang tidak optimal. Instrumen ini digunakan sebagai acuan berkomunikasi dan berinteraksi dalam membentuk HL.

2.4 Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian ini menggunakan SLT Bandura sebagai acuan utama.



Skema 2.3 Kerangka Teori Penelitian

Teori pembelajaran sosial (SLT) Albert Bandura menjadi acuan dalam penelitian ini menekankan proses pembelajaran berdasarkan pengalaman langsung. Setiap tindakan atau **perilaku individu (B)** pada dasarnya secara psikodinamik digerakkan oleh motivasi, baik internal maupun eksternal yang terbangun dari **lingkungan (E)** di sekitar pembelajar. Faktor lain yang mempengaruhi adalah kemampuan kognitif dan regulasi diri setiap **individu (P)**.

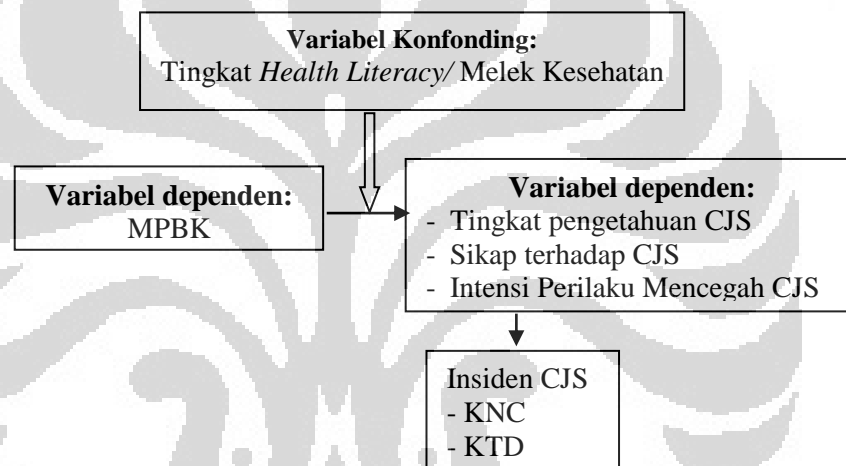
BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab 3 ini menjelaskan tentang kerangka kerja peneliti dalam melakukan penelitian. Penjelasan meliputi kerangka konsep penelitian, definisi operasional, dan penjelasan secara operasional dari variabel yang diteliti.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep menjelaskan hubungan antar variabel dependen, independen, dan konfounding seperti digambarkan pada Skema 3.1. Tahapan penelitian meliputi tahap pengembangan model dan pengukuran efektivitas model.



Keterangan:

Model Pembelajaran berbasis Keselamatan (MPbK = X+Y+Z)

X= Intervensi Individu, meliputi:

- Mahasiswa mendapat reedukasi pencegahan CJS
- Mahasiswa mendapat pengingat harian menggunakan pesan singkat lewat media sosial
- Mahasiswa mendapat pengingat harian video pencegahan CJS lewat media sosial

Y= Intervensi Kelompok, meliputi:

- Setiap mahasiswa wajib mengingatkan pencegahan CJS saat temannya memegang jarum suntik
- Pembimbing klinik wajib mengingatkan mahasiswa
- Pembimbing memberikan contoh saat menggunakan jarum suntik yang aman (Modeling)

Z= Intervensi Organisasi, meliputi:

- Institusi pendidikan:
 - Membentuk tim edukasi pencegahan CJS
 - Reedukasi pencegahan CJS
- Wahana praktik
 - Diklat: Kontrak program, pelatihan pencegahan CJS, sistem pelaporan CJS
 - Ruang rawat/ tempat praktik: Reorientasi, penyediaan sarana seperti *sharp container*

Skema 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis

Hipotesis Mayor penelitian ini adalah: Model Pembelajaran berbasis Keselamatan (MPbK) dapat mencegah CJS mahasiswa keperawatan di wahana praktik

Hipotesis Minor penelitian ini adalah:

- MPbK meningkatkan pengetahuan mahasiswa mencegah CJS
- MPbK meningkatkan sikap mahasiswa mencegah CJS
- MPbK meningkatkan intensi perilaku mahasiswa mencegah CJS
- MPbK berpengaruh pada rendahnya insiden CJS (KNC dan KTD) pada mahasiswa
- MPbK 1 (lengkap) lebih baik dalam membentuk perilaku mencegah CJS mahasiswa keperawatan dibanding MPbK 2 dan 3

3.3 Definisi Operasional

Bagian ini akan menguraikan secara rinci setiap variabel penelitian. **Variabel independen** penelitian ini adalah Model Pembelajaran berbasis Keselamatan (MPbK). **Variabel dependen**-nya adalah perilaku mencegah CJS meliputi tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku mencegah CJS. Insiden CJS juga menjadi variabel independen dalam penelitian ini. **Variabel konfounding**/ perancu adalah tingkat melek kesehatan/ *health literacy*. Karakteristik mahasiswa (usia, jenis kelamin, program pendidikan, pengalaman tertusuk, status vaksinasi Hepatitis B) diuraikan untuk memberikan gambaran tentang karakteristik mahasiswa yang menjadi responden penelitian ini.

Definisi operasional setiap variabel dijelaskan sesuai Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Dependen, Independen & Konfounding

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen					
Tingkat Pengetahuan mahasiswa	Pemahaman mahasiswa tentang pencegahan CJS sebelum ke pasien, saat di pasien, dan pascatertusuk.	Kuesioner B terdiri dari 24 item soal pilihan ganda	Mengisi kuesioner pengetahuan CJS. Nilai didapat jumlah soal benar/ 24) x 100	0—100	Interval
Sikap Pencegahan Cidera Jarum Suntik	Penilaian positif & negatif mahasiswa terhadap upaya pencegahan CJS	Kuesioner C berisi 20 item	Mengisi kuesioner skala Likert 1-7 sikap terhadap pencegahan CJS	20—140	Interval
Intensi Perilaku Pencegahan CJS	Tingkat keinginan mahasiswa melakukan pencegahan CJS	Kuesioner D berisi 16 item	Mengisi kuesioner skala Likert 1-7 intensi perilaku	16—112	Interval
		Laporan Diri	Lembar laporan diri	Dilakukan/ tidak	Ordinal
Insiden CJS	Laporan terjadinya KTD dan KNC CJS pada mahasiswa	Lembar kuesioner	Mengisi kuesioner	Terjadi/ tidak terjadi	Ordinal
Variabel Independen					
Model Pembelajaran Berbasis Keselamatan	Suatu bentuk intervensi berbasis pendekatan individu, kelompok, dan organisasi yang menekankan upaya pencegahan CJS. Intervensi meliputi MPbK 1, 2, dan 3	Daftar tilik pelaksanaan intervensi	Melaksanakan kegiatan sesuai dengan tahapan yaitu intervensi individu, kelompok, dan organisasi	1 = mendapat intervensi MPbK 1* 2 = mendapat intervensi MPbK 2* 3 = mendapat intervensi MPbK 3* 0 = kondisi biasa saja	Nominal
Variabel Konfounding					
Health Literacy	Kemampuan pengambilan keputusan kesehatan.	Kuesioner E	Mengisi kuesioner Penilaiannya didapat dari penggabungan nilai kuesioner akses pelayanan kesehatan (APK) & akses informasi kesehatan (AIK)	44-197	Ordinal
Karakteristik Responden					

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Usia	Rentang kehidupan mahasiswa dari lahir sampai ulang tahun terakhir	Kuesioner A, no 1	Mengisi isian kuesioner	Dalam angka	Rasio
Jenis Kelamin	Katagori yang dibentuk sesuai fungsi reproduksi	Kuesioner A, no 2	Mengisi isian kuesioner	1= Laki-laki 0= perempuan	Nominal
Program Pendidikan	Kelompok kelas mahasiswa sesuai jenis tes mahasiswa	Kuesioner A, no 3	Mengisi isian kuesioner	0=regular 1=ekstensi	Nominal
Pengalaman Tertusuk Jarum	Kejadian cedera dan nyaris cedera terkait CJS yang dialami mahasiswa selama praktik profesi	Kuesioner A, no 4-6	Mengisi isian kuesioner	Frekuensi Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan cedera atau kejadian tidak diharapkan (KTD)	Interval
Status Vaksinasi	Riwayat mendapatkan imunisasi Hepatitis B sebelum dan selama praktik profesi	Kuesioner A, no 7-8	Mengisi isian kuesioner	1= mendapat imunisasi 0= tidak mendapat imunisasi	Nominal

Keterangan:

- * MPbK1 :
- Intervensi individu berupa reedukasi pencegahan CJS
 - Intervensi individu pengingat harian melalui pesan singkat teks serta video pencegahan CJS
 - Intervensi kelompok berupa pengingat kelompok
 - Intervensi kelompok berupa proses bimbingan klinik berbasis keselamatan dan pemberian contoh peran pembimbing klinik yang telah dilatih mencegah CJS
 - Intervensi organisasi institusi pendidikan berupa pemberian pelatihan keselamatan mencegah CJS
 - Intervensi organisasi berupa orientasi dan tindak lanjut kontrak program keselamatan serta penyediaan fasilitas penunjang pencegahan CJS
- * MPbK2 :
- Intervensi individu berupa reedukasi pencegahan CJS
 - Intervensi organisasi institusi pendidikan berupa pemberian pelatihan keselamatan mencegah CJS
 - Intervensi organisasi berupa orientasi dan tindak lanjut kontrak program keselamatan serta penyediaan fasilitas penunjang pencegahan CJS
- * MPbK3 :
- Intervensi kelompok berupa proses bimbingan klinik berbasis keselamatan dan pemberian contoh peran pembimbing klinik yang telah dilatih mencegah CJS
 - Intervensi organisasi berupa orientasi dan tindak lanjut kontrak program keselamatan serta penyediaan fasilitas penunjang pencegahan CJS

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini mendeskripsikan proses keseluruhan tahapan penelitian pengembangan Model Pembelajaran berbasis Keselamatan (MPbK). Uraian dikelompokkan sesuai tahapan penelitian. **Desain** penelitian adalah *quasi experimental pre-and post-test with control group*. Penelitian terdiri dari dua tahapan yaitu penyusunan dan pengujian MPbK. Penelitian tahap 1 yaitu penyusunan MPbK dilakukan berdasarkan hasil *systematic review* artikel terkait model yang dikembangkan dan *focus group discussion*. Penelitian tahap 2 berupa pengujian MPbK dilakukan dengan membandingkan perubahan pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku serta insiden CJS pada mahasiswa setelah mengalami MPbK. Secara rinci masing-masing tahapan akan diuraikan sebagai berikut.

4.1 Tahap Pertama:

Peneliti melakukan berbagai metode pada tahap ini yaitu *systematic review*, FGD, konsil pakar, dan penyusunan *draft* model.

Systematic Review.

Eksplorasi di tahap satu penelitian dilakukan pada dua jenis *systematic review*, yaitu melakukan telaah secara sistematis tentang strategi efektif mencegah CJS dan peran pembimbing klinik dalam menjamin keselamatan mahasiswa keperawatan di wahana praktik. Strategi pencegahan CJS dikembangkan dari rekomendasi hasil telaah.

Sampelnya adalah artikel dari jurnal ilmiah berbahasa Inggris pada periode 1999-2015. *Links* yang digunakan untuk mengakses artikel adalah ScienceDirect, Proquest, Medline, Ebscohost, PsycInfo, Scopus, CINAHL, Springer, Jstor, PubMed. Artikel CJS yang sesuai dengan kata kunci *nursing students, CJS incidents, CJS prevention, and clinical area* berjumlah 230 artikel. Artikel yang sesuai dengan kata kunci *clinical instructor's role, clinical setting, nursing educator, nursing student, and students' safety* ada 193 artikel. Dari artikel yang diunduh beberapa dihapus karena sama dan kurang relevan dengan tujuan sehingga terkumpul 103 artikel membahas CJS dan 101 artikel membahas peran pembimbing klinik.

Waktu: Oktober 2014—Juli 2015

Focus Group Discussion

Diskusi kelompok terarah (FGD) ini ditujukan agar teridentifikasinya upaya/ intervensi sistematis dalam pencegahan NSI pada mahasiswa keperawatan di RS.

Sampel FGD adalah 10 pembimbing praktik profesi mahasiswa keperawatan.

Tempat kegiatan FGD dilakukan di Diklit RSUP Fatmawati Jakarta.

Waktu pengambilan data dilakukan sebelum mengembangkan model pada Kamis, 21 Mei 2015 pk 09.00-10.30. Panduan FGD, instrumen, dan lembar persetujuan FGD dapat dilihat pada Lampiran 4.

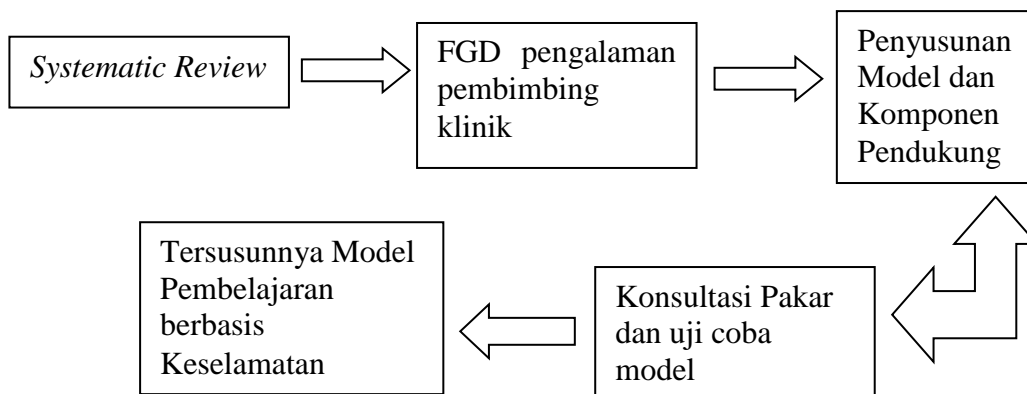
Konsultasi Pakar

Konsultasi pakar bertujuan untuk mendapatkan masukan dan penguatan/ verifikasi dari pakar keselamatan dan perilaku tentang model yang dikembangkan berdasarkan hasil *systematic review* dan *focus group discussion*. Hasilnya dijadikan landasan dalam mengembangkan bentuk intervensi dari model pembentukan perilaku beserta perangkatnya. Perangkat penunjang MPbK berupa pengingat harian melalui pesan singkat teks serta video pencegahan CJS. Video pencegahan CJS disusun sendiri oleh peneliti dan telah diuji secara konten kepada 1 pakar keselamatan di RS dan 1 pakar pengendalian infeksi dalam bentuk konsultasi pakar. Hasil penyusunan terkait MPbK diverifikasi secara konten oleh pembimbing yang sekaligus sebagai pakar keselamatan dan perilaku. Proses diskusi dilakukan secara berkesinambungan sampai media benar-benar sesuai dengan tujuan.

Waktu konsultasi pakar dilakukan pada Juli-September 2015 sebelum media diujicobakan (Lampiran 3.6 dan 3.7).

Pengembangan Model dan Uji Coba

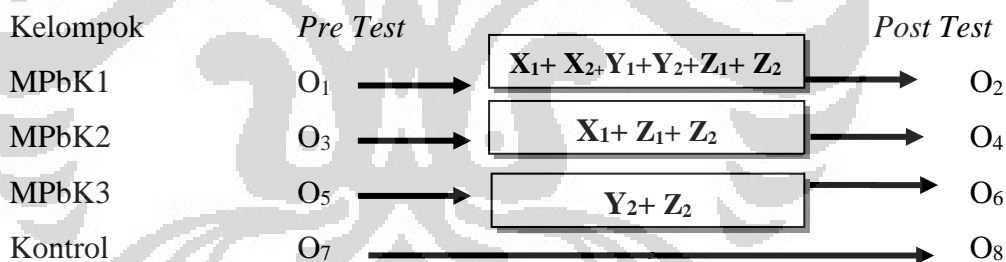
Model pembelajaran berbasis keselamatan dikembangkan untuk membentuk perilaku pada tingkat individu, kelompok, dan organisasi. Pengembangan model didukung dengan pengembangan komponen pendukung berupa materi reedukasi pencegahan CJS, media pesan singkat melalui media sosial, dan *media warning* berupa video terkait pencegahan CJS. Kerangka kerja penelitian kualitatif dan penyusunan model digambarkan pada Skema 4.1.



Skema 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Kualitatif

4.2 Tahap Kedua:

Desain penelitian tahap 2 adalah kuantitatif *quasi experiment pre-post test with control group*. Penelitian membandingkan kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Penilaian keberhasilan model dilihat dari tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku mencegah CJS pada kelompok intervensi. Kelompok intervensi adalah mahasiswa yang berada pada RS intervensi dan kelompok kontrol berada pada RS yang tidak diintervensi.



Skema 4.2 Desain kuasi eksperimen *pre and post test* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Keterangan:

- X₁** : intervensi individu berupa reedukasi pencegahan CJS
- X₂** : intervensi individu berupa pemberian pengingat harian pencegahan CJS melalui pesan singkat teks serta video pencegahan CJS
- Y₁** : Intervensi kelompok berupa pengingat kelompok
- Y₂** : Intervensi kelompok berupa proses bimbingan klinik berbasis keselamatan dan pemberian contoh peran pembimbing klinik yang telah dilatih mencegah CJS
- Z₁** : Intervensi institusi pendidikan memberikan pelatihan keselamatan mencegah CJS
- Z₂** : Intervensi organisasi berupa orientasi dan tindak lanjut kontrak program keselamatan serta penyediaan fasilitas penunjang pencegahan CJS
- O_{1, O₃, O₅}** : Tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku pencegahan CJS pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan intervensi MPbK 1, 2, dan 3.
- O_{2, O₄, O₆}** : Tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku pencegahan CJS pada kelompok intervensi setelah mendapatkan intervensi MPbK 1, 2, dan 3
- O₇** : Tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku pencegahan CJS pada kelompok kontrol pada awal pengambilan data.

- O₈** : Tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku pencegahan CJS pada kelompok kontrol setelah 2 bulan pengambilan data.
- O₁ – O₂** : Perbedaan tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku pencegahan CJS pada kelompok intervensi sebelum dan setelah intervensi MPbK1
- O₃ – O₄** : Perbedaan tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku pencegahan CJS pada kelompok intervensi sebelum dan setelah intervensi MPbK2
- O₅ – O₆** : Perbedaan tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku pencegahan CJS pada kelompok intervensi sebelum dan setelah intervensi MPbK3
- O₇ – O₈** : Perbedaan tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku pencegahan CJS pada kelompok kontrol tanpa perlakuan khusus
- MPbK** : Kelompok responden yang mendapat intervensi Model Pembelajaran berbasis Keselamatan yang dikelompokkan berdasarkan kelengkapan pemberian intervensi yaitu MPbK 1, 2, dan 3
- Kontrol** : Kelompok yang tidak mendapatkan perlakuan khusus, dalam kondisi sesuai kondisi keseharian di wahana praktik

Populasi yang biasanya disebut sebagai target populasi adalah seluruh individu (elemen) yang sesuai dengan kriteria sampling. Populasi pada penelitian ini yaitu mahasiswa keperawatan yang praktik profesi.

Sampel merupakan bagian dari populasi yang diharapkan dapat merepresentasikan target populasi. Keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti adalah populasi penelitian, sedangkan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi disebut sampel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Sampel kelompok MPbK1 dan 2 diambil dari populasi mahasiswa keperawatan FIK-UI yang praktik profesi pada periode September--Desember 2015. Sampel kelompok MPbK3 dari mahasiswa keperawatan UIN yang praktik profesi di RSF dan sampel MPbK 4 dari mahasiswa UMJ yang praktik profesi pada periode yang sama.

Kriteria sampel disebut juga kriteria yang eligibel yaitu susunan karakteristik penting yang eligibel di dalam target populasi. Sebelum menentukan besarnya sampel dan cara pengambilannya, peneliti merumuskan terlebih dahulu kriteria sampel yang akan digunakan. Kriteria inklusi adalah kriteria yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel, sedangkan kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). **Kriteria inklusi** penelitian ini adalah mahasiswa yang tengah mengikuti praktik profesi Ners. **Kriteria eksklusinya** adalah mahasiswa yang tidak melanjutkan program praktik profesi.

Besar sampel minimal pada penelitian ini dihitung menggunakan perhitungan besar sampel untuk uji hipotesis 2 kelompok independen (Ariawan, 1998).

$$\text{Rumus: } n_1=n_2= \left[\frac{Z_\alpha \sqrt{2PQ} + Z_\beta \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2}}{P_1-P_2} \right]^2$$

Keterangan:

Z_α = deviat baku alfa

Z_β = deviat baku beta

P_2 = proporsi pada kelompok yang sudah diketahui nilainya

Q_2 = $1 - P_2$

P_1 = proporsi pada kelompok yang nilainya merupakan *judgement* peneliti

Q_1 = $1 - P_1$

$P_1 - P_2$ = selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna

P = proporsi total = $(P_1 + P_2) / 2$

Q = $1 - P$

Peneliti melakukan penghitungan sampel sehingga didapatkan besar sampel berikut:

Z_α = 1,96

Z_β = 0,84

P_2 = 0,37 dari hasil penelitian To assess the **effectiveness** of video assisted teaching (VAT) on **needle stick injury** regarding knowledge and attitude of staff nurses working in selected hospitals of Karnataka (Kumar, 2010)

Q_2 = $1 - P_2 = 1 - 0,37 = 0,63$

P_1 = 60% = 0,6

Q_1 = $1 - P_1 = 1 - 0,6 = 0,4$

$P_1 - P_2$ = $0,6 - 0,37 = 0,23$

P = proporsi total = $(P_1 + P_2) / 2 = (0,6 + 0,37) / 2 = 0,485$

Q = $1 - P = 1 - 0,485 = 0,515$

$$\begin{aligned} \text{Jumlah } n_1 = n_2 &= \left[\frac{\{1,96 \times \sqrt{2(0,485 \times 0,515)}\} + \{0,84 \times \sqrt{(0,6 \times 0,4) + (0,37 \times 0,63)}\}}{0,6 - 0,37} \right]^2 \\ &= \left[\frac{\{1,96 \times 0,499\} + \{0,84 \times 0,24\}}{0,23} \right]^2 \\ &= \left[\frac{(0,97 + 0,20)}{0,23} \right]^2 = 25,88 = 26 \text{ responden (untuk setiap kelompok)} \end{aligned}$$

Responden dikelompokkan dalam tiga kelompok intervensi (MPbK1, MPbK2, dan MPbK3) dan satu kelompok kontrol. **Kelompok MPbK1** (26 mahasiswa FIK-UI) merupakan responden yang mendapat intervensi lengkap meliputi intervensi individu (reedukasi dan pengingat harian melalui pesan singkat teks serta video pencegahan CJS), intervensi kelompok (pengingat kelompok dan contoh peran dari pembimbing klinik yang telah dilatih pencegahan keselamatan dari CJS), dan organisasi (kontrak program keselamatan dan penyediaan fasilitas penunjang pencegahan CJS).

Kelompok MPbK 2 (72 mahasiswa FIK-UI) merupakan responden yang hanya mendapat intervensi individu (redukasi) dan organisasi (kontrak program keselamatan dan penyediaan fasilitas penunjang pencegahan CJS). **Kelompok MPbK 3** (31 mahasiswa FIK UIN) yaitu intervensi kelompok (contoh peran dari pembimbing klinik yang telah dilatih pencegahan keselamatan dari CJS) dan organisasi (kontrak program keselamatan dan penyediaan fasilitas penunjang pencegahan CJS). **Kelompok kontrol** (36 mahasiswa FIK-UMJ) tidak diberikan intervensi. Kelompok kontrol merupakan mahasiswa dari institusi pendidikan Ners setara tingkat akreditasinya dengan kelompok intervensi, namun praktik di wahana praktik yang berbeda dengan wahana praktik kelompok intervensi.

Peneliti mengikutsertakan seluruh mahasiswa profesi yang menjalankan praktik profesi pada RS intervensi dan kontrol. Kondisi ini menyebabkan jumlah responden setiap kelompok berbeda, namun telah memenuhi besar sampel minimal yaitu 26 perkelompok.

Pemilihan tidak melakukan pemilihan responden karena seluruh mahasiswa yang mengikuti praktik klinik di tempat terpilih diikutsertakan. Responden yang masuk kelompok MPbK 1, 2, dan 3 ditentukan langsung oleh peneliti sesuai kondisi intervensi di tempat penelitian. Peneliti menggunakan 2 pengumpul data yang telah dilatih cara pengumpulan data, mulai dari menjelaskan tujuan penelitian, manfaat penelitian, proses, dan aturan penelitian.

Tempat penelitian dilakukan di RS tempat mahasiswa praktik profesi yaitu RSCM, RSUP Fatmawati, RSP Persahabatan, dan RS Islam yang telah ditentukan Program Studi Ners Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) Universitas Indonesia, FIK UIN, dan FIK UMJ. Responden MPbK 1 dan 3 praktik di RSUP Fatmawati Jakarta, responden MPbK 2 praktik di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo, RSUP Persahabatan, dan RS Kepresidenan Gatot Subroto. Responden kelompok kontrol praktik di RSI Jakarta Pusat dan Jakarta Timur.

Waktu penelitian diawali dengan penyusunan proposal di Januari--April 2015, proses perijinan dan pengambilan data Mei—Desember 2015, dan pelaporan di 2016.

4.3 Etika Penelitian

Penerapan etika penelitian dalam desain penelitian kualitatif dan kuantitatif ini sangat dipertimbangkan dalam penelitian. Hal ini mengingat adanya beberapa risiko dari partisipan yang perlu dikendalikan dalam penelitian ini. McDonald (2012) dalam Loewenson, Laurell, Hogstedt, D'Ambruso, & Shroff (2014) mengidentifikasi keuntungan dan risiko bagi setiap individu dapat berbeda-beda. Risiko yang perlu dipertimbangkan tersebut adalah tekanan untuk lebih terlibat dengan isu khususnya pada kelompok yang berisiko dan marginal; bias dalam komunitas yang representatif; tekanan keingintahuan yang berlebihan; pengelolaan dan perlindungan informasi pribadi yang tidak ingin diketahui dalam proses pengumpulan data; tekanan saat analisis data didokumentasikan dan dilaporkan; pengelolaan informasi negatif atau yang tidak disukai; *social harm* seperti masyarakat yang semakin sadar dan stress/ sedih; dan risiko partisipasi pada fase tindakan.

Kepemimpinan dan *power* perlu dimiliki partisipan/ responden di setiap fase. Isu etik dan politik; budaya, kebutuhan, dan minat lokal, dan kolaborasi antara peneliti dengan partisipan perlu dipastikan (Loewenson et al, 2014). Setiap partisipan perlu menyetujui peran dan tanggung jawabnya; tujuan riset; data yang dikumpulkan; dan tempat mendesiminasikan temuan.

Kegiatan dilakukan setelah mendapat lolos kaji etik dari FIK-UI pada 17 April 2015 (Lampiran 2). Penelitian ini menerapkan tiga prinsip utama dalam penelitian, yaitu prinsip *beneficence*, menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*), dan prinsip keadilan (Loiselle, McGrath, Polit, & Beck, 2011; Polit & Beck, 2009; Tim Komisi Etik Riset UI, 2013).

4.3.1 Prinsip *Beneficence* dan *Nonmaleficence*

Prinsip *beneficence* merupakan kewajiban etik untuk memaksimalkan manfaat penelitian. Keuntungan dari penelitian ini adalah meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan mahasiswa untuk mencegah NSI, introspeksi, merasa puas menjadi bagian dari penelitian dan meningkatkan harga diri. Responden dijelaskan tentang tujuan, manfaat penelitian, dan jaminan kerahasiaan informasi responden. Responden diberikan kesempatan untuk memahami semua penjelasan yang telah diberikan.

Keuntungan mengikuti penelitian ini adalah meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan mencegah CJS, memberikan kesempatan introspeksi, merasa kepuasan menjadi bagian dari suatu penelitian, dan meningkatkan harga diri. Kerugian yang mungkin didapatkan dari penelitian ini adalah ketidaknyamanan secara psikologis seperti merasa bosan selama penelitian. Prinsip *nonmaleficence* diterapkan dengan tidak mengeksploitasi responden dan dipastikan tidak untuk mengganggu responden. Penelitian ini melindungi responden dari bahaya fisik maupun psikologis. Jika responden belum jelas tentang penelitian dapat menghubungi peneliti.

4.3.2 Prinsip untuk menghormati harkat dan martabat manusia

Prinsip ini terdiri dari hak untuk *self determination* dan hak untuk *full disclosure* (Loiselle et al., 2011). Hak untuk *self determination* yaitu hak untuk memutuskan ikut serta atau tidak dalam penelitian tanpa adanya risiko hukuman atau tindakan yang merugikan. Responden juga memiliki hak untuk mengakhiri keikutsertaannya, menolak untuk memberikan informasi, meminta klarifikasi lebih lanjut tentang tujuan dari penelitian secara spesifik. Data responden juga dijaga kerahasiaannya. Data yang dikumpulkan tidak mencantumkan nama dari responden (*anonymity*). Identitas yang didapatkan dari responden dijaga kerahasiaannya.

Responden mendapat hak *full disclosure* karena peneliti memberikan penjelasan secara terbuka tentang penelitian. Peneliti menjelaskan tujuan dari penelitian, hak responden, tanggung jawab peneliti, keuntungan dan kerugian yang didapatkan. Responden juga mendapatkan *informed consent* berupa pemberian informasi tentang penelitian hingga responden memahami informasi, memiliki hak untuk memilih dan responden secara sukarela setuju berpartisipasi pada penelitian. *Informed consent* didokumentasikan dan ditandatangani oleh peneliti dan responden (Lampiran 6).

4.3.3 Prinsip Keadilan

Prinsip keadilan yang dijalankan peneliti berupa mempertahankan hak responden untuk diperlakukan secara adil. Responden diperlakukan secara adil sebelum, selama dan sesudah penelitian. Kelompok intervensi diberikan intervensi PKD pada saat penelitian berlangsung sedangkan kelompok kontrol akan diberikan intervensi PKD pascapenelitian selesai tanpa membeda jenis kelamin, usia, dan program pendidikan.

4.3.4 Pelaksanaan Etika di Setiap Tahap Penelitian

Penerapan etik dilakukan di setiap tahap penelitian yaitu tahap persiapan, pengumpulan data, pengolahan data, dan penulisan serta publikasi hasil penelitian. Pada tahap persiapan, peneliti menggunakan syarat ilmiah (konsisten, *important*, dan valid) dalam merumuskan proposal. Peneliti merumuskan rencana analisis yang tepat, merencanakan pengukuran agar informasi yang diperoleh valid, dan mengajukan persetujuan pada tempat penelitian.

Penerapan etik dalam tahap pengumpulan data yaitu peneliti mengajukan *informed consent* kepada subjek penelitian. Peneliti menuliskan *informed consent* dengan bahasa yang mudah dipahami oleh responden. *Informed consent* meliputi penjelasan kepada responden mengenai kegiatan penelitian, tujuan, prosedur, manfaat penelitian, penjaminan kerahasiaan data, kesukarelaan partisipasi, dan identitas peneliti (Dahlan, 2010).

Penerapan etik dalam tahap pengolahan data meliputi pengolahan data berdasarkan prinsip-prinsip pengolahan data. Perolehan dan penggunaan data memperhatikan prinsip privasi, kerahasiaan, anonimitas, dan asas kesukarelaan (Notoatmodjo, 2010). Penerapan etik dalam tahap pelaporan yaitu peneliti menuliskan laporan secara jujur sesuai dengan hasil penelitian. Peneliti mencantumkan semua sumber bacaan maupun kutipan ide yang dipakai selama penelitian pada daftar pustaka. Peneliti melaporkan dan mempublikasikan hasil penelitian pada institusi pendidikan, keperawatan, dan masyarakat umum.

4.4 Instrumen

Instrumen penelitian menggunakan kombinasi instrumen yang didesain sendiri oleh peneliti dan instrumen yang diadopsi dari penelitian lain. Alat ukur tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku dikembangkan peneliti berdasarkan tinjauan teoritis dan hasil penelitian tahap pertama dan telah dibuat kisi-kisinya (Tabel 4.1)

Tabel 4.1 Kisi-kisi instrumen pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku

Aspek	No Soal	No Soal		No Soal
	Pengetahuan	Sikap		Intensi
	Positif	Positif	Negatif	Positif
Pencegahan CJS sebelum ke pasien: penyebab CJS, dampak CJS, persiapan <i>sharp container</i>	1, 2, 3, 9, 10, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22	3	1, 2, 16, 17	3, 4, 5, 6, 7, 11, 12
Pencegahan CJS saat di pasien: Inseri, menutup (<i>one hand recapping</i>), membuang tanpa menutup	11, 12, 6	4, 5, 7, 8, 9, 10	6	1, 2, 8, 9, 10
Pencegahan Pascatertusuk jarum	4, 5, 7, 8, 16, 17, 18, 23, 24	11, 15, 18, 20	12, 13, 14, 19	13, 14, 15, 16
Jumlah Soal	24 soal	20 soal		16 soal

Alat ukur *health literacy* diadopsi dari instrumen Richard H Osborne dari Deakin University. Berdasarkan komunikasi peneliti dengan Richard H Osborne pada Agustus 2014, peneliti telah meminta ijin untuk menggunakan instrumen dalam konteks intensi perilaku CJS dan tidak mengubah kalimat yang telah ditranslasikan ke bahasa Indonesia oleh tim penelitian *health literacy* karena instrumen ini juga digunakan di berbagai negara di Asia, Afrika, Australia, Amerika, dan Eropa. *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) berisi 9 domain sesuai dengan kisi-kisi (Tabel 4.2).

Tabel 4.2 Kisi-kisi instrumen *health literacy*

Aspek	Domain Kemampuan	No Soal
1.	Memiliki perasaan didukung dan dipahami oleh pelayanan kesehatan (<i>feeling understood and supported by healthcare providers</i>)	HLQ 1-4
2.	Memiliki cukup informasi untuk mengatur kesehatan diri (<i>having sufficient information to manage my health</i>)	HLQ 5-8
3.	Mengatur kesehatan diri secara aktif (<i>actively managing my health</i>)	HLQ 9-13
4.	Mendapat dukungan sosial untuk kesehatan (<i>social support for health</i>)	HLQ 14-18
5.	Memiliki kemampuan menilai informasi kesehatan (<i>appraisal of health information</i>)	HLQ 19-23
6.	Memiliki kemampuan aktif berhubungan dengan pelayanan kesehatan (<i>ability to actively engagement with healthcare providers</i>)	HLP 1-5
7.	Memiliki navigasi sistem pelayanan kesehatan (<i>navigating the healthcare system</i>)	HLP 6-11
8.	Memiliki kemampuan untuk menemukan informasi kesehatan yang baik (<i>ability to find good health information</i>)	HLP 12-16
9.	Memiliki informasi kesehatan yang cukup baik untuk mengetahui hal yang harus dilakukan (<i>understanding health information well enough to know what to do</i>)	HLP 17-21

Uji instrumen dilakukan pada 43 mahasiswa FIK-UI. Untuk instrumen pengetahuan, memiliki tingkat kesukaran yang bervariasi. Dari 24 soal yang ditampilkan terdiri dari 7 soal sukar (IBL 0—0,3), 10 soal sedang (IBL 0,31--0,70), dan 7 soal mudah (IBL 0,71--1). Reliabilitas instrumen pengetahuan 0,631, sikap 0,804, dan instrumen intensi perilaku 0,789. Sedangkan instrumen *health literacy* tingkat reliabilitasnya 0,930--0,945.

4.5 Prosedur Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dilakukan peneliti setelah mendapatkan pertimbangan etik dan ijin penelitian. Pertimbangan etik telah diajukan pada Komite Etik Keperawatan di FIK-UI. Ijin penelitian telah didapatkan dari institusi pendidikan dan rumah sakit tempat penelitian. Surat ijin lengkap ada di Lampiran 3. Pengumpulan data dilakukan 2 kali yaitu *pre-test* pada 1 September 2015 dan *post-test* pada 30 Desember 2015.

4.6 Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan dan analisis data dibedakan atas pengolahan data kualitatif dan kuantitatif. Metode untuk menganalisis data kualitatif sangat beragam. Loewenson et al. (2014) menyampaikan bahwa mensintesis informasi kualitatif dapat menggunakan sintesis meta-naratif, sintesis interpretasi kritis, meta-etnografi, *grounded formal theory/ grounded theory*, sintesis tematik, sintesis naratif tekstual, sintesis kualitatif/meta/studi meta, analisis konten, survey kasus, dan komparatif kualitatif. Proses analisis data kualitatif penelitian ini menggunakan analisis konten. Analisis konten mengkatagorikan data menjadi tema dan menghitung frekuensinya dalam teknik yang terorganisir (Hodson, 1999) dalam (Loewenson et al., 2014). Pengolahan data telaah artikel menggunakan tabel sederhana (Lampiran 4 & 5). Hasil telaah didapatkan 15 artikel paling relevan dengan CJS dan 18 artikel terkait peran pembimbing klinik yang siap dianalisis.

Proses pengolahan data kuantitatif penelitian ini dilakukan saat seluruh kuesioner telah terkumpul seluruhnya. Kuesioner diolah menggunakan tahapan *editing, coding, scoring, processing*, dan *cleaning* (Hastono, 2007). Proses *editing/* memeriksa kelengkapan isi dan jawaban kuesioner dilakukan saat pengembalian kuesioner.

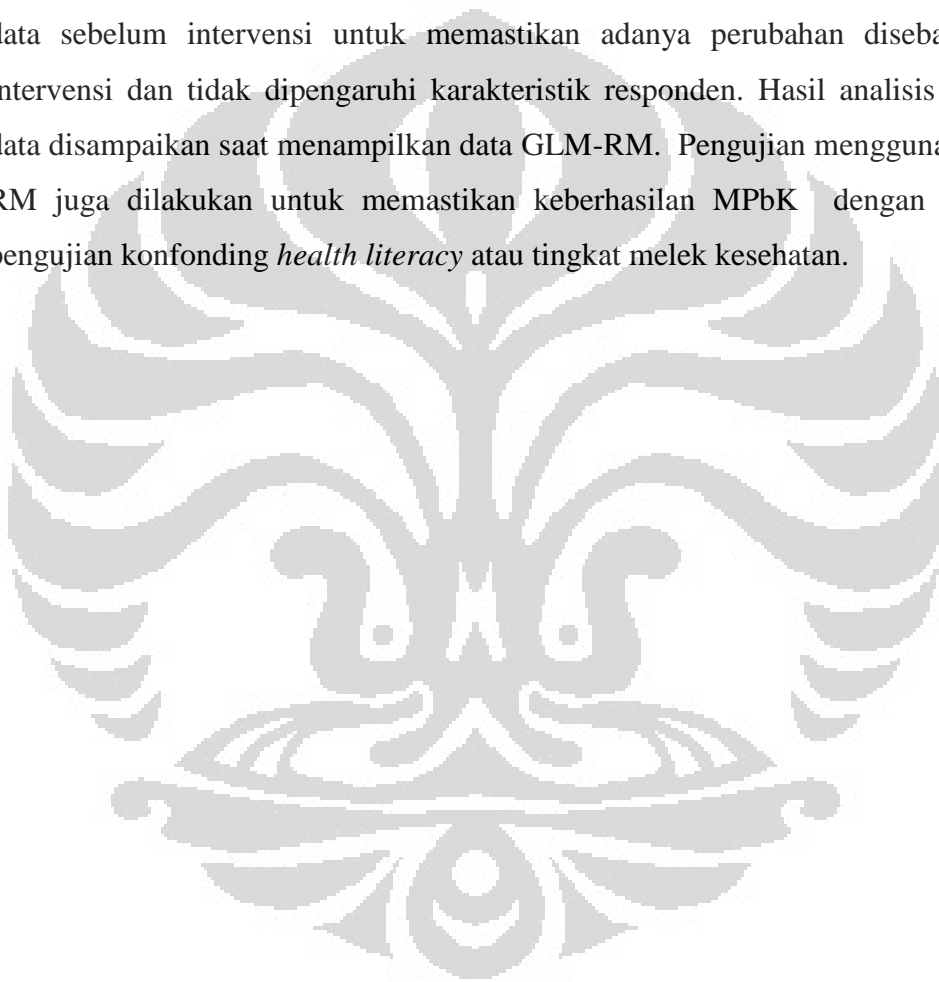
Coding dilakukan dengan memberi kode khusus pada tiap responden dan jawaban yang dipilih. *Scoring* dilakukan dengan memberikan nilai pada jawaban masing-masing variabel independen dan variabel dependen. *Processing* dilakukan dengan mengolah data pada program komputer. *Cleaning* dilakukan dengan memeriksa kembali kebenaran data dalam computer untuk selanjutnya dilakukan analisis data.

Analisis univariat dilakukan pada variabel dependen (tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku) sebelum dan sesudah intervensi baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Analisis univariat juga dilakukan pada data karakteristik responden dan variabel konfounding. Karakteristik responden berupa data kategorik seperti jenis kelamin, status vaksinasi, analisis univariatnya disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan proporsi. Data variabel dependen, konfounding *health literacy*, dan karakteristik responden mengenai usia dan pengalaman tertusuk jarum merupakan data numerik menggunakan tendensi sentral yang meliputi *mean*, *median*, *confident interval*, standar deviasi dan nilai maksimum-minimum.

Analisis bivariat khusus data numerik diawali dengan uji normalitas data karena syarat penggunaan uji parametrik pada analisis bivariat adalah data berdistribusi normal. Uji distribusi normal data pada penelitian ini dilakukan dengan uji Shapiro-Wilk (untuk data <50 sampel). Data karakteristik responden dan variabel konfounding yang tidak berdistribusi tidak normal diolah dengan uji nonparametrik.

Analisis bivariat pada penelitian ini digunakan untuk mengidentifikasi perbedaan tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku sebelum dan sesudah intervensi baik pada kelompok kontrol maupun intervensi. Variabel dengan jenis data kategorik (nominal dan ordinal) dianalisis dengan *uji X^2* , sedangkan jenis data numerik (interval) dianalisis dengan uji Kruskal Wallis. Uji Kruskal Wallis merupakan uji nonparametrik untuk menentukan perbedaan signifikan antara kelompok variabel independen & dependen yang berskala data numerik (Sastroasmoro & Ismail, 2011).

Analisis multivariat dilakukan untuk menguji konfounding dan diakhiri dengan pengujian menggunakan *general linier model-repeated measure* (GLM-RM). Analisis GLM-RM digunakan untuk melihat adanya perubahan tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku sesudah intervensi dibandingkan sebelum intervensi pada variabel dependen setelah diuji bersama-sama pada 4 kelompok. Analisis GLM juga digunakan untuk menilai homogenitas/ kesetaraan data variabel dependen, konfounding, dan karakteristik responden dari kelompok kontrol dan intervensi terhadap seluruh variabel numerik penelitian. Pengujian homogenitas dilakukan pada data sebelum intervensi untuk memastikan adanya perubahan disebabkan oleh intervensi dan tidak dipengaruhi karakteristik responden. Hasil analisis kesetaraan data disampaikan saat menampilkan data GLM-RM. Pengujian menggunakan GLM-RM juga dilakukan untuk memastikan keberhasilan MPbK dengan melakukan pengujian konfounding *health literacy* atau tingkat melek kesehatan.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil tahap 1 dan 2 penelitian. Hasil penelitian tahap 1 berupa Model Pembelajaran berbasis Keselamatan (MPbK) yang diuji di penelitian tahap 2. Strategi mencegah CJS dan peran pembimbing klinik yang diterapkan dalam model ini mengacu pada strategi mencegah CJS dan peran pembimbing klinik disimpulkan dari hasil *systematic review* dan *focus froup discussion (FGD)* yang dilakukan pada tahap 1 penelitian sebelum menyusun MPbK yang telah diringkas dalam Skema 5.1.

5.1 Hasil *Systematic Review*

5.1.1 Strategi Pencegahan CJS

Strategi pencegahan CJS diperoleh peneliti melalui telaah dari 15 artikel yang dianalisis dari 103 artikel terkait pencegahan CJS dari berbagai negara. Hasil *review* menunjukkan bahwa strategi efektif mencegah CJS adalah melalui edukasi, pelatihan, penggunaan *safe needle*, dan komunikasi.

Tabel 5.1 Strategi Pencegahan CJS

Strategi	Literatur	Desain	Hasil Penting
Edukasi	Adams & Elliott, 2006; Beltagy et al., 2012; Darawad & Al-Hussami, 2013; Hambridge, 2011, Trim & Elliott, 2003; Yao et al., 2013	<i>Literature review</i>	Program edukasi tentang benda tajam dapat menurunkan CJS sebanyak 18% Intervensi edukasi tentang CJS menurunkan CJS dari 50.5% menjadi 25.2% dan meningkatkan pelaporan diri dari 37.0% menjadi 55.6%.
Pelatihan	Deisenhammer, Radon, Nowak, & Reichert, 2006; Nsubuga & Jaakkola, 2005; Smith et al., 2009; Yang et al., 2007	<i>Cross-sectional</i>	Dari 221 kasus dilaporkan cedera jarum suntik selama penelitian, secara umum ada 2,6 kasus per 100 FTE (waktu pentuh setara) per tahun, skor tertinggi terjadi untuk magang (17,7 kasus per 100 FTE magang per tahun).
Penggunaan <i>safe needle</i>	Rogers & Goodno, 2000); Trim & Elliott, 2003; van der Molen, Zwinderman, Sluiter, & Frings-Dresen, 2011	Observasi dan studi kasus	Ada signifikansi pengurangan terhadap cakupan penggunaan jarum secara aman dari 14/ 100.000 dengan 2/ 100.000 kasus.
Komunikasi	Small et al., 2011; Smith et al., 2009	Kuantitatif menggunakan kuesioner	Penempatan wadah untuk jarum dan edukasi, peningkatan komunikasi, dan pendidikan menurunkan CJS pada tenaga kesehatan.

5.1.2 Peran dan kemampuan pembimbing klinik dalam MPbK

Hasil telaah literatur dari 18 artikel yang relevan diseleksi dari 103 artikel terkait didapatkan lima peran pembimbing klinik. Peran adalah sebagai contoh peran, edukator, evaluator, mentor, dan fasilitator.

Tabel 5.2 Peran Pembimbing Klinik dalam MPbK

No	Peran	Penulis	Hasil Temuan
1	Contoh peran	Borhani, Alhani, Mohammadi, & Abbaszadeh, 2010; Levi, et all, 2009; Sele, Gumede, & Khubeka, 2002; Ward, 2010	Fungsi preseptor menurut perspektif mahasiswa adalah mampu menjadi <i>role model</i> / contoh peran yang efektif
2	Edukator	Hanson & Stenvig, 2008 Miller, 2012 Ward, 2010 Yamada & Ota, 2012	Pembimbing merencanakan tujuan, menetapkan kurikulum, mengajarkan keterampilan dan teori, dan terus meningkatkan kemampuan
3	Evaluator	Sele, Gumede, & Khubeka, 2002	Membantu mahasiswa dalam penyelesaian masalah menggunakan evaluasi formatif and sumatif
4	Mentor	Kuwabara, 2009 Levi, et all, 2009	Karakteristik mentor yang mendukung visi dan tujuan/ berfikir sebagai orang ketiga
5	Fasilitator	Yoghoubinia, Heydari, Latifnejad & Roudsari, 2004	Fasilitator membantu mempertemukan harapan mahasiswa, memberikan penekanan pada hal yang penting, mengajarkan kompetensi klinis, dan meningkatkan rasa percaya diri mahasiswa

Kemampuan Pembimbing Klinik yang Efektif dalam MPbK

Kunci penting contoh peran pembimbing klinik bagi mahasiswa keperawatan adalah memiliki karakteristik yang baik. Karakteristik ini melekat dalam setiap peran pembimbing baik sebagai contoh peran, edukator, evaluator, mentor, maupun sebagai fasilitator. Sesuai hasil *literature review* peneliti mengidentifikasi lima karakteristik yang mendukung pembimbing klinik dalam menjalankan perannya sebagai pembimbing mahasiswa keperawatan seperti tertuang dalam Tabel 5.3. Karakteristiknya adalah mampu mengevaluasi, profesional, memiliki hubungan interpersonal yang baik, mampu memberikan pengajaran, dan bersikap baik.

Tabel 5.3 Karakteristik Pembimbing Klinik yang Efektif

No.	Karakteristik	Literatur	Hasil Temuan
1	Mampu mengevaluasi	Levi, et all, 2009 Mulready-Shick, Kafel, Banister, & Mylott, 2009 Tang, Chou, & Chiang, 2005 Viverais-Dresler & Kutschke, 2001	Peran efektif pembimbing klinik adalah memiliki karakteristik sebagai evaluator (mean: 6.5). Instruktur klinik memberikan timbal balik untuk mengembangkan kemampuan dan kepercayaan diri mahasiswa
2	Profesional kompeten	Berndt, 2013 Dresler & Kutschke, 200 Hart, 2009 Levi, et all, 2009 Tang, Chou, & Chiang, 2005 Ward, 2010	Memiliki kompetensi profesionan adalah sesuatu yang harus dimiliki oleh seorang pembimbing klinik (mean: 6.4)
3	Memiliki hubungan interpersonal yang baik	Berndt, 2013 Dresler & Kutschke, 2001 Hart, 2009 Higgs & McAllister, 2007 Kulikowski, 2005) Levi, et all, 2009) Tang, Chou, & Chiang, 2005	Kemampuan hubungan interpersonal yang baik membantu menciptakan hubungan yang lebih baik dengan mahasiswa dan mendukung peningkatan kepercayaan diri mahasiswa Interpersonal relationship (mean: 6.3).
4	Mampu memberikan pengajaran	Dresler & Kutschke, 2001 Hermiz, 2001 Hanson & Stenvig, 2008 Levi, et all, 2009 Tang et al., 2005	Kemampuan mengajar termasuk memiliki pengetahuan dan manajemen strategi pembelajaran serta memberikan timbal balik yang membangun.
5	Bersikap baik	Higgs & McAllister, 2007 Hanson & Stenvig, 2008 Hermiz, 2001 Hart, 2009 Kulikowski, 2005 Tang et al., 2005	Seorang pembimbing klinik yang jujur dan peduli dapat mengembangkan kepercayaan diri mahasiswanya

5.2 Hasil FGD

Hasil *Focus Group Discussion* (FGD) yang dilakukan oleh peneliti didapatkan bahwa setiap pembimbing klinik telah menjelaskan peran efektif pembimbing klinik dan karakteristik yang mendukung pembimbing klinik selama menjalankan perannya mendampingi mahasiswa keperawatan dalam praktik klinik. Untuk mempermudah pemahaman terkait model ini, dalam implementasinya menggunakan panduan 5W1H.

Studi FGD dilakukan untuk memastikan peran pembimbing klinik di wahana praktik. Hasil FGD menemukan 25% pembimbing klinik menyebutkan bahwa menjadi panutan yang tepat untuk mahasiswa keperawatan dapat membantu untuk meningkatkan keterampilan klinik dengan benar berdasarkan pengetahuan terbaru.

Namun, sebagai pembimbing klinik, panutan yang baik tidak hanya dalam pengetahuan tetapi juga dalam sikap dan perilaku. Pengetahuan yang memadai diperlukan untuk menjadi pembimbing klinik. Pentingnya peran ini berkaitan dengan kemampuan untuk mengajar dan membangun karakter mahasiswa keperawatan menjadi seorang yang baik. Ide lain adalah berasal dari pembimbing klinik yang mengatakan bahwa pembimbing harus memfasilitasi kebutuhan mahasiswa dalam meningkatkan pengetahuan melalui peran menjadi mentor bagi mahasiswa.

Peran sebagai pendidik dan fasilitator sesuai hasil FGD sering bercampur menjadi satu tindakan ketika mendampingi mahasiswa. Sebenarnya, untuk menjalankan peran yang baik tidak ada batas antara satu peran dengan peran yang lain. Kombinasi yang baik di antara peran perlu dilakukan oleh pembimbing klinik selama membimbing.

"Kita melakukan pendampingan setiap aktivitas mahasiswa, jika ada waktu mengadakan diskusi kasus, ada kendala apa, pasiennya bagaimana" (P2)

"Setidaknya kita juga bisa menjadi mentor yang menggali pengetahuannya, kemampuannya, sebelum terjun langsung ke pasien" (P6)

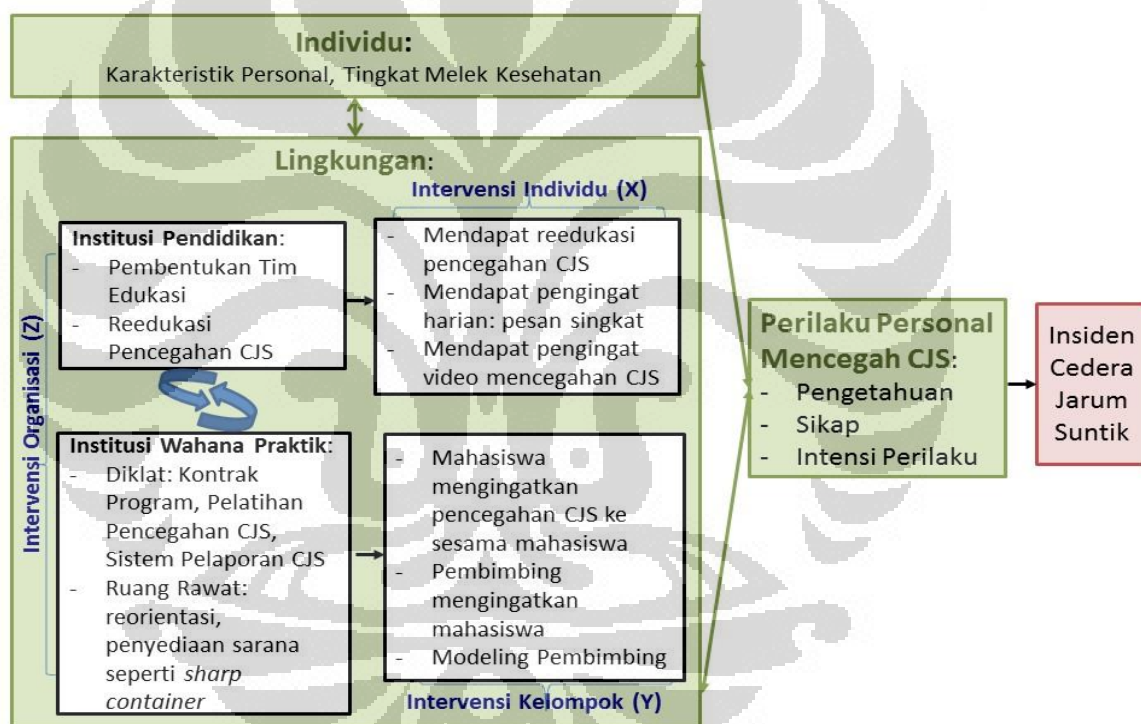
Pembimbing klinik dapat menggali lebih lanjut pengetahuan mahasiswa melalui proses diskusi yang tepat dan menggunakan metode mentoring bagi setiap mahasiswa. Jadi, mahasiswa keperawatan dapat menerima dan mengumpulkan informasi melalui proses bimbingan. Di samping model peran dan mentor, klinik pembimbing berperan sebagai fasilitator bagi mahasiswa. Hal ini merupakan peran penting bagi mahasiswa untuk menghindari keraguan dari mahasiswa untuk mencapai target tertinggi lancar baik dalam pengetahuan dan keterampilan klinik.

"Memfasilitasi mahasiswa untuk review mencapai sasaran pencapaian. Misalkan Sekarang mereka ingin mencapai sasaran apa, lalu kita fasilitasi agar mereka dapat melakukan sasaran tersebut " (P4)

Lebih dari 50% pembimbing klinik sering disebut panutan, pendidik, mentor, dan fasilitator sebagai peran utama sebagai pembimbing klinik untuk mahasiswa keperawatan. Namun peran evaluator belum optimal dilaksanakan.

5.3 Model Pembelajaran berbasis Keselamatan/ *Safety based Learning Model*

Pengertian MPbK yaitu suatu model pembelajaran untuk membentuk perilaku individu menjaga keselamatan dengan menggunakan pendekatan individu, kelompok, dan organisasi yang terintegrasi antara pihak institusi pendidikan dan wahana praktik. Setiap pihak menjalankan kegiatan dan perannya untuk menjamin keselamatan mahasiswa keperawatan di wahana praktik. Interaksi timbal balik yang baik antara keduanya sangat diperlukan dalam menjamin keberlangsungan model ini. Landasan utama model ini adalah teori pembelajaran sosial/ *Social Learning Theory* (Bandura, 1971), *Reciprocal Determinism* (Bandura, 1978), dan *Social Cognitive Theory* (Bandura, 1989) yang menekankan interaksi antara **individu**, **lingkungan**, dan **perilaku** dalam proses pembentukan perilaku individu dalam menjaga keselamatannya.



Skema 5.1 Model Pembelajaran berbasis Keselamatan (MPbK)

Individu berupa karakteristik personal dan harapan/ keyakinan (misalnya kemampuan melek kesehatan) merupakan kondisi yang unik dan melekat dalam dirinya. Keyakinan dan keteguhan sikap dalam berperilaku baik mencegah CJS ditanamkan untuk menangkal pengaruh contoh peran tidak baik yang ditunjukkan lingkungan di sekeliling mahasiswa selama belajar di wahana praktik. Kemampuan individu ini dapat dibentuk oleh lingkungan dan perilaku yang ditampilkan, sebaliknya individu dapat mempengaruhi lingkungan dan perilakunya (resiprokal).

Lingkungan menjadi penting dalam MPbK ini karena dalam SLT ini menekankan bahwa individu belajar melalui proses pengamatan dari lingkungannya, namun pengamatan tersebut tidak langsung mempengaruhi perilaku individu karena adanya harapan dan insentif yang mampu menggerakkan individu untuk berperilaku. MPbK ini dirancang untuk tujuan memperkuat faktor intrinsik dan ekstrinsik yang mempengaruhi perilaku (pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku) di setiap tahapan belajarnya sehingga dapat menjaga keselamatan dirinya dari berbagai *hazard & risiko*, khususnya mencegah CJS. Proses pembentukan perilaku mahasiswa keperawatan tersebut tentunya dibantu oleh pembimbing klinik dan sejawat perawat yang ada di sekeliling mahasiswa yang menjadi sumber belajar dan modeling selama praktik di RS. Contoh peran (modeling) yang baik dapat menghasilkan perilaku yang baik, namun sebaliknya pengamatan contoh peran yang tidak baik dapat menghasilkan perilaku tak baik. Sebagai mahasiswa, perilakunya diwarnai oleh regulasi dan contoh peran yang kurang mendukung pembentukan perilakunya. Untuk itulah intervensi pada lingkungan menjadi prioritas dalam MPbK ini.

Lingkungan menjadi fokus intervensi menggunakan MPbK ini. Tingkatan intervensi untuk membentuk perilaku personal mencegah CJS dalam MPbK meliputi pembelajaran melalui intervensi individu, kelompok, dan organisasi. Intervensi individu merupakan pendekatan yang dilakukan untuk memperkuat kemampuan kognitif dan keyakinan mahasiswa dalam mencegah CJS. Intervensi kelompok merupakan proses penguatan kemampuan mencegah CJS dalam kelompok saat berinteraksi dengan mahasiswa lain dan pembimbing selama praktiknya. Pendekatan organisasi merupakan proses penguatan kemampuan mencegah CJS dari institusi pendidikan dan wahana praktik tempat mahasiswa menjalankan praktik profesi.

Intervensi **individu** meliputi pemberian reedukasi pada awal praktik profesi (saat orientasi) dan pengingat harian melalui pesan singkat teks serta pengingat berupa video pencegahan CJS yang diberikan selama mahasiswa menjalankan praktik klinik. Pendekatan **kelompok** meliputi pengingat dari *peer/* sesama mahasiswa dan pembimbing serta contoh peran dari pembimbing klinik yang telah dilatih pencegahan keselamatan dari CJS. Pendekatan **organisasi** meliputi kegiatan pelatihan keselamatan, kontrak program, dan tindak lanjut kontrak program di ruang

rawat berupa orientasi keselamatan serta penyediaan fasilitas penunjang pencegahan CJS, seperti jarum suntik yang aman (*safe needle*) dan tersedianya kotak pembuangan jarum suntik bekas (*sharp container*).

Perilaku merupakan kondisi yang ditunjukkan individu sebagai hasil interaksinya dengan lingkungan di sekelilingnya. Respons perilaku yang dapat diukur ditunjukkan dalam bentuk pengetahuan dan sikap mahasiswa terhadap CJS (bagian dari perilaku tertutup) dan perilaku terbuka berupa tindakan/ praktik yang dapat diamati dari luar. Pengukuran perilaku secara langsung tidak mudah dilakukan, sehingga perilaku individu dapat diukur melalui intensinya. Intensi merupakan kemudahan seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku. Intensi ini merupakan faktor sentral dalam *Theory of Planned Behavior/ TPB* (Ajzen, 1991). Ajzen menekankan bahwa intensi individu menggambarkan perilakunya. Hasil perilaku tersebut adalah insentif yang didapat mahasiswa berupa tidak terjadi insiden CJS.

Penekanan pada MPbK adalah faktor individu khususnya kesadaran (*awareness*) pentingnya mencegah CJS dan keterlibatan aktif lingkungan (institusi pendidikan dan wahana praktik) disertai dengan berbagai kegiatan pembelajaran termasuk peran aktif mahasiswa akan berpengaruh pada perilaku mahasiswa dan pada akhirnya akan berdampak pada rendahnya insiden CJS. Selain itu, contoh peran dari pembimbing klinik yang menjadi sumber belajar individu menggunakan berbagai strategi mencegah CJS dan menjalankan berbagai peran sangat diperlukan dalam MPbK ini.

Persiapan komponen MPbK dilakukan bersama-sama pihak institusi pendidikan dan wahana praktik. Persiapan di institusi pendidikan meliputi persiapan materi reedukasi (buku dan ppt tentang pencegahan CJS dan peran pembimbing klinik), media *reminder* berupa pesan singkat melalui media sosial dan video pencegahan CJS. Sedangkan persiapan di wahana praktik adalah dengan berkordinasi dengan bagian diklit RS untuk mempersiapkan pembimbing klinik sebelum membimbing mahasiswa terintegrasi dengan kegiatan kontrak program.

Keberhasilan MPbK dapat dinilai dengan beberapa indikator sesuai dengan kegiatan pada setiap tingkatan intervensi. Indikator dapat dilihat pada Tabel 5.4.

Tabel 5.4 Tingkat, Cara, Tujuan, Indikator Keberhasilan MPbK

Tingkat Intervensi	Cara Pelaksanaan	Tujuan	Indikator Keberhasilan/
Individu	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pretest</i> soal MCQ - Reeducasi keselamatan - Peningat untuk memahami prosedur dan regulasi - Bimbingan dan <i>role model</i> untuk mempertahankan kompetensi - Peningat pesan singkat menggunakan media sosial - Peningat video pencegahan CJS 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengaktifkan keyakinan individu: individu merasakan adanya kerentanan diri dalam lingkungan RS, bahaya di sekelilingnya, hambatan & dampak baik menjaga PKD, serta merasakan tanda lingkungan yang mendukung keselamatan - Mengaplikasikan <i>experiential learning</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Tingkat pengetahuan mencegah CJS (hasil kuesioner) - Individu kompeten dalam berperilaku mencegah CJS (hasil observasi sesaat setelah reeducasi dan <i>self report</i>) - Sikap dalam mencegah CJS baik (hasil kuesioner) - Media efektif
Kelompok	<ul style="list-style-type: none"> <i>Peer reminder</i>/ Peningat dari teman sebaya mahasiswa Pembimbing klinik 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengaplikasikan nilai-nilai PKD dalam kelompok 	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya intensi mencegah CJS karena pingat <i>peer</i> - Adanya intensi mencegah CJS karena pingat pembimbing
Organisasi	<ul style="list-style-type: none"> Reorientasi Program Orientasi Diklat Penyediaan sarana penunjang PKD tercukupi Pemantauan <i>reporting</i> insiden oleh Diklat & Tim Keselamatan RS: masuk dalam SIPIKMK, SIM RS Budaya birokrasi: penegakkan peraturan ruang rawat 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Refresh</i> orientasi keselamatan 	<ul style="list-style-type: none"> Lingkungan mendukung MPbK - Mahasiswa melaporkan insiden - Laporan insiden terdokumentasi baik Terimplementasikannya aturan dengan ketat

Persiapan pembuatan media edukasi pencegahan cedera jarum suntik (CJS) diawali dengan menyusun skenario (Lampiran 7). Skenario dibuat berdasarkan berbagai panduan pencegahan CJS dengan memberikan penekanan pada bagian-bagian penting sesuai dengan judul video. Proses pembuatan video melibatkan pembimbing klinik dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami. Video yang dibuat meliputi:

1. Video” Prosedur Membersihkan Tangan” (2’ 30”): menceritakan 6 langkah membersihkan tangan baik menggunakan air mengalir-sabun & menggunakan *handrub*”

2. Video “Prosedur Penggunaan Jarum Suntik secara Aman” (3’53”): menceritakan cara yang aman dan benar dalam penggunaan jarum suntik, meliputi 1) membersihkan tangan, 2) memakai sarung tangan, 3) mempersiapkan jarum secara aman, 4) memastikan *sharp container* tersedia, tidak penuh, dan dekat dengan tempat prosedur, serta 5) membuka dan memasang jarum suntik secara aman
3. Video “Prosedur Menutup Jarum Suntik secara Aman (2’ 05”): menceritakan prosedur menutup jarum suntik menggunakan *one hand recapping* jika diperlukan. Jarum suntik seharusnya langsung dibuang ke *sharp container* tanpa ditutup kembali
4. Video “Prosedur Membuang Jarum Suntik secara Aman’ (2’ 21”) menceritakan perbedaan prosedur membuang jarum suntik setelah menyuntik langsung dan menyuntik melalui selang infus.
5. Video “Prosedur Pascapenggunaan Jarum Suntik” (2” 30”): menceritakan cara yang aman dan benar setelah selesai menggunakan jarum suntik, meliputi 1) melepas sarung tangan secara benar, 2) membuang sarung tangan secara benar, dan 3) membersihkan tangan
6. Video Prosedur Pertolongan Pertama jika Tertusuk Benda Tajam” (1’ 50”): menceritakan 3 langkah yang dilakukan pascatertusuk benda tajam, meliputi 1) segera bilas area yang tertusuk dengan air bersih dan mengalir minimal 1 menit (tanpa ditekan-tekan), 2) balut luka dengan antiseptik, 3) segera laporkan kejadian kepada supervisor, 4) carilah perawatan medis profesional yang sesuai
7. Video Animasi “Tertusuk Jarum Suntik”): menceritakan peristiwa tertusuk jarum suntik dan dampaknya bagi mahasiswa keperawatan

Instrumen dalam penelitian ini adalah MPbK, instrumen pengukuran pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku, serta instrumen tingkat melek kesehatan. Instrumen telah dilakukan uji instrumen dan instrumen dinilai valid dan reliabel dalam mendukung model, mengukur kemampuan mencegah CJS, dan mengukur tingkat melek kesehatan yang menjadi salah satu variabel konfounding dalam penelitian ini.

Validitas konten MPbK dilakukan selama proses penyusunan komponen pendukung MPbK dilakukan melalui kegiatan konsultasi pakar, diskusi dengan pembimbing, dan uji keterbacaan. Proses perbaikan dan penyempurnaan media dan model dilakukan sehingga didapat model yang terbaik. Selain itu juga dilakukan proses diskusi dengan berbagai pihak yang berkaitan dengan keselamatan RS, komite keselamatan RS, PPI, dan calon pengguna media edukasi yaitu mahasiswa untuk memastikan pesan dalam media dapat diterima dan dipahami dengan baik. Peneliti juga melibatkan bidang keperawatan dan komite keperawatan dalam mendiskusikan SPO pencegahan CJS. Saat ini SPO dalam tahap revisi oleh pihak rumah sakit.

Hal yang direvisi selama proses tersebut, adalah:

- media pembelajaran pencegahan CJS berupa video yang harus sesuai dengan standar pencegahan CJS baik internasional, nasional, dan standar prosedur operasional di rumah sakit tempat praktik mahasiswa
- proses pengingat menggunakan video harus mampu laksana agar benar-benar efektif dapat digunakan. Awalnya media edukasi akan ditempatkan pada *screen saver* komputer yang digunakan dalam ruang rawat, namun dinilai kurang efektif karena sudah terlalu banyak informasi pengingat dalam *screen saver* tersebut, sehingga dikhawatirkan tidak terlalu menjadi perhatian mahasiswa
- media pembelajaran yang telah selesai dibuat ditunjukkan kepada 3 mahasiswa keperawatan (bukan responden) untuk mendapatkan masukan terkait jelas tidaknya informasi yang diterima setelah melihat media pembelajaran tersebut. Beberapa masukan didapatkan untuk kesempurnaan media pembelajaran. Instrumen lainnya telah diuji validitas dan reliabilitasnya.

5.4 Hasil Pengujian Keberhasilan MPbK

Keberhasilan model ditunjukkan dari perubahan tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku mahasiswa. Sebelum menguraikan perubahan pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku pencegahan CJS, peneliti akan mendeskripsikan karakteristik mahasiswa (usia, jenis kelamin, program pendidikan, pengalaman tertusuk, penggunaan vaksinasi) dan variabel konfonding penelitian yaitu tingkat melek kesehatan/ *health literacy*. Data karakteristik responden dan variabel konfonding pada umumnya berdistribusi tidak normal dengan nilai probabilitas uji bervariasi ($p < 0,000--0,767$) sehingga data diolah menggunakan uji nonparametrik.

Tabel 5.5 Uji Kesetaraan Karakteristik Responden Kelompok MPbK

No.	Distribusi Variabel	Kelompok Intervensi			Kelompok Kontrol	Total	p
		MPbK1 (n=26)	MPbK2 (n=72)	MPbK3 (n=31)	K (n=36)		
1	Usia responden [tahun]						<0,001*
	Median	22 (21-33)	22 (21-34)	22 (20-23)	23 (22-36)	22 (20-36)	
	Mean (SD)	23,1 (2,5)	23,5 (2,9)	22,1 (0,7)	25,1 (4,1)	23,52 (3,1)	
2	Jenis kelamin responden						0,115
	Perempuan	24 (92,3%)	67 (93,1%)	26 (83,9%)	28 (77,8%)	145 (87,9%)	
	Laki-laki	2 (7,7%)	5 (6,9%)	5 (16,1%)	8 (22,2%)	20 (12,1%)	
3	Program						0,003*
	Reguler	21 (80,8%)	50 (69,4%)	31 (100%)	24 (66,7%)	126 (76,4%)	
	Ekstensi	5 (19,2%)	22 (30,6%)	0 (0,0%)	12 (33,3%)	39 (23,6%)	
4	Pengalaman tertusuk						0,090
	Tidak pernah tertusuk	23 (88,5%)	55 (76,4%)	24 (77,4%)	22 (61,1%)	124 (75,3%)	
	Nyaris dan pernah tertusuk	0 (0,0%)	1 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)	
	Nyaris	3 (11,5%)	10 (13,9%)	5 (16,1%)	5 (13,9%)	23 (13,9%)	
	Pernah tertusuk	0 (0,0%)	6 (8,3%)	2 (6,5%)	9 (25,0%)	17 (10,3%)	
5	Vaksinasi						<0,001*
	Tidak	21 (80,8%)	54 (75,0%)	5 (16,1%)	35 (97,2%)	115(69,7%)	
	Ya	5 (19,2%)	18 (25,0%)	26 (83,9%)	1 (2,8%)	50 (30,3%)	
6	HLQHLP						0,026*
	Median	144,5(133-157)	149,0(114-189)	145,0(131-183)	147,0(118-156)		
	Mean [SD]	145,5 (7,6)	152,0 (14,3)	145,8(11,0)	143,8 (10,8)		

*bermakna pada α 0.05. Uji proporsi X^2 dan uji beda mean Kruskal-Wallis

Hasil pada Tabel 5.5 menunjukkan bahwa usia rerata responden 23,52 tahun dengan usia termuda 20 tahun dan usia tertua 36 tahun. Rerata usia pada kelompok MPbK 1 ($23 \pm 2,5$ tahun) dan kelompok MPbK 2 ($23 \pm 2,9$ tahun) tidak berbeda jauh dengan kelompok MPbK 3 ($22 \pm 0,7$ tahun) dan kelompok kontrol ($25 \pm 4,1$ tahun). Uji Kruskal-Wallis disimpulkan bahwa kelompok kontrol berbeda bermakna dengan kelompok intervensi baik kelompok MPbK1, MPbK2, maupun MPbK3. Hal ini berarti kelompok kontrol tidak setara dengan kelompok intervensi lainnya ($p < 0,001$). Perbedaan secara statistik ini tidak terlihat jika dilihat pada kondisi responden.

Jenis kelamin responden mayoritas perempuan (87,9%) baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi. Setelah dianalisis lebih lanjut dengan menggunakan uji X^2 disimpulkan bahwa jenis kelamin kelompok kontrol setara dengan kelompok intervensi baik kelompok MPbK1, MPbK2, maupun MPbK3 ($p = 0,115$).

Setiap kelompok responden memiliki 2 program pendidikan awal yaitu reguler yang berasal dari SMA dan program ekstensi yang melanjutkan pendidikan dari diploma 3 keperawatan. Dalam program profesi, mahasiswa disatukan dalam satu kegiatan praktik klinik di wahana praktik. Setiap kelompok responden mayoritas merupakan mahasiswa program reguler (76,4%). Setelah dianalisis lebih lanjut dengan menggunakan uji X^2 disimpulkan bahwa jenis program mahasiswa kelompok kontrol tidak setara dengan kelompok intervensi baik kelompok MPbK1, MPbK2, maupun MPbK3 ($p = 0,003$). Ketidaksetaraan secara statistik ini tidak terlihat pada kondisi mahasiswa karena saat praktik profesi kedua kelompok mahasiswa tersebut telah setara strata pendidikannya (telah lulus pendidikan Sarjana Keperawatan).

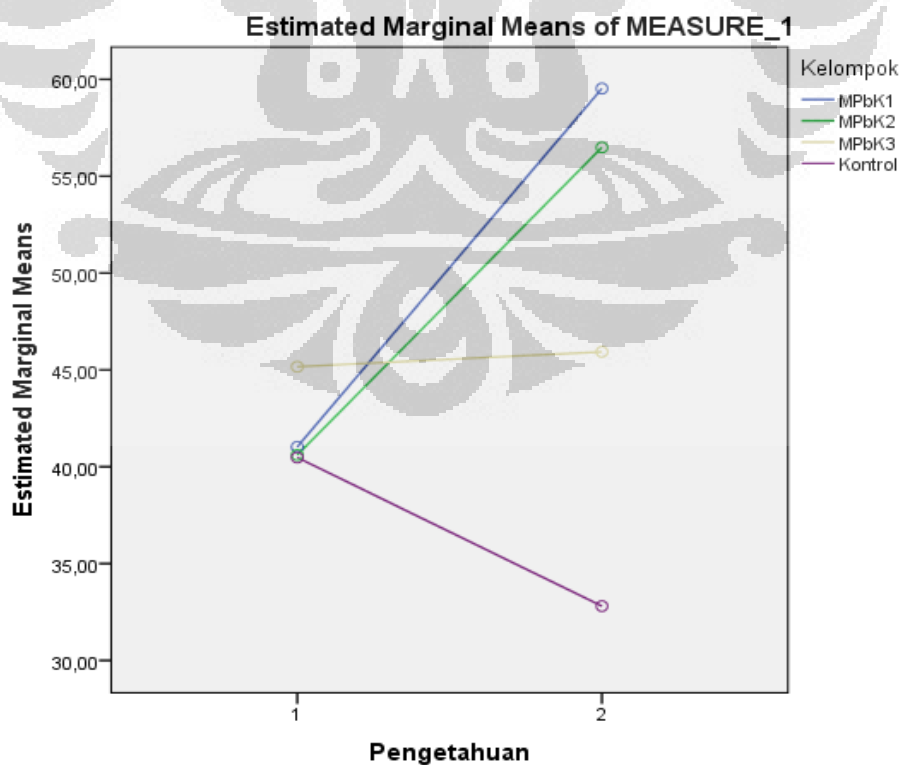
Pengalaman CJS mahasiswa pada setiap kelompok responden berbeda-beda. Secara umum. Mayoritas tidak pernah tertusuk. Mahasiswa kelompok MPbK 1 tidak ada yang mengalami CJS. Setelah dianalisis lebih lanjut dengan menggunakan uji Kruskal-Wallis disimpulkan bahwa pengalaman CJS kelompok kontrol setara dengan kelompok intervensi baik kelompok MPbK1, MPbK2, maupun MPbK3 ($p = 0,090$).

Penelitian ini menanyakan responden mendapatkan vaksinasi hepatitis B. Hanya 30,3% responden yang pernah memperoleh vaksinasi. Setelah dianalisis lebih lanjut dengan menggunakan uji Kruskal-Wallis disimpulkan bahwa status vaksinasi kelompok kontrol berbeda bermakna dengan kelompok intervensi baik kelompok MPbK1, MPbK2, maupun MPbK3 ($p < 0,001$).

Hasil analisis di Tabel 5.5 dapat disimpulkan bahwa untuk karakteristik responden kelompok kontrol setara dengan kelompok intervensi dalam hal jenis kelamin dan pengalaman CJS. Untuk usia, program pendidikan, dan status vaksinasi kelompok kontrol secara statistik berbeda bermakna dengan kelompok intervensi. Ketidaksetaraan juga dapat dilihat pada tingkat melek kesehatan (HLQHLP) kelompok kontrol yang berbeda bermakna dengan kelompok intervensi ($p = 0,026$).

5.4.1 Perubahan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Penerapan MPbK

Gambaran perubahan tingkat pengetahuan dari kelompok kontrol dan intervensi sebelum dan sesudah intervensi digambarkan dalam Skema 5.2 dan Tabel 5.6.



Skema 5.2 Perubahan Pengetahuan Kelompok Intervensi & Kontrol

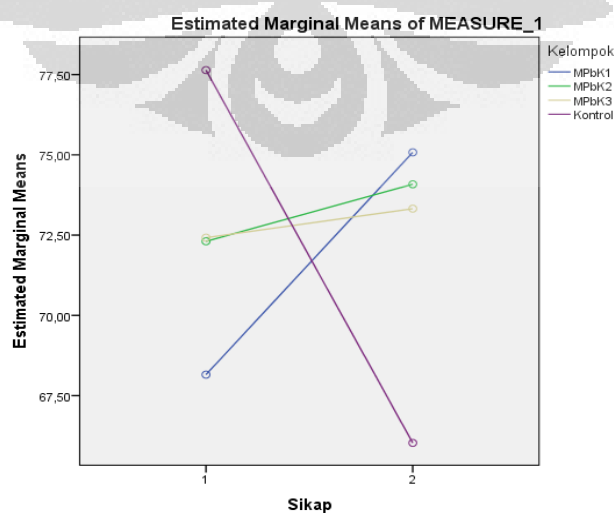
Tabel 5.6 Perubahan Tingkat Pengetahuan Kelompok MPbK1 (n=26), MPbK 2 (n=72), MPbK 3 (n=31), dan Kontrol (n=36) Sebelum dan Sesudah Intervensi

Tingkat Pengetahuan		Mean	Std. Deviation	B	<i>p</i>	95% IK		<i>Partial Eta Squared</i>
						Lower	Upper	
Sebelum Intervensi	Intercept			40,478	,000	36,774	44,181	,743
	MPbK 1	41,0269	13,13261	,549	,850	-5,169	6,268	,000
	MPbK 2	40,6086	10,98664	,131	,955	-4,404	4,667	,000
	MPbK 3	45,1619	9,97823	4,684	,091	-,760	10,129	,018
	Kontrol	40,4775	11,35543	0 ^a				
Sesudah intervensi	Intercept			32,806	,000	28,725	36,887	,610
	MPbK 1	59,5231	16,11917	26,718	,000	20,416	33,020	,303
	MPbK 2	56,4807	11,64382	23,675	,000	18,677	28,673	,352
	MPbK 3	45,9294	11,30362	13,124	,000	7,124	19,123	,104
	Kontrol	32,8056	11,70765	0 ^a				

Hasil pada Tabel 5.6 menunjukkan bahwa rerata tingkat pengetahuan mahasiswa kelompok kontrol lebih rendah dibandingkan dengan rerata tingkat pengetahuan kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi, namun hasil uji GLM-RM menunjukkan bahwa perbedaannya sebelum intervensi tidak bermakna ($p=0,091$ — $0,955$). Namun, setelah intervensi terlihat ada perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p<0,001$). Kekuatan perbedaan pengetahuan bervariasi, di mana kekuatan perbedaan pengetahuan tertinggi pada kelompok yang mendapat intervensi MPbK2 (35.2%). Peningkatan poin pengetahuan tertinggi (26,7 poin) pada MPbK1.

5.4.2 Perubahan Sikap Sebelum dan Sesudah Penerapan MPbK

Gambaran perubahan sikap dari kelompok kontrol dan intervensi sesuai Skema 5.3.



Skema 5.3 Perubahan Sikap Kelompok Intervensi & Kontrol

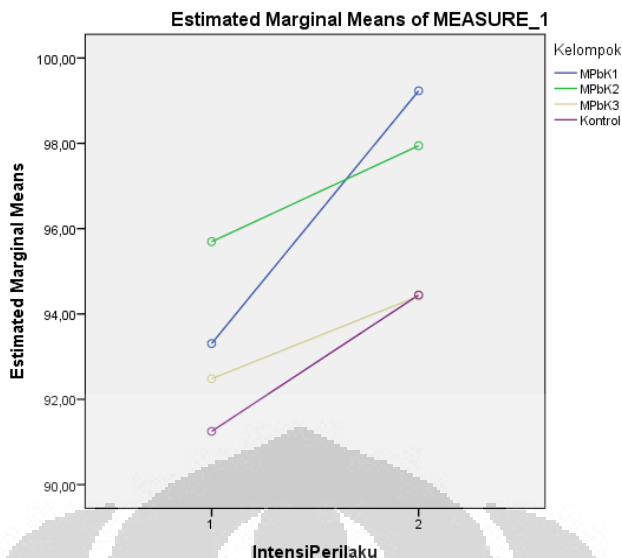
Tabel 5.7 Perubahan Sikap Kelompok MPbK1 (n=26), MPbK 2 (n=72), MPbK 3 (n=31), dan Kontrol (n=36) Sebelum dan Sesudah Intervensi

Sikap		Mean	Std. Deviation	B	<i>p</i>	95% IK		<i>Partial Eta Squared</i>
						<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	
Sebelum Intervensi	Intercept			77,639	,000	75,169	80,109	,960
	MPbK 1	68,1538	6,94949	-9,485	,000	-	-5,671	,130
	MPbK 2	72,3056	7,67590	-5,333	,001	-8,358	-2,309	,070
	MPbK 3	72,4194	8,85353	-5,220	,005	-8,850	-1,589	,048
	Kontrol	77,6389	6,14656	0 ^a				
	Total	72,8364	7,99793					
Sesudah intervensi	Intercept			66,028	,000	63,310	68,745	,935
	MPbK 1	75,0769	7,13259	9,049	,000	4,853	13,246	,101
	MPbK 2	74,0833	7,67427	8,056	,000	4,727	11,384	,124
	MPbK 3	73,3226	7,93888	7,295	,000	3,300	11,290	,075
	Kontrol	66,0278	10,18538	0 ^a				
	Total	72,3394	8,85279					

Hasil analisis GLM-RM pada Tabel 5.7 menunjukkan bahwa rerata sikap setelah intervensi meningkat pada kelompok intervensi, namun turun pada kelompok kontrol. Sebelum intervensi, rerata sikap kelompok intervensi berbeda dengan kelompok kontrol. Setelah intervensi, perbedaan sikap kelompok intervensi 1, 2, dan 3 semakin tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Kekuatan perbedaan sikap tidak terlalu besar, di mana kekuatan perbedaan sikap tertinggi pada kelompok yang mendapat intervensi MPbK2 (12.4%). Peningkatan poin sikap tidak terlalu banyak, peningkatan poin tertinggi (7,9 poin) terjadi pada kelompok yang mendapat intervensi MPbK 3, mengingat saat sebelum intervensi sikap mahasiswa terhadap pencegahan CJS sudah tinggi. Kondisi tersebut berbeda dengan peningkatan intensi perilaku setelah intervensi.

5.4.3 Intensi Perilaku Sebelum dan Sesudah Penerapan MPbK

Gambaran perubahan tingkat intensi perilaku dari kelompok kontrol dan intervensi sebelum dan sesudah intervensi digambarkan dalam Skema 5.4 dan Tabel 5.8.



Skema 5.4 Perubahan Intensi Perilaku Kelompok Intervensi & Kontrol

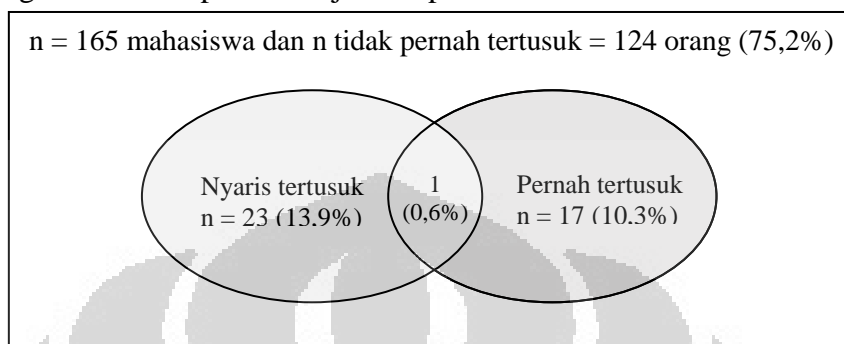
Tabel 5.8 Perbedaan Intensi Perilaku Kelompok MPbK1 (n=26), MPbK 2 (n=72), MPbK 3 (n=31), dan Kontrol (n=36) Sebelum dan Sesudah Intervensi

Intensi Perilaku	Mean	Std. Deviation	B	p	95% IK		Partial Eta Squared	
					Lower	Upper		
Sebelum Intervensi	Intercept		91,250	,000	87,381	95,119	,931	
	MPbK 1	93,3077	9,85401	2,058	,497	-3,916	8,032	,003
	MPbK 2	95,6944	12,68429	4,444	,066	-,294	9,183	,021
	MPbK 3	92,4839	11,61858	1,234	,669	-4,454	6,921	,001
	Kontrol	91,2500	11,13906	0 ^a				
	Total	93,7455	11,78965					
Sesudah intervensi	Intercept		94,444	,000	90,640	98,249	,937	
	MPbK 1	99,2308	9,35225	4,786	,110	-1,089	10,661	,016
	MPbK 2	97,9444	13,74813	3,500	,140	-1,160	8,160	,013
	MPbK 3	94,4194	9,92564	-,025	,993	-5,618	5,568	,000
	Kontrol	94,4444	9,18211	0 ^a				
	Total	96,7212	11,61768					

Hasil analisis GLM-RM pada Tabel 5.8 menunjukkan intensi perilaku mahasiswa sebelum intervensi setara dengan kelompok kontrol ($p=0,066-0,699$). Rerata intensi perilaku setelah intervensi meningkat, baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Setelah intervensi-pun tidak ada perbedaan intensi perilaku di antara keduanya ($p=0,110-0,993$). Peningkatan poin intensi perilaku tertinggi (hanya 4,8 poin) terjadi pada kelompok yang mendapat intervensi MPbK1. Kekuatan perbedaan pengetahuan tertinggi pada MPbK1 (hanya 1,6 %). Hal ini menunjukkan bahwa MPbK tidak berpengaruh pada peningkatan intensi perilaku semua kelompok.

5.4.4 Gambaran Insiden CJS

Insiden CJS pada mahasiswa keperawatan selama praktik profesi September—Desember 2015 masih terjadi walaupun telah dilakukan intervensi, namun tingkat insiden berbeda-beda sesuai kelompok intervensi. Secara umum 75,2% mahasiswa tidak mengalami CJS seperti ditunjukkan pada Skema 5.5



Skema 5.5 Distribusi Responden berdasarkan Pengalaman Tertusuk Jarum

Skema 5.5 menunjukkan bahwa 75,2% tidak pernah tertusuk. Insiden KNC terjadi pada 24 orang (14,5%) sedangkan KTD CJS terjadi pada 18 orang (10,9%). Dari irisan yang ditunjukkan dalam diagram venn pada Skema 5.2 dapat diketahui bahwa ada 1 responden yang pernah mengalami nyaris dan pernah tertusuk (0,6%). Untuk melihat insiden CJS pada setiap kelompok intervensi, dapat dilihat pada Tabel 5.9.

Tabel 5.9 Distribusi Pengalaman Tertusuk berdasarkan Kelompok Responden

Pengalaman tertusuk	Kelompok								Total	
	MPbK1		MPbK2		MPbK3		Kontrol			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tidak pernah tertusuk	23	88,5	55	76,4	24	77,4	22	61,1	124	75,2
Nyaris	3	11,5	10	13,9	5	16,1	5	13,9	23	13,9
Pernah tertusuk	0	0,0	6	8,3	2	6,5	9	25,0	17	10,3
Nyaris & pernah tertusuk	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Total	26	100,0	72	100,0	31	100,0	36	100,0	165	100,0

Hasil pada Tabel 5.9 menunjukkan bahwa kejadian CJS paling banyak terjadi pada kelompok kontrol (25%) dan pada kelompok MPbK 2 dan 3 (8,3% dan 6,5%). Pada kelompok yang memperoleh intervensi lengkap tidak mengalami CJS. Kondisi mahasiswa saat mengalami CJS sesuai pada Tabel 5.10.

Tabel 5.10 Kondisi-kondisi yang Terjadi Pada Saat Tertusuk Jarum (n=18)

Variabel	Kelompok								Total	
	MPbK1		MPbK2		MPbK3		Kontrol			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Penyebab										
Kurang konsentrasi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	5,6
Terburu-buru	0	0,0	3	42,9	0	0,0	2	22,2	5	27,8
Tidak berhati-hati/ ceroboh	0	0,0	2	28,6	1	50,0	6	66,7	9	50,0
Gugup/ Tremor	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	5,6
Kecerobohan Teman	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	2	11,1
Jenis jarum										
Jarum Suntik	0	0,0	5	71,4	2	100,0	9	100,0	16	88,9
Ampul/ Pecahan Ampul/ Tutup Ampul	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	2	11,1
Kondisi Jarum										
Baru	0	0,0	6	85,7	2	100,0	8	88,9	16	88,9
Bekas	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	11,1	2	11,1
Sedang didampingi										
Ya	0	0,0	4	57,1	0	0,0	0	0,0	4	22,2
Tidak	0	0,0	3	42,9	2	100,0	9	100,0	14	77,8
Pendamping										
Pembimbing klinik dari rumah sakit	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	5,6
Perawat ruangan	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	2	11,1
Teman	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	5,6
Tidak didampingi	0	0,0	3	42,9	2	100,0	9	100,0	14	77,8
Melapor										
Ya	0	0,0	4	57,1	0	0,0	2	22,2	6	33,3
Tidak	0	0,0	3	42,9	2	100,0	7	77,8	12	66,7
Tempat Melapor										
Pembimbing klinik dari rumah sakit	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	5,6
Perawat ruangan	0	0,0	4	57,1	0	0,0	1	11,1	5	27,8
Tidak melapor	0	0,0	3	42,9	2	100,0	7	77,8	12	66,7
Tindakan										
Menghentikan perdarahan	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	5,6
Tidak diapa-apakan	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3	3	16,7
Membersihkan dengan desinfektan	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	5,6
Membersihkan luka dengan air	0	0,0	6	85,7	1	50,0	3	33,3	10	55,6
Membersihkan dengan air & desinfektan	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	11,1	2	11,1
Tidak diisi	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	5,6
Program										
Reguler	0	0,0	7	100	2	100,0	5	55,6	14	77,8
Ekstensi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	44,4	4	22,2
Total	0	0,0	7	100	2	100,0	9	100,0	18	100

Kondisi CJS pada 18 responden, 77,8% dialami mahasiswa reguler. Penyebab CJS karena tidak berhati-hati (50%) dan tertusuk jarum baru (88,9%). Pada saat terjadi CJS, sebagian besar responden tidak didampingi (77,8%). Hanya 33,3% responden yang melapor kepada pembimbing klinik (5,6%) dan perawat ruangan (27,8%). Sebagian besar responden (55,6%) yang mengalami CJS hanya membersihkan luka dengan air, dan masih ada yang tidak melakukan tindakan apapun (3,3%) pasca-CJS.

5.4.5 Model yang Mampu Mencegah CJS

Secara umum MPbK 1, 2, dan 3 dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap mahasiswa dalam mencegah CJS. Model ini tidak dapat meningkatkan intensi perilaku mahasiswa dalam mencegah CJS. Intervensi menggunakan MPbK 1 dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku mahasiswa serta dapat mencegah terjadinya insiden CJS, sedangkan MPbK 2 dan 3 tidak dapat mencegah insiden CJS. Jika ditinjau dari perbedaan nilai rerata pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku, MPbK 2 dan 3 dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku setelah intervensi, namun peningkatan paling tinggi terjadi jika diintervensi MPbK 1. Jadi dapat disimpulkan bahwa MPbK 1 lebih baik dibandingkan MPbK 2 dan 3, namun penggunaan MPbK 2 dan 3 dapat diterapkan jika kondisi MPbK 1 tidak dapat diterapkan pada lingkungan tempat individu berada. Pengaruh MPbK juga dianalisis melalui pengujian konfounding tingkat melek kesehatan mahasiswa. Hasil pengujian dapat ditunjukkan pada Tabel 5.11.

Tabel 5.11 Pengaruh Konfounding Tingkat Melek Kesehatan pada Pengetahuan, Sikap, dan Intensi Perilaku Mencegah Cidera Jarum Suntik

Variabel	Pengaruh konfounding tingkat melek kesehatan	Mean Square	F	P	Partial Eta Squared
Pengetahuan	Sebelum intervensi	1360,423	16,933	<0,001*	,240
	Setelah intervensi	27,003	,335	0,564	,002
Sikap	Sebelum intervensi	24,687	,683	0,563	,013
	Setelah intervensi	158,628	4,486	0,036*	,027
Intensi Perilaku	Sebelum intervensi	170,804	2,409	0,069	,043
	Setelah intervensi	165,256	2,350	0,127	,014

Hasil uji menggunakan GLM-RM pada Tabel 5.11 menunjukkan bahwa tingkat melek kesehatan mahasiswa sebelum intervensi dapat mempengaruhi pengetahuan mencegah CJS ($p < 0,001$) namun tidak dapat mempengaruhi sikap ($p=0,563$) dan intensi perilaku dalam mencegah CJS ($p=0,069$). Setelah intervensi, tingkat melek kesehatan tidak mempengaruhi perubahan yang terjadi pada pengetahuan ($p=0,564$) dan intensi perilaku ($p=0,127$) namun mempengaruhi perubahan sikap ($p=0,036$). Perubahan pengetahuan dipastikan karena hasil intervensi karena perubahannya yang bermakna/ signifikan (lihat Tabel 5.6), namun perubahan intensi perilaku mungkin dapat disebabkan karena faktor lain yang tidak diukur pada penelitian ini karena peningkatan intensi perilaku tidak signifikan (lihat Tabel 5.8).

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab pembahasan ini menelaah hasil, keterbatasan, dan implikasi penelitian. Telaah hasil mengaitkan hasil penelitian dengan konsep dan penelitian terkait yang dibahas sesuai dengan tahapan penelitian. Keterbatasan penelitian menguraikan hal yang membatasi penelitian sehingga berjalan kurang sesuai perencanaan. Implikasi penelitian menguraikan keterlibatan/ kontribusi dan dampak hasil penelitian terhadap pelayanan, pengembangan ilmu, dan penelitian keperawatan saat ini dan mendatang.

6.1 Telaah Hasil Penelitian

6.1.1 Model Pembelajaran berbasis Keselamatan

Model pembelajaran berbasis keselamatan diterapkan untuk membentuk perilaku menggunakan pendekatan individu, kelompok, dan organisasi. Intervensi individu dilakukan agar mahasiswa memiliki kompetensi dasar dalam melakukan berbagai tindakan dengan selalu menjaga keselamatan. Pemahaman secara individu diperkuat oleh contoh peran di sekelilingnya, baik teman sesama mahasiswa maupun pembimbing klinik yang berperilaku serupa. Intervensi pada tingkat individu dan kelompok tersebut didukung oleh penguatan secara ekstrinsik dari organisasi yang memfasilitasi pelaksanaan nilai-nilai menjaga keselamatan melalui upaya memfasilitasi terlaksananya upaya menjaga keselamatan diri dari CJS dengan penyediaan fasilitas pendukung berupa tersedianya *sharp container* untuk membuang jarum suntik yang telah digunakan.

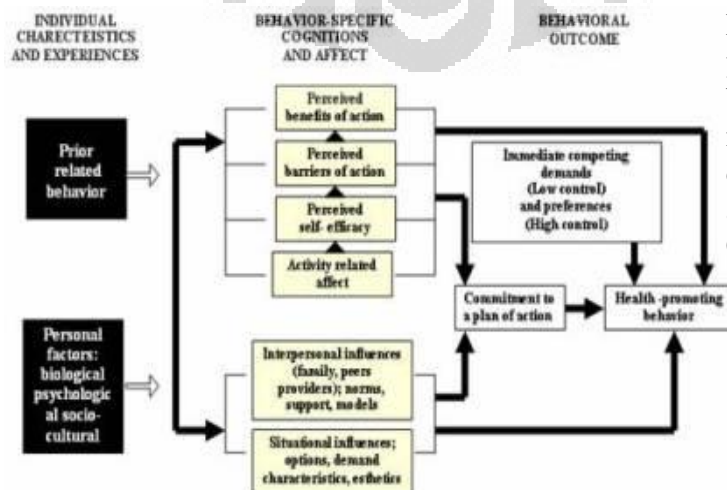
Pembentukan perilaku yang dilakukan kelompok dan organisasi menjadi faktor eksternal yang meningkatkan perilaku menjaga keselamatan dan mengurangi ketidakpatuhan. Upaya tersebut dilandasi konsep *experiential learning*. *Experiential learning* diwujudkan dalam bentuk media pengingat berupa video yang dapat menghadapkan mahasiswa akan penyebab insiden dan konsekuensi/ akibat jika mengalaminya. Media pengingat ini menguatkan proses mendapatkan pengalaman belajar agar selalu menjaga keselamatan diri dari CJS.

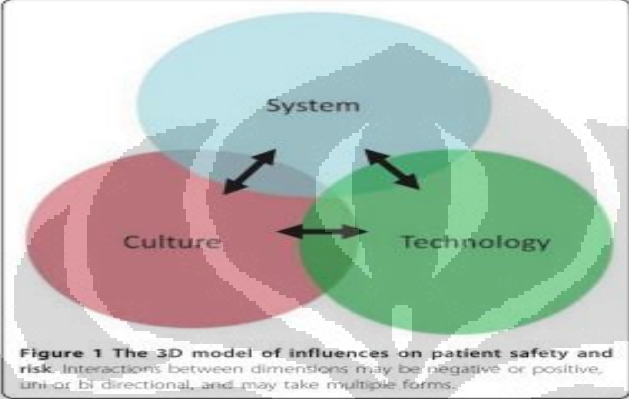
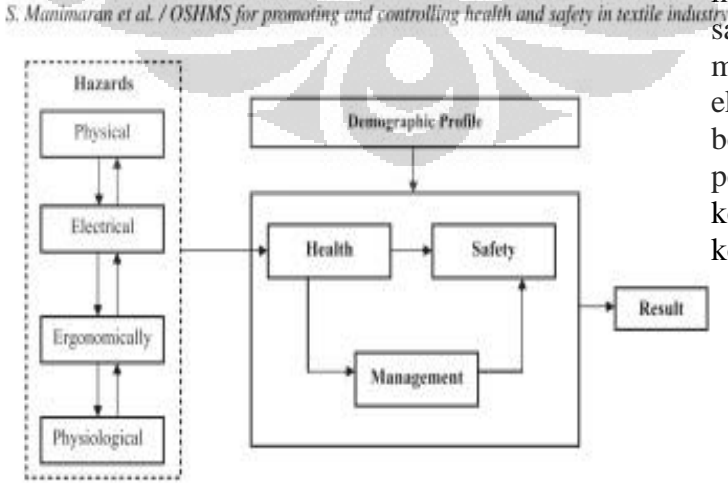
Perilaku keselamatan juga merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam sistem manajemen keselamatan. Sistem ini merupakan mekanisme organisasional terintegrasi untuk mengendalikan kesehatan dan risiko keselamatan saat ini dan masa yang akan datang. Implementasi sistem ini menggunakan model budaya keselamatan resiprokal Cooper's (Cooper, 2000). Setiap individu bertanggung jawab menampilkan perilaku sehat dan aman karena perilaku keselamatan ini merupakan faktor eksternal yang dapat diamati. Perilaku tersebut merupakan hasil dari pengamatan situasi keselamatan yang dialami dan dirasakannya setiap individu.

Model pembelajaran berbasis keselamatan ini merupakan model terbaru yang menggunakan *Social Learning Theory* sebagai landasan dalam pemberian intervensi. Model ini sejalan dengan paradigma keperawatan yang menekankan adanya interaksi antara individu, lingkungan, dan kesehatan dalam pemberian asuhan keperawatan. Keselamatan dari CJS merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang pencapaiannya memerlukan upaya keperawatan. Jika dibandingkan dengan model lainnya, model ini memiliki beberapa keunggulan. Perbandingan MPbK dengan model lainnya dituangkan sesuai tabel 6.1

Tabel 6.1 Perbandingan MPBK dengan Model Lainnya

No	Model, Fokus Model, dan Bagan Model	Analisis Perbedaan Model dengan MPbK
1.	<p><i>The health promotion model</i> (HPM) oleh Nola J Pender (1982; direvisi 1996), berfokus pada 3 area yang terlibat dalam pembentukan perilaku, yaitu: Karakteristik dan pengalaman individu, perilaku khusus yang mempengaruhi, dan hasil perilaku</p>	<p>MPbK dapat mempengaruhi keinginan individu dalam berperilaku karena adanya gabungan dari intervensi individu, kelompok, dan organisasi yang dilakukan secara bersama-sama untuk mencapai insentif yang diinginkan, dalam hal ini adalah terhindar dari CJS.</p>



No	Model, Fokus Model, dan Bagan Model	Analisis Perbedaan Model dengan MPbK
2.	<p>A three-dimensional model (Model Tiga Dimensi) pada kesalahan dan keselamatan dalam Pelayanan Bedah Sistem Mikro. Rasional, Pengembangan dan Uji Coba Awal Model tiga dimensi ini terdiri dari komponen teknologi, sistem dan budaya. Model tiga dimensi memperkirakan bahwa risiko yang baru muncul bisa sebagai situasi yang tidak dapat diprediksi (McCulloch & Catchpole, 2011)</p>	<p>Keterbatasan pada model ini adalah hanya berfokus pada tahap mikro sistem saja dan tidak secara langsung menimbulkan dampak pada tahap yang lebih tinggi. Pengaruh yang lebih tinggi belum tentu terjawab dengan menggunakan model ini. Sementara MPbK mengintegrasikan intervensi organisasi yang pengaruhnya dapat lebih besar dibandingkan sistem mikro.</p>
 <p>Figure 1 The 3D model of influences on patient safety and risk. Interactions between dimensions may be negative or positive, uni- or bi-directional, and may take multiple forms.</p>		
3.	<p>Model Occupational Safety and Health Management System (OSHMS)/ Keselamatan Kerja dan Sistem Manajemen Kesehatan untuk Kontrol Kesehatan dan Keselamatan di Industri Tekstil (R. J. Miller & Hoffman, 2015). Fokus model ini pada upaya peningkatan kesehatan dan keselamatan kerja menggunakan unsur tugas, lingkungan fisik pekerjaan, lingkungan sosial termasuk organisasi, sistem administratif dan hubungan antara kehidupan di dalam dan di luar pekerjaan</p>	<p>Model ini berfokus pada pembentukan perilaku kesehatan dan keselamatan menggunakan pengendalian dari eksternal, sementara MPbK menggunakan pendekatan untuk memperkuat faktor internal individu di samping juga meningkatkan faktor eksternal yang berkontribusi dalam pembentukan perilaku kesehatan dan keselamatan</p>
<p>S. Manimaran et al. / OSHMS for promoting and controlling health and safety in textile industry</p> 		
<p>Fig. 1. A framework of Occupational Safety and Health Management System (OSHMS).</p>		

No	Model, Fokus Model, dan Bagan Model	Analisis Perbedaan Model dengan MPbK
4.	<p><i>The Public Health Model</i> (D. W. Hanson, Finch, Allegrante, & Sleet, 2012) berfokus pada pencegahan cedera melalui kontrol terhadap konten (manajemen konten) sehingga dapat menyelaraskan berbagai ahli penelitian, pengambil keputusan, praktisioner, dan komunitas dari luar dalam mencegah cedera.</p>	<p>MPbK, selain berfokus pada konten juga menekankan pada strategi intervensi yang menyeluruh pada tingkat individu, kelompok, dan organisasi.</p>
<p>Figure 1. The Public Health Model^a</p> <p>Adapted from Sleet DA, Hopkins KN, Olson SJ. From discovery to delivery: injury prevention at the CDC. <i>Health Promot Pract</i> 2003;4:98-102. Used by permission from the Society for Public Health Education.</p>		
5.	<p><i>The Job Demands–Resources Model</i>/ Model Permintaan Kerja Sumber Daya (Nielsen, Mearns, Matthiesen, & Eid, 2011)</p>	<p>Model ini juga berfokus pada pendekatan organisasi dalam pembentukan perilaku kerja. Model ini menyarankan agar organisasi tidak hanya mengembangkan dan melaksanakan prosedur keselamatan untuk meminimalkan risiko pekerjaan, namun juga meningkatkan area lain dari kehidupan organisasi melalui fokus pada keselamatan. MPbK menjembatani area lain dalam bentuk pengembangan intervensi pada tingkat kelompok dan individu, di samping intervensi pada tingkatan organisasi.</p>
<p>Source: Bakker, A.B. (2011). An evidence-based model of work engagement. <i>Current Directions in Psychological Science</i>, 20(4), 265–269</p> <p>FIGURE 1: The job demands-resources model of work engagement.</p>		

Model Health Promotion Pender's berfokus pada tiga area yang mempengaruhi perilaku individu yaitu karakteristik dan pengalaman individu, perilaku khusus yang mempengaruhi, dan hasil perilaku. Perilaku akhir yang dihasilkan dipengaruhi oleh kebutuhan dan keinginan yang dapat menggagalkan perilaku yang seharusnya ditampilkan. Penggunaan model tersebut dan kolaborasi dengan klien dapat membantu klien dalam mencapai perilaku sehatnya (Pender, 2011). MPbK dapat mempengaruhi keinginan individu dalam berperilaku karena adanya gabungan dari intervensi individu, kelompok, dan organisasi yang dilakukan secara bersama-sama untuk mencapai insentif yang diinginkan, dalam hal ini adalah terhindar dari CJS.

Model Tiga Dimensi menggunakan prinsip sistem, budaya dan teknologi yang dianggap mewakili pengalaman yang berpengaruh terhadap kejadian eror/gangguan dan keselamatan yang di antaranya mencakup sebagian besar pengaruh penataan pada tingkat mikro sistem. Komponen **budaya** dalam model ini mewakili keamanan dalam lingkungan kerja yang didefinisikan secara detail dan mengukur perkembangan yang telah terjadi. **Budaya kerja** yang terkait dalam prinsip keamanan mencakup nilai, perilaku dan asumsi yang membimbing hubungan kerja antar staf. Analisis yang dilakukan dalam komponen **sistem** mencakup bukti-bukti ilmiah yang telah dinilai dalam hal keselamatan petugas kesehatan. **Sistem kerja** dalam hal ini yang melakukan pengarahan, terhadap pengorganisasian tugas dan tanggung jawab diantaranya dalam melakukan operan, standar prosedur dalam mempersiapkan dan penggunaan alat-alat serta perkembangan perjalanan penyakit pasien dalam sistem. Komponen selanjutnya adalah **teknologi**, berperan sebagai cara untuk meningkatkan keselamatan dengan cara mendukung pengambilan keputusan dan teknologi “smart” dalam peningkatan mutu pengendalian obat-obatan. **Teknologi** juga diyakini sebagai alat untuk membawa tugas yang diberikan seperti informasi mengenai medikasi, obat-obatan serta peralatan.

Model berfokus pada 5 dimensi untuk mengorganisasi gangguan yaitu lingkungan dan organisasi, tugas, manusia dan alat. Pada model ini, peneliti menggabungkan tugas dan organisasi dalam dimensi **sistem**, sementara manusia dan alat dalam organisasi dan lingkungan kedalam **budaya**, dan peralatan dalam **Teknologi**.

Model Occupational Safety and Health Management System (OSHMS)/ Keselamatan Kerja dan Sistem Manajemen Kesehatan untuk Kontrol Kesehatan dan Keselamatan di Industri Tekstil dikembangkan oleh OHS diyakini dapat meningkatkan moral dan efek pengorganisasian pada individu (R. J. Miller & Hoffman, 2015). Faktor determinan ekstrinsik manajemen memainkan peran OHS dengan baik yaitu gaji, keuntungan, dan gaya supervisi. Selain itu, pihak manajemen juga memiliki dampak langsung terhadap hasil dan secara signifikan mengurangi absenteism, kecelakaan kecil, keluhan dan berhenti kerja.

The Public Health Model atau Model Promosi Kesehatan (D. W. Hanson et al., 2012) menekankan bahwa cedera adalah sesuatu yang dapat dicegah, namun perbedaan antara akademis, praktisi, komunitas, dan persepsi politik mengenai penyebab cedera menimpulkan batas yang cukup penting terhadap efektivitas respon. Tidak cukup untuk memahami bahwa masalah ini dapat selesai, namun lebih pada kebutuhan untuk memahami cara masalah dapat selesai dan kebutuhan yang harus dipenuhi agar masalah tersebut dapat selesai. Tujuan utama model ini untuk menjalankan kekakuan intervensi ilmiah yang praktis, relevan terhadap kebutuhan komunitas, dan memungkinkan untuk menyebarkan adopsi konsep yang berkaitan.

The Job Demands–Resources Model/ Model Permintaan Kerja Sumber Daya (Nielsen et al., 2011). Pokok utama dalam level individu, hasil yang mendukung kepentingan memberikan prioritas yang tinggi pada pencegahan dan manajemen bahaya kuat kaitannya dengan gangguan kepuasan kerja. Pada level organisasi, biaya untuk sebuah perusahaan bisa cukup tinggi jika risiko tidak ditangani secara serius bahkan untuk dampak yang kecil pada level individu dapat menyebabkan masalah yang substansial dan efek kumulatif dalam organisasi.

Strategi pencegahan CJS dan peran pembimbing klinik sesuai literatur dan hasil FGD juga diterapkan sebagai komponen dalam model ini.

6.1.1.1 Strategi Efektif Pencegahan CJS di Wahana Praktik

Strategi efektif pencegahan CJS sejalan dengan strategi keselamatan secara keseluruhan. Aspek dasar perlindungan kesehatan adalah manajemen risiko kesehatan, pendidikan dan pelatihan, pertolongan pertama, dan pengobatan/ kuratif (Mansyur, 2007). Ada empat strategi efektif berdasarkan literatur untuk mencegah CJS pada mahasiswa yaitu pendidikan, pelatihan, penggunaan *safe needle*, dan komunikasi. Keempat strategi digunakan dalam MPbK karena semua strategi menunjang proses pembelajaran mahasiswa.

Pendidikan

Sebelas dari 15 literatur (73,33%) menjelaskan bahwa pendidikan menjadi salah satu strategi untuk mencegah dan menurunkan CJS di mahasiswa keperawatan dalam praktik klinis. Program pendidikan dapat mengurangi insiden CJS, meningkatkan persentase pelaporan mandiri, dan menurunkan frekuensi CJS (Yao, Wu, Yang, Zhang, & Yao, 2013). Dalam studi China, program pendidikan dilakukan tes sebelum dan sesudahnya, hasilnya menunjukkan ada peningkatan laporan dalam mahasiswa keperawatan (Yang et al., 2007). Hasil menyimpulkan bahwa pendidikan mampu membangun dan meningkatkan kesadaran diri tentang risiko dan efek CJS. Pendidikan sangat penting untuk diberikan kepada mahasiswa keperawatan. Di Arab Saudi, pendidikan menjadi prioritas di beberapa lembaga untuk mencegah dan mengurangi infeksi (Beltagy, El-saed, Sallah, & Balkhy, 2012). Setidaknya, melalui program pendidikan dapat meningkatkan pengetahuan tentang CJS dan mengurangi infeksi sekitar 49,68% di Yordania (Darawad & Al-Hussami, 2013).

Pelatihan

Tinjauan hasil ditemukan 26,67% kepustakaan mengatakan bahwa pelatihan dapat digunakan sebagai strategi yang efektif dalam mengurangi infeksi akibat CJS. Pelatihan dan pendidikan berkorelasi dengan adanya kesamaan tentang topik-topik seperti risiko infeksi, dan praktik yang aman ketika melakukan beberapa prosedur perlindungan diri. Hal itu diperkuat dengan studi di Jerman yang menjelaskan paling umum kegiatan yang berkontribusi CJS seperti pengambilan sampel darah (33%) dan setelah pelatihan ada peningkatan pengetahuan (Deisenhammer et al., 2006).

Di sisi lain, studi Sahara menunjukkan bahwa staf yang tidak mendapatkan pelatihan memiliki prevalensi CJS yang lebih besar lebih dari staf yang mendapatkan pelatihan di negara-negara berkembang (OR 5,72; 95% CI 3,41-9,62) (Nsubuga & Jaakkola, 2005). Kondisi tersebut sejalan dengan hasil penelitian ini, di mana reedukasi yang ada di MPbK 1 dapat menurunkan CJS pada kelompok intervensi.

Hal paling penting dalam pelatihan adalah tentang kewaspadaan standar. Intervensi implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai tindakan pencegahan standar dapat meningkatkan jumlah model bagi mahasiswa keperawatan, sehingga dapat meningkatkan pencegahan dan penurunan luka tusukan jarum dengan cara profesional (Borges, Ribeiro, & Oliveira, 2014). Bahkan, negara-negara di berkembang memiliki jumlah minimum perawat dan hanya 16% mendapat pelatihan (Nsubuga & Jaakkola, 2005). Jadi, keterampilan pelatihan membutuhkan beberapa pertimbangan untuk negara-negara berkembang dan membutuhkan pertimbangan tentang anggaran untuk program pelatihan yang efisien dan efektif. Pertimbangan lain untuk negara-negara berkembang tidak hanya tentang perlindungan tenaga kesehatan, tetapi juga untuk membuat anggaran yang efisien dan efektif (Tarigan, Kriebel, Quin, & Cifuentes, 2014).

Penggunaan Jarum Aman

Sekitar 27% merekomendasikan penggunaan jarum yang aman dapat mengurangi CJS di mahasiswa keperawatan. Pengetahuan dan perkembangan teknologi mengakibatkan beberapa jarum dengan perisai perlindungan sehingga dapat aman untuk digunakan. Salah satu rekomendasi adalah untuk memperkenalkan jarum aman dengan perisai di daerah risiko tinggi (Trim & Elliott, 2003). Penggunaan jarum dengan aman adalah salah satu perlindungan nyata bagi mahasiswa keperawatan. Namun demikian, di negara-negara maju digunakan jarum yang aman dengan perisai membutuhkan lebih banyak anggaran dalam pengadaan. Sebaliknya, di negara-negara maju seperti Inggris telah mendapatkan pengadaan tersebut. Di Belanda, penggunaan jarum yang aman menjadi strategi yang paling efektif dalam mengurangi cedera jarum suntik sebanyak 60% dalam satu tahun (van der Molen et al., 2011). CDC mendukung bahwa menggunakan jarum aman dapat meminimalkan prevalence CJS sekitar 76% (Salelkar, Motghare, Kulkarni, & Vaz, 2010).

Salah satu teknik dalam pembangunan di bidang kesehatan adalah jarum yang aman yang telah digunakan di negara maju. Hasil studi menilai perisai jarum dapat mengurangi cedera jarum suntik dari 27 kasus ke 3 kasus (Rogers & Goodno, 2000). Selain itu, jarum ini meminimalkan kontak antara jarum dan tangan sehingga risiko jarum suntik cedera yang kurang dan lebih aman bagi perawat dan mahasiswa keperawatan. Jika penggunaan jarum yang aman sebagai hirarki pengendalian keselamatan yang paling tinggi tidak dapat dilakukan, maka pengendalian bahaya sesuai hirarki berikutnya yang lebih rendah yaitu *engineering control*, menggunakan pengendalian administratif, dan alat pelindung diri termasuk menggunakan sarung tangan *double* (Ford, 2014; Workcover NSW, 2014).

Penyediaan *safe needle* di negara berkembang masih memerlukan banyak pertimbangan terutama penyediaan biaya sehingga dibutuhkan strategi pencegahan yang dapat meminimalisir biaya dengan memaksimalkan sumber daya yang ada, caranya melalui penciptaan budaya keselamatan. Budaya keselamatan pasien merupakan langkah awal dari tujuh langkah strategi dalam meningkatkan keselamatan pasien (*The National Patient Safety Agency's/ NPSA*). Pemahaman pembimbing klinik tentang mencegah CJS sangat dibutuhkan dalam membangun budaya keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan *Canadian Council on Health Services Accreditation's (CCHSA)* yang menekankan bahwa pencapaian sasaran keselamatan pasien membutuhkan praktik secara organisasional dan senior harus memiliki pemahaman yang baik tentang budaya keselamatan, sehingga dapat mengambil keputusan dalam peningkatan strategi dalam keselamatan pasien (Fleming, 2005). Pengembangan indikator budaya keselamatan pasien membutuhkan atribut yang membedakan budaya keselamatan baik atau tidak baik (Fleming & Wentzell, 2008). Atribut tersebut melekat dalam MPbK.

Organisasi pelayanan kesehatan harus mengembangkan budaya KP dengan tujuan yang jelas, prosedur yang tetap, dan proses yang aman (WHO, 2009). Fleming & Wentzell (2008) menyatakan budaya keselamatan dipengaruhi oleh perubahan organisasi, seperti sistem baru. Suatu organisasi dengan budaya keselamatan yang lemah akan membatasi sistem keselamatan, sedangkan yang memiliki budaya positif akan mempunyai banyak cara yang tepat untuk pencegahan CJS

Insiden CJS tidak selamanya terjadi karena kesalahan manusia. Keselamatan pasien (KP) berhubungan dengan semua elemen di RS. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya insiden, tidak hanya kesalahan individu tetapi dapat juga diakibatkan oleh kesalahan sistem (Baird & Wang, 2010). Sistem yang kurang tertata merupakan kondisi yang sering kali menjadi faktor pencetus terjadinya kesalahan dalam KP.

Komunikasi

Komunikasi merupakan strategi menurun insiden CJS. Komunikasi melalui *breafing* dan daftar *ceklis* untuk menunjukkan pemberitahuan akan situasi infeksius pasien selama waktu istirahat dan timbang terima di ruang rawat dapat menurunkan CJS (Katsevman, Braca, Sedney, & Hatchett, 2017). Tidak adanya komunikasi antara mahasiswa keperawatan dan perawat dapat memicu CJS. Studi didapatkan 22,45% mahasiswa keperawatan tidak pernah melaporkan dalam Nambia sehingga sulit untuk mengidentifikasi jarum suntik kasus cedera dalam pengaturan klinis (Kecil et al., 2011). Komunikasi antar mahasiswa keperawatan dan perawat yang diperlukan untuk mengembangkan kepercayaan diri untuk mahasiswa keperawatan. Jika tidak, 55% siswa mengalami CJS tanpa pembimbing klinis (ibid, 2011). Komunikasi pembimbing dan mahasiswa selama praktik klinis membuat mahasiswa merasa aman dan kenyamanan untuk menerapkan beberapa intervensi terkait dengan jarum dan membangun hubungan interpersonal yang baik. Jepang telah menerapkan sistem lingkungan yang aman dengan komunikasi yang baik untuk mencegah konflik dalam praktik klinis (OR 1,7; 95% CI 0,98-3,00) (Smith et al, 2009).

6.1.1.2 Komponen Peran Pembimbing Klinik

Hasil ini menjelaskan tentang peran yang efektif dan karakteristik pembimbing klinik untuk menjaga keselamatan mahasiswa dalam praktik klinik. Keduanya akan mempengaruhi satu sama lain ketika pembimbing klinik menjalankan perannya dalam proses bimbingan untuk mahasiswa keperawatan dalam pencapaian kompetensi dan keselamatan mahasiswa. Pembahasan peran pembimbing klinik meliputi peran pembimbing sebagai contoh peran, edukator, evaluator, mentor, dan fasilitator. Sedangkan karakteristik pembimbing yang efektif meliputi kemampuan melakukan evaluasi, kompeten dan profesional, kemampuan membina hubungan dan mengajar, serta memiliki sikap yang baik.

Peran sebagai Contoh

Contoh peran merupakan cara yang efektif sesuai teori pembelajaran sosial. Peran panutan penting untuk mengembangkan kepercayaan diri, kemampuan melakukan asuhan keperawatan, pengambilan keputusan, dan mengevaluasi penurunan kondisi pasien (Johnson-Underson 2014). Mahasiswa keperawatan mengalami kesulitan dalam menemukan panutan moral dan kurangnya panutan dapat diikuti dalam melakukan tindakan (Wojtowicz, 2012). Ada gambaran bahwa menjadi model peran yang baik harus dilakukan oleh pendidik sebagai upaya untuk meningkatkan praktik klinik aman. Cara pembimbing klinik dalam melakukan suatu tindakan atau pengambilan keputusan terlihat sebagai panutan bagi mahasiswa sehingga pembimbing perlu terpacu harus melakukan tindakan terbaik, karena mahasiswa akan meniru apapun bertindak yang dilakukan pembimbing klinik.

Peran Edukator

Pembimbing klinik sebagai edukator bertanggung jawab meningkatkan pengetahuan mahasiswa. Pengetahuan yang tidak memadai memberikan kontribusi untuk faktor kesalahan mahasiswa merupakan tugas untuk pembimbing klinik juga. Sedangkan, membantu mahasiswa dalam praktik klinik dapat mengurangi insiden cedera jarum suntik Seorang pembimbing klinik mampu menjelaskan konsep tentang CJS dan menyampaikan kepada mahasiswa untuk meminimalkan insiden CJS (Noland, 2014).

Peran sebagai Evaluator

Peran pembimbing klinik dalam memberikan umpan balik penting untuk menjaga keselamatan pasien melalui evaluasi mahasiswa adalah kewajiban. Evaluasi yang dilakukan oleh pembimbing klinik seperti evaluasi pengembangan kompetensi tingkat untuk mempertahankan tindakan pencegahan standar (Killam, et semua, 2012). Penilaian tidak hanya pada kemampuan penguasaan konten keperawatan klinik, juga penilaian terhadap kemampuan mencegah CJS.

Peran sebagai Mentor

Ada dua jurnal menyatakan bahwa salah satu peran pembimbing klinik ini sedang mentor. Selain itu, tanggung jawab sebagai mentor juga untuk memotivasi dan mendorong mahasiswa selama praktik klinik. Karakteristik mentor mendukung

menyediakan visi, tujuan, dan sebagai orang ketiga (Kring, Ramseur, & Parnell, 2013). Seorang mentor secara pribadi mengajarkan mahasiswa keperawatan atau disebut strategi mengajar satu-satu. Sebagai mentor, pembimbing klinik memiliki hak istimewa untuk memberikan mahasiswa keperawatan beberapa tugas untuk merangsang kompetensi kognitif mengenai pendidikan klinik dan melatih mahasiswa berdasarkan target kompetensinya.

Seringkali pembimbing klinik menghadapi kesulitan untuk menjalankan peran sebagai mentor karena keterbatasan waktu. Mahasiswa akan diberikan pekerjaan rumah seperti solusi untuk memenuhi targetnya. Setelah itu, para mahasiswa mengumpulkan tugas dan pembimbing klinik akan melakukan diskusi. Kebanyakan pembimbing klinik berpikir diskusi adalah cara yang lebih efektif bila mahasiswa sudah mempersiapkan bahan dengan tugas yang telah diberikan sebelumnya.

Peran sebagai Fasilitator

Hasil FGD didapatkan 30% pembimbing klinik menyebutkan bahwa fasilitator berperan sebagai contoh peran mahasiswa. Malouf & Campbell (2014) didefinisikan sebagai fasilitator penyedia stimulasi baik afektif dan kognitif untuk meningkatkan dan mengembangkan profesionalisme dan sebagai alat penilaian bagi mahasiswa. Fasilitator memberikan umpan balik yang baik dan refleksi kembali kepada mahasiswa dan menyediakan lingkungan yang mendukung. Keterbatasan waktu dan kurangnya persiapan mahasiswa berakhir dengan kurangnya kesiapan pembimbing klinik sehingga kepala tim keperawatan dan perawat ruangan diminta untuk menemani mahasiswa saat mahasiswa berlatih di wahana praktik. Untuk itu peran pembimbing juga harus dimiliki oleh setiap perawat yang melatih mahasiswa di RS. Selain menjalankan keempat peran pembimbing, seorang pembimbing harus menunjukkan karakter/ kemampuan sebagai pembimbing yang sesuai.

Karakter Pembimbing Klinik

Karakter pembimbing klinik yang efektif ditunjukkan dengan kemampuan yang melekat pada seorang pembimbing klinik. Kemampuan tersebut adalah kemampuan mengevaluasi, kemampuan bertindak profesional, kemampuan membina hubungan interpersonal, kemampuan mengajar, dan kemampuan bersikap baik.

Kemampuan Melakukan Evaluasi

Kemampuan mengevaluasi sangat penting untuk meningkatkan kemampuan praktik mahasiswa dalam praktik klinik (Mcloughlin, 2012). Evaluasi terhadap mahasiswa mampu menyelesaikan masalah pembelajaran (Muliira, Fronda, & Raman, 2014). Evaluasi dapat dijalani di setiap sektor untuk meningkatkan dan mengembangkan keterampilan mahasiswa. Evaluasi dalam bentuk umpan balik yang tepat juga dapat meningkatkan efektivitas pembimbing klinik (Kring, Ramseur, & Parnell, 2013). Dalam praktik klinik, *literatur review* menemukan bahwa pembimbing klinik belum mengambil kemampuan penuh karakter pembimbing di bagian evaluasi. Evaluasi yang memegang kunci penting untuk membangun kinerja terbaik dari mahasiswa, termasuk keselamatan praktik, kesalahan mahasiswa dalam praktik klinik dapat menyebabkan karakteristik evaluasi tidak efektif dari pembimbing klinik.

Profesional atau Kompetensi berbasis Klinik

Berdasarkan penelitian ini, persentase pembimbing klinik dengan kompetensi profesional yang baik adalah sekitar 66%. Kompetensi termasuk sebagai perawat, administrator, orang dokumenter, dan pelindung pasien (Higgs & McAllister, 2007). Pendidik harus menunjukkan kepada kita kemampuan profesional sehingga menjadi pengawas yang efektif bagi mahasiswa (Reeve, 1994 di Kring, Ramseur, & Parnell, 2013). Pembimbing klinik harus kreatif menemukan strategi masalah tentang mahasiswa, ketidaksiapan materi tentang informasi klinik, pengetahuan kurang diperbarui terkait dengan praktik keperawatan berdasarkan bukti, dan percaya diri mahasiswa. Masalah harus diselesaikan dengan menerapkan karakter profesional sebagai pembimbing klinik dan menemukan metode yang efektif dalam pengajaran.

Kemampuan Membina Hubungan Interpersonal

Hubungan interpersonal dalam perspektif mahasiswa adalah sebagai ciri penting dalam rangka meningkatkan efektivitas sebagai pembimbing klinik (66%). Seorang pendidik harus mengembangkan dan memperluas hubungan interpersonal yang baik dengan mahasiswa untuk memfasilitasi praktik klinik. Hubungan interpersonal yang mengambil peran dalam menciptakan dan melestarikan hubungan (Dresler & Kutschke, 2001).

Masalah hubungan interpersonal merupakan hal yang tak dapat disangkal terjadi antara mahasiswa dan pembimbing klinik. Masalah komunikasi dapat menyebabkan kerusakan serius seperti terjadinya cedera jarum suntik. Untuk mencegah dan mengurangi risiko cedera, pertama pembimbing klinik memiliki strategi untuk menjelaskan tentang Indeks Keselamatan Pasien untuk mahasiswa.

Kemampuan Mengajar di Wahana Praktik

Pembimbing klinik efektif dipengaruhi oleh kemampuan mengajar (44%). Kemampuan mengajar adalah alat untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mahasiswa. Ini adalah kompetensi penting untuk mengembangkan pemahaman mahasiswa. Kemampuan mengajar adalah keterampilan untuk memfasilitasi belajar mengajar proses, tugas pemberian, dan memberikan evaluasi atau umpan balik (Higgs & McAllister, 2007).

Pembimbing klinik yang efektif perlu menampilkan sumber yang kompeten dan relevan (Reeve, 1994 di Kring et al., 2013). Umpan balik merupakan salah satu salah satu sumber belajar dan solusi bagi mahasiswa dalam belajar (Aquino, 2005).

Pembimbing Klinik Memiliki Sikap yang Baik

Salah satu konten yang penting untuk mempengaruhi karakteristik yang efektif perawat sebagai pendidik klinik. Ciri utama dari sikap yang baik harus diikuti oleh pembimbing klinik seperti ramah, jujur, sabar, dan perawatan. Sikap peduli dapat menanamkan kepercayaan diri dalam mahasiswa keperawatan (Labrague et al, 2015), sehingga mereka dapat mencapai target sukses dalam praktik klinik.

Terkait dengan peran sebagai panutan, pembimbing klinik harus mewakili sikap yang baik dan memberikan kenyamanan bagi mahasiswa keperawatan. Mahasiswa dapat merasakan kenyamanan dan hal itu dapat meningkatkan percaya diri dalam praktik klinik. Sikap klinik pembimbing penting untuk mengarahkan perilaku mahasiswa. Contoh peran ditunjukkan oleh pengajar terhadap mahasiswa juga meningkatkan efektivitas peran pembimbing klinik (Reeve, 1994 di Kring et al., 2013). Karakteristik pembimbing sesuai literatur tampak sesuai dengan karakter yang ditampilkan perawat pembimbing klinik. Pembimbing klinik yang berperan pada penelitian ini merupakan perawat senior berpengalaman berusia produktif.

6.1.2 Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Intensi Perilaku Mencegah CJS

Perilaku pencegahan dari CJS dapat dilatih seperti perilaku menjaga keselamatan lainnya. Hasil penelitian peneliti dalam rangka meningkatkan pengetahuan siswa didapatkan bahwa sekelompok siswa yang telah dilatih menunjukkan ada peningkatan pengetahuan dan perbedaan pengetahuan dan kemampuan siswa yang dilatih ($p < 0.001$) dibanding dengan yang tidak dilatih (Handiyani & Keliat, 2012). Pelatihan keselamatan saat orientasi praktik klinik, namun tampaknya hanya dapat meningkatkan pengetahuan sesaat, tanpa ada kesinambungannya. Pelatihan tidak serta merta meningkatkan kemampuan dan membiasakan mahasiswa keperawatan dalam menjaga keselamatan diri dari bahaya infeksi.

Hasil penelitian menunjukkan **tingkat pengetahuan** mahasiswa belum optimal, walaupun telah diberikan intervensi. Hasil ini sejalan dengan penelitian lain. Sebanyak 49,64% mahasiswa keperawatan di Jordania ditemukan memiliki pengetahuan yang kurang adekuat mengenai cedera jarum suntik (Darawad & Al-Hussami, 2013). Penelitian lain didapatkan bahwa mayoritas (>80 %) memiliki pengetahuan yang cukup tentang cara penularan dan pencegahan virus hepatitis B (Abdela, Woldu, Haile, Mathewos, & Deressa, 2016).

Sikap yang baik tidak secara otomatis dapat meningkatkan perilaku, seperti yang didapatkan pada penelitian ini, di mana intensi perilaku mahasiswa dalam mencegah CJS tidak ada perbedaannya antara sebelum dan setelah intervensi. Penelitian di Ethiopia sejalan dengan hasil penelitian ini. Dua ratus dari 246 (83.3 %) responden memiliki sikap positif dalam mengikuti kegiatan pengendalian infeksi, dan 201 (81.7%) responden meyakini bahwa seluruh tenaga kesehatan sebaiknya mendapatkan vaksinasi hepatitis B. Namun, hanya 5 (2%) mahasiswa yang menyelesaikan tiga jadwal vaksinasi hepatitis B (Abdela et al., 2016). Kondisi tersebut dimungkinkan karena berbagai penyebab.

Intensi perilaku pada penelitian ini tidak berubah secara bermakna walaupun telah dilakukan berbagai intervensi. Hasil ini berbeda dengan beberapa penelitian di Amerika dan Eropa yang dirangkum dalam suatu review sistematis. Hasil review dari 16 penelitian *clinical trials* menyimpulkan bahwa pendekatan multimodal (edukasi, pengingat, monitoring, pemberian umpan balik, dukungan kepemimpinan,

dan pendekatan tim) sesuai kerangka WHO dapat meningkatkan kepatuhan kebersihan tangan tenaga kesehatan secara moderat atau bermakna secara signifikan (Kingston, O'Connell, & Dunne, 2016). Penyebab perbedaan ini kemungkinan karena berbedanya lama waktu intervensi. Penelitian ini hanya dilakukan selama 3 bulan di awal masa pertama praktik profesi mahasiswa keperawatan, sedangkan studi sebelumnya dalam waktu yang lebih panjang (> 6 bulan). Waktu tiga bulan dipilih dengan pertimbangan bahwa proses pembentukan perilaku dilakukan pada masa studi bukan pada saat bekerja sebagai perawat. Harapannya proses pembentukan perilaku dapat lebih cepat dibandingkan dengan perawat yang bekerja.

Penyebab belum optimalnya peningkatan **intensi perilaku** jika ditinjau dari teori pembelajaran sosial dapat disebabkan karena mahasiswa mendapatkan contoh peran yang tidak sesuai dengan yang seharusnya atau contoh peran yang baik tidak diterima secara konsisten selama proses belajar di wahana praktik. Selain faktor eksternal, faktor internal mahasiswa menyebabkan tidak optimalnya intensi perilaku dalam mencegah CJS. Banyaknya tugas saat praktik dapat menurunkan atensi mahasiswa dalam mencegah CJS, padahal proses atensi, retensi, reproduksi, dan penguatan diperlukan dalam pembentukan perilaku (Robbins & Judge, 2013).

Perubahan intensi perilaku secara bermakna tidak tampak pada kelompok intervensi dalam penelitian ini. Rangkaian intervensi di institusi pendidikan keperawatan sebelum mahasiswa praktik profesi dan proses orientasi di wahana praktik memungkinkan mahasiswa dapat melakukan/ memiliki pengetahuan pencegahan cedera jarum suntik. Namun, untuk menjadikannya sebagai suatu kebiasaan (patuh) memerlukan proses pembelajaran yang lebih lama. Hal ini dibuktikan dengan angka insiden masih cukup tinggi dan kepatuhan mahasiswa keperawatan dalam melaksanakan pencegahan cedera CJS pada mahasiswa secara terus menerus dan berkesinambungan masih belum optimal, walaupun telah dilakukan intervensi selama tiga bulan. Jadi proses reedukasi baru dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap, namun belum dapat meningkatkan intensi perilaku. Hasil ini berbeda dengan penelitian (Petrucci, Alvaro, Cicolini, Cerone, & Lancia, 2009) yang mendapatkan bahwa pelatihan klinik dapat menurunkan risiko terpajan patogen yang ditularkan melalui darah dengan adanya peningkatan keterampilan klinik mahasiswa.

Pembahasan terhadap karakteristik responden walaupun tidak menjadi faktor yang mempengaruhi perilaku akan dijelaskan pada uraian berikut.

Kemampuan logika berfikir semakin baik dengan bertambahnya usia. Faktor usia mempunyai hubungan langsung dengan logika berpikir dan pengetahuan seseorang (Robbins, 2013). Semakin matangnya seseorang akan semakin mampu melakukan tindakan pencegahan dalam situasi lingkungan yang berbagai macam. Apalagi, kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor tunggal, namun lebih banyak disebabkan oleh kesalahan sistem di RS yang menyebabkan rantai-rantai dalam sistem terputus (Thorp, et al., 2012).

Analisis peneliti terkait hal ini adalah bahwa kemampuan penerapan budaya keselamatan pasien yang dikaitkan dengan umur tidak hanya semata-mata dapat dihubungkan dengan perbedaan daya tangkap pola pikir yang dipengaruhi umur. Hal ini juga berkaitan dengan variasi individu dari luas pengetahuan, banyaknya keterampilan, kapasitas memori yang bekerja dan mengadaptasi pengetahuan baru dan menerapkannya sebagai kebiasaan yang membudaya juga perlu dipertimbangkan sebagai faktor yang mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat dalam menerapkan budaya keselamatan pasien (Walston, et al., 2010).

Faktor lain seperti aspek kemampuan intelektual, pemecahan masalah dan kemampuan verbal yang secara keseluruhan berkembang secara bervariasi jika dikaitkan dengan umur seseorang juga dapat mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien (Slater, et al., 2012).

Risiko CJS berhubungan dengan lamanya studi mahasiswa keperawatan. Insiden CJS dapat berkurang sejalan dengan semakin terampilnya mahasiswa pada studi tahap lanjut. Kondisi ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh ... yang menunjukkan bahwa risiko paparan pada tahun pertama praktik klinik mahasiswa secara signifikan lebih tinggi dibandingkan tahun-tahun berikutnya ($OR = 1.465$; $95\% CI = 1.105-1.943$).

Jenis Kelamin

Robbins (2013) mengemukakan bahwa tidak ada perbedaan yang jelas antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dalam meningkatkan pengetahuan walaupun kemampuan analisis laki-laki lebih baik dibandingkan perempuan. Kemampuan penyelesaian masalah, dorongan, kompetitif, motivasi dan kemampuan belajar pada laki-laki maupun perempuan sama. Kemampuan persepsi dan kemampuan kognitif dalam konteks teori belajar pada individu yang mungkin bervariasi dan mencerminkan kemampuan seseorang untuk belajar secara individual, tidak berdasarkan jenis kelamin.

Pelatihan

Pelatihan merupakan salah satu cara organisasi untuk mengembangkan keterampilan staf. Pelatihan merupakan cara yang dilakukan untuk mengubah perilaku seseorang untuk meningkatkan tujuan organisasi (Robbins & Judge, 2013). Pelatihan dilakukan untuk meningkatkan keterampilan seseorang dalam melakukan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya (Kaswan, 2011). Keterampilan tersebut meliputi *physical skill*, *intelektual skill*, *social skill* dan *managerial skill* (Rivai & Sagala, 2009).

Program pelatihan dapat dikatakan berhasil apabila peningkatan kemampuan dapat memenuhi kriteria evaluasi dan dapat diaplikasikan dalam pekerjaan serta dapat mengubah sikap yang diukur berdasarkan kinerja. Hasil pembelajaran dalam pelatihan juga akan lebih efektif jika staf diberikan kesempatan untuk menerapkan fungsi tertentu (Gillies, 1996). Penelitian yang dilakukan Nilasari (2010) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan keterampilan perawat klinik dalam penerapan keselamatan pasien.

Pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang (Notoatmojo, 2003). Pencegahan CJS diharapkan dapat meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam hal pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam mencegah CJS

Proses pembentukan perilaku bersifat individual dan tergantung pada keterpaparan individu pada keselamatan pasien. Gillies (1996) menjelaskan pelatihan merupakan salah satu kegiatan pengembangan staf yang bertujuan untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia perawat. Pelatihan memiliki kemanfaatan yang sangat besar baik dalam aspek staf maupun organisasi (Lumenta, 2008).

6.1.3 Gambaran Insiden CJS pada Mahasiswa Keperawatan

Insiden CJS akan tetap ada sepanjang kompetensi itu masih menjadi tuntutan dan jarum suntik tetap digunakan. Hal tersebut dilakukan sebagai kompetensi dasar mahasiswa. Kegiatan mahasiswa yang berisiko CJS adalah ketika pemberian obat dan pengambilan sampel darah. Setidaknya ada 17% siswa keperawatan di Namibia mengalami CJS (Small, Pretorius, Walters, & Ackerman, 2011). Sejumlah mahasiswa, 66 (26.8 %) mengalami CJS minimal satu kali selama praktik (Abdela et al., 2016). Kondisi serupa ditemui pada responden kelompok kontrol dan kelompok mahasiswa yang menerima intervensi MPbK 2 dan 3.

Kondisi 24,8% mahasiswa yang mengalami insiden CJS pada umumnya (77,8%) tidak didampingi pembimbing. Kondisi ini berbeda dengan penelitian (Petrucci et al., 2009) yang mendapatkan bahwa 42.5% insiden CJS pada mahasiswa terjadi saat mahasiswa bekerja sendiri di ruang rawat. Banyaknya mahasiswa yang mengalami insiden CJS tanpa didampingi disebabkan karena belum diterapkan metode pembelajaran klinik preceptorship secara baik, sehingga memungkinkan adanya kondisi keberadaan peserta didik tanpa didampingi pembimbing.

Kesadaran diri mahasiswa melaporkan insiden CJS masih membutuhkan peningkatan dapat digambarkan dengan minnminnya jumlah pelaporan insiden CJS. Kondisi ini serupa dengan mahasiswa keperawatan di India di mana dari 98,4% kejadian yang terjadi hanya 18,4% yang secara langsung melaporkan kepada pihak yang menangani. Dari 58% mahasiswa yang mengetahui cara penanganan pasca-CJS, ada yang tidak tepat penanganannya, mahasiswa yang mengetahui cara membuang jarum dengan benar hanya 74% (Mitra, Mallik, Das, & Roy, 2010). Penyebab tidak lapor yang terjadi antara lain adalah merasa tidak perlu, tidak tahu melapor kemana, jarum yang baru, terlalu sibuk, lupa, dan meyakini bahwa tidak akan terjadi apa apa kepada dirinya (Akhund & Shaikh, 2014).

Universitas Indonesia

Insiden CJS tidak terjadi pada mahasiswa yang berada pada kelompok intervensi MPbK1, namun masih terjadi pada kelompok MPbK 2 dan 3, serta kelompok kontrol. Mahasiswa yang melaporkan hanya 33,3% dan kondisi jarum penyebab CJS 11.1% adalah jarum bekas pasien. Kondisi ini lebih tinggi dibandingkan dengan mahasiswa keperawatan di Uganda, di mana sebanyak 25,3% siswa melapor mengalami CJS dan 50% di antaranya memiliki potensi sumber infeksi (Hulme, 2009). Kondisi ini dimungkinkan karena mahasiswa tidak mendapatkan intervensi lengkap seperti pada kelompok MPbK 1.

Dampak lebih baik yang dihasilkan dari kombinasi intervensi penggunaan alat pengaman jarum dengan pelatihan interaktif untuk mencegah CJS didapatkan dari hasil penelitian Molen (2011) di Belanda. Intervensi kombinasi menggunakan pemberian alat pengaman jarum dan pelatihan mengenai jarum suntik mengurangi insiden CJS secara bermakna ($p=0,046$) dibandingkan dengan kelompok yang hanya diberikan pelatihan dan kelompok yang tidak diberikan intervensi (van der Molen et al., 2011). Penelitian ini bermakna setelah intervensi dilanjutkan pada 6 bulan berikutnya. Pada 6 bulan pertama terdapat peningkatan perilaku pencegahan sebanyak 34% dari bulan pertama hingga 70% pada bulan ke 6 dan 60% pada bulan ke 12 ($p < 0.000$). Penelitian tidak melanjutkan pengukuran pada 6 bulan berikutnya karena mahasiswa pada kelompok MPbK 3 dan kelompok kontrol telah menyelesaikan masa studinya.

Penelitian yang sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan peneliti adalah penelitian tentang kesadaran dan praktik pencegahan CJS pada perawat perawatan tersier di Rumah Sakit Delhi. Penelitian mendapatkan bahwa hanya 31.1% perawat memiliki pengetahuan yang cukup dan langkah langkah terhadap pencegahan cedera jarum suntik. Dari jumlah tersebut 51 (17,4%) perawat pernah mengalami CJS dan 37 (72.5%) orang melaporkan kejadian. Dari 37 orang yang melaporkan kejadian 28 di antaranya diresepkan penanganan profilaksis namun hanya 22 orang yang menyelesaikan perawatan. Kesimpulan dari hasil penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap praktif perawat terhadap pencegahan dan manajemen CJS ditemukan tidak memuaskan (Priyanka, Acharya, Jyoti, & Amit, 2014). Hasil penelitian yang sama dapat disebabkan karena penelitian sama-sama dilaksanakan di Asia.

Penelitian ini juga mendapatkan bahwa mahasiswa yang mengalami CJS memiliki perubahan pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku yang tidak berbeda dengan kelompok kontrol setelah responden diberikan intervensi. Penelitian lainnya didapatkan angka CJS 88% lebih sedikit pada perawat yang telah menerima pelatihan tentang CJS dan risiko CJS 3 kali lebih tinggi pada perawat yang memiliki tingkat pengetahuan lebih rendah (Gimba & Sinegugu, 2015)

6.1.4 Model yang Mampu Mencegah CJS pada Mahasiswa Keperawatan

Intervensi menggunakan MPbK 1 merupakan intervensi yang lebih dapat meningkatkan rerata pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku mencegah CJS dibandingkan dengan MPbK 2, MPbK 3, dan kelompok kontrol walaupun dengan uji GLM-RM hanya bermakna meningkatkan pengetahuan dan sikap, sementara tidak bermakna untuk peningkatan intensi perilaku. Hal ini kemungkinan dapat disebabkan karena perubahan intensi perilaku memerlukan waktu yang lebih lama.

Intervensi MPbK 1 juga berhasil menekan insiden CJS menjadi nol. Namun pelaksanaannya membutuhkan upaya yang cukup kompleks karena menggunakan pendekatan individu, kelompok dan organisasi. Kondisi institusi pendidikan dan wahana praktik di Indonesia saat ini belum sepenuhnya memiliki kemampuan itu. Untuk itu, jika kondisi tak memungkinkan, maka MPbK 2 dan 3 dapat dijadikan solusi sementara sambil terus meningkatkan kemampuan sehingga MPbK dilakukan secara lengkap.

Penggunaan model MPbK 1 yang komponen intervensinya lengkap lebih direkomendasikan karena sesuai dengan unsur pendukung perubahan perilaku menggunakan *social learning theory*. Intervensi individu, kelompok, dan organisasi secara berkesinambungan dapat membentuk perilaku individu mencegah CJS. Hal ini karena adanya hubungan timbal balik dan interaksi antara pengaruh kognitif, lingkungan, dan perilaku yang menjadi dasar pembentukan perilaku individu menggunakan *social learning theory* (Bandura, 1978). Jika salah satu unsur dihilangkan, maka proses pembejarian individu berjalan kurang optimal, walaupun dapat juga meningkatkan pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Peneliti sangat menyadari bahwa proses penelitian ini masih memiliki keterbatasan. Keterbatasan penelitian adalah keterbatasan dalam hal proses pengambilan data. Proses pengambilan data pascaintervensi pada awalnya akan dilakukan selama dua kali yaitu tiga bulan setelah intervensi dan diulang setelah satu bulan kemudian untuk lebih dapat memastikan tren peningkatan pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku, serta insiden CJS. Pengulangan pengambilan data tidak dapat dilakukan karena responden pada kelompok kontrol telah memasuki akhir masa studi, sehingga jika data diambil tidak dapat dibandingkan dengan data kontrol. Dampaknya penelitian ini hanya mendapatkan satu data pascaintervensi. Keterbatasan lainnya adalah adanya pengunduran jadwal pengambilan data pascaintervensi pada kelompok MPbK 3 karena bersamaan dengan periode ujian profesi. Secara keseluruhan, keterbatasan penelitian ini tidak mengganggu proses penelitian.

6.3 Implikasi Penelitian

Pelibatan berbagai pihak dalam proses merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi model ini berimplikasi pada berbagai aspek di keperawatan. Penelitian ini memiliki implikasi bagi pelayanan, penelitian, dan bagi pendidikan keperawatan

6.3.1 Implikasi bagi Pelayanan Keperawatan

Pelayanan keperawatan khususnya wahana praktik merupakan posisi strategis dalam membentuk perilaku individu yang ada di dalamnya, termasuk mahasiswa keperawatan. Model pembentukan perilaku ini meningkatkan kolaborasi institusi pendidikan dan wahana praktik dalam mempersiapkan peserta didik siap selalu menjaga keselamatan dirinya selama praktik di wahana praktik. Kesiapan peserta didik dalam menjaga keselamatan dirinya memiliki implikasi jangka pendek dan panjang. Implikasi jangka pendek akan menjamin keselamatan pasien yang dirawat oleh peserta didik yang berperilaku aman. Sedangkan implikasi jangka panjangnya dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dan keuntungan institusi karena berkurangnya biaya yang harus dikeluarkan jika terjadi insiden CJS pada peserta didik.

6.3.2 Implikasi bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

Area penelitian ini sangat berkaitan dengan pengembangan ilmu keperawatan khususnya dalam area pendidikan dan manajemen keselamatan dalam keperawatan. Model ini dapat menambah referensi tentang bentuk intervensi mencegah CJS yang terus disempurnakan di masa yang akan datang. Temuan penelitian ini meningkatkan penggunaan *social learning theory* dalam ilmu keperawatan khususnya dalam upaya meningkatkan proses belajar atau membentuk perilaku individu mencegah bahaya yang mengancam dirinya, anyata lain bahaya CJS.

6.3.3 Implikasi bagi Penelitian Keperawatan

Perjalanan peneliti menelusuri artikel penelitian sejenis sebelumnya dan menjalankan seluruh proses penelitian menyebabkan peneliti lebih menyadari masih banyaknya studi lanjut yang harus dilakukan. Peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku responden yang belum optimal merupakan pijakan data untuk mengembangkan penelitian lanjutan yang lebih memperhatikan terpenuhinya hal-hal yang belum terpenuhi yang tertuang dari kesenjangan penelitian ini.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Penelitian ini menghasilkan model pembelajaran berbasis keselamatan (MPbK) untuk membentuk perilaku mahasiswa keperawatan mencegah CJS. MPbK merupakan suatu metode pembelajaran untuk membentuk perilaku individu menjaga keselamatan menggunakan pendekatan individu, kelompok, dan organisasi yang terintegrasi antara pihak institusi pendidikan dan wahana praktik.

MPbK 1, 2, dan 3 dapat meningkatkan rerata tingkat pengetahuan, sikap, dan intensi perilaku. Namun jika dibandingkan dengan kelompok kontrol, sesuai uji GLM-RM, MPbK 1, 2, dan 3 hanya dapat meningkatkan secara bermakna tingkat pengetahuan dan sikap mahasiswa mencegah CJS. Intensi perilaku meningkat setelah diintervensi dengan MPBK, namun peningkatannya tidak signifikan.

MPbK 1 dapat menekan insiden CJS menjadi nol insiden. MPbK 2 dan 3 belum dapat menekan insiden CJS karena masih ada insiden CJS pada kedua kelompok intervensi tersebut.

Hanya intervensi menggunakan MPbK 1 lebih mampu menekan insiden CJS, namun penerapannya membutuhkan keterlibatan institusi pendidikan dan wahana praktik secara terintegrasi dan berkesinambungan. Intervensi MPbK 2 dan 3 masih dapat digunakan dalam kondisi keterbatasan institusi pendidikan dan wahana praktik karena masih dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap mahasiswa dalam mencegah CJS.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Manajemen Rumah Sakit dan Institusi Pendidikan Keperawatan

Rumah sakit dan komunitas sebagai wahana praktik serta institusi pendidikan keperawatan sebaiknya menetapkan kebijakan pencegahan CJS bagi mahasiswa keperawatan dan perawat yang praktik menggunakan MPbK 1. Dilaksanakannya model pembelajaran ini perlu menjadi standar atau indikator akreditasi yang menentukan baiknya mutu wahana praktik dan institusi pendidikan. Setiap institusi pendidikan juga perlu memiliki dan memonitor data insiden CJS pada mahasiswa. *Zero incident* CJS pada mahasiswa keperawatan dapat dijadikan salah satu indikator kerja unit ruang rawat yang tempatnya digunakan untuk wahana praktik mahasiswa.

Selama proses penelitian, *safety box* tempat membuang jarum suntik selalu tersedia, namun penggunaan jarum suntik yang aman (*safety needle*) belum dapat diakomodir dengan kebijakan RS. Untuk itu wahana praktik berupaya selalu memfasilitasi pencegahan CJS pada mahasiswa keperawatan melalui penyediaan fasilitas yang memadai berupa ketersediaan *safety needle*. Wahana praktik dapat memasukkan *safety needle* dalam alat kesehatan yang dapat dipenuhi oleh asuransi kesehatan.

7.2.2 Bagi Keilmuan Keperawatan

Model ini sebaiknya terus dikembangkan dengan penyempurnaan pada perangkat intervensinya, baik intervensi individu, kelompok, dan organisasi sehingga menjadi model yang lebih aplikatif untuk membentuk perilaku dalam ilmu keperawatan. Keilmuan keperawatan dapat juga mengkombinasikan penerapan *social learning theory* yang digunakan dalam MPbK ini dengan teori lain, misalnya teori yang terkait budaya organisasi, sehingga proses perubahan perilaku menjadi lebih baik.

7.2.3 Bagi Penelitian Berikutnya

Penelitian berikutnya dapat lebih difokuskan pada menguji konfonding dan upaya mengatasi konfonding. Proses pengukuran pada penelitian selanjutnya perlu dilakukan lebih dari sekali sehingga tren keberhasilan MPbK dapat dinilai lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdela, A., Woldu, B., Haile, K., Mathewos, B., & Deressa, T. (2016). Assessment of knowledge , attitudes and practices toward prevention of hepatitis B virus infection among students of medicine and health sciences in Northwest Ethiopia. *BMC Research Notes*, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2216-y>
- Adams, D., & Elliott, T. S. J. (2006). Impact of safety needle devices on occupationally acquired needlestick injuries: a four-year prospective study. *Journal of Hospital Infection*, 64(1), 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2006.04.012>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 211(50), 179–211.
- Akhund, T., & Shaikh, J. A. N. M. (2014). NEEDLE STICK INJURIES AMONG DENTAL HEALTH CARE PROVIDERS : A SURVEY DONE AT HYDERABAD AND KARACHI, 34(2).
- American Nurses Association's. (2002). *American Nurses Association's needlestick prevention guide*. USA: ANA.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Depok: FKM UI-Jurusan Biostatistik dan Kependudukan.
- Bandura, A. (1971). Social learning theory. *Social Learning Theory*. New York City: General Learning Press. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x>
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33(4), 344–358. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.33.4.344>
- Beggs CB, Shepherd, S., & Kerr, K. (2009). How does healthcare worker hand hygiene behaviour impact upon the transmission of MRSA between patients. *BMC Infect Dis*. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-9-64>.
- Beltagy, K. El, El-saed, A., Sallah, M., & Balkhy, H. H. (2012). Impact of infection control educational activities on rates and frequencies of percutaneous injuries (PIs) at a tertiary care hospital in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, 5(4), 297–303. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2012.04.002>
- Berndt, J. L. (2013). *Clinical nursing instructor perception of the influence of the engagement in bedside nursing practice on clinical teaching (Doctoral dissertation)*. Capela university: UMI dissertation publishing.
- Borhani, F., Alhani, F., Mohammadi, E., & Abbaszadeh, A. (2010). Professional ethical competence in nursing: The role of nursing instructors. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 3(3), 1–9.
- Brega, A. G., Barnard, J., Mabachi, N. M., Weiss, B. D., DeWalt, D. A., Brach, C., ... West, D. R. (2015). *AHRC health literacy universal precautions toolkit (Second Edi)*. Colorado: Agency for Healthcare Research and Quality. <https://doi.org/10.1136/ip.7.4.343>
- CDC. (2008). *Workbook for designing, implementing, and evaluating a sharps injury prevention program*. USA: Departement of Health & Human Services.
- Cooper. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36, 111–136.
- Cooper, D. (2001). *Improving safety culture: A practical guide*. United Kingdom: John Wiley & Sons, Inc.

- Creswell, J., & Clark, V. P. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (Second ed). USA: Sage Publications. Retrieved from [http://scholar.google.ch/scholar?hl=fr&as_sdt=0,5&q=Creswell+et+Plano+Clark+\(2011\)#9](http://scholar.google.ch/scholar?hl=fr&as_sdt=0,5&q=Creswell+et+Plano+Clark+(2011)#9)
- Darawad, M. W., & Al-Hussami, M. (2013). Jordanian nursing students' knowledge of , attitudes towards , and compliance with infection control precautions. *Nurse Education Today*, *33*(6), 580–583. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.06.009>
- Davlatantes, B., & Tiffany. (2010). *A case for utilizing six-sigma methodology in applying evidence-based nursing education as a tool to improve patient safety*. USA: Ann Arbor.
- Deisenhammer, S., Radon, K., Nowak, D., & Reichert, J. (2006). Needlestick injuries during medical training. *Journal of Hospital Infection*, *63*, 263–267. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2006.01.019>
- Fater, K. H., & Ready, R. (2011). An education-service partnership to achieve safety and quality improvement competencies in nursing. *Journal of Nursing Education*, *50*(12), 693–696. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20110916-02>
- Fleming, M. (2005). Patient safety culture measurement and improvement: A “how to” guide. *Healthcare Quarterly*, *8 Spec No*(October), 14–19.
- Fleming, M., & Wentzell, N. (2008). Patient safety culture improvement tool: Development and guidelines for use. *Healthcare Quarterly*, *11*(Special issue), 10–15.
- Ford, D. A. (2014). Recommended Practices for Sharps Safety. *Association of Registered Nurses Journal*, *99*(1), 106–120. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.11.013>
- Gillies. (1994). *Nursing management: A system approach*. Philadelphia: WB. Saunders.
- Gimba, S. M., & Sinegugu, D. (2015). Dearth of literature on barriers to provision of psychiatric nursing care in Nigeria: Findings from a literature review. *International Journal of Nursing and Midwifery*, *7*(2), 16–20. <https://doi.org/10.5897/IJNM2014>.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior & health education: Theory, research, & practice* (4th editio). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hambridge, K. (2011). Needlestick and sharps injuries in the nursing student population. *Nursing Standard*, *25*(27), 38–45.
- Handiyani, H. (2012). Application of safety concept by students in clinic (Prosiding). In *Innovation on Nursing Education & Clinical Practice*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Handiyani, H., Allenidekania, & Eryando, T. (2004). Hubungan peran dan fungsi manajemen kepala ruangan dengan keberhasilan pelaksanaan program pengendalian infeksi nosokomial. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, *8*(2), 54–61.
- Handiyani, H., & Keliat, B. A. (2012). *The improvement of knowledge and skill related to self-protection from infection on elementary school students by applying biological safety programme*. Chiang Mai: The Fourth International Nursing Conference: Working Together for Health Security Committee.
- Handiyani, H., Yetti, K., Kuntarti, & Hariyati, R. T. (2013). *Pemodelan sistem keselamatan mahasiswa di RS*. Depok: Laporan penelitian tidak dipublikasikan.
- Hanson, D. W., Finch, C. F., Allegrante, J. P., & Sleet, D. (2012). Closing the gap between injury prevention research and community safety promotion practice: Revisiting the public health model. *Public Health Reports*, *127*(2), 147–55.
- Hanson, K. J., & Stenvig, T. E. (2008). The good clinical nursing educator and the baccalaureate nursing clinical experience: Attributes and praxis. *The Journal of Nursing Education*, *47*(1), 38–42. <https://doi.org/10.3928/01484834-20080101-04>

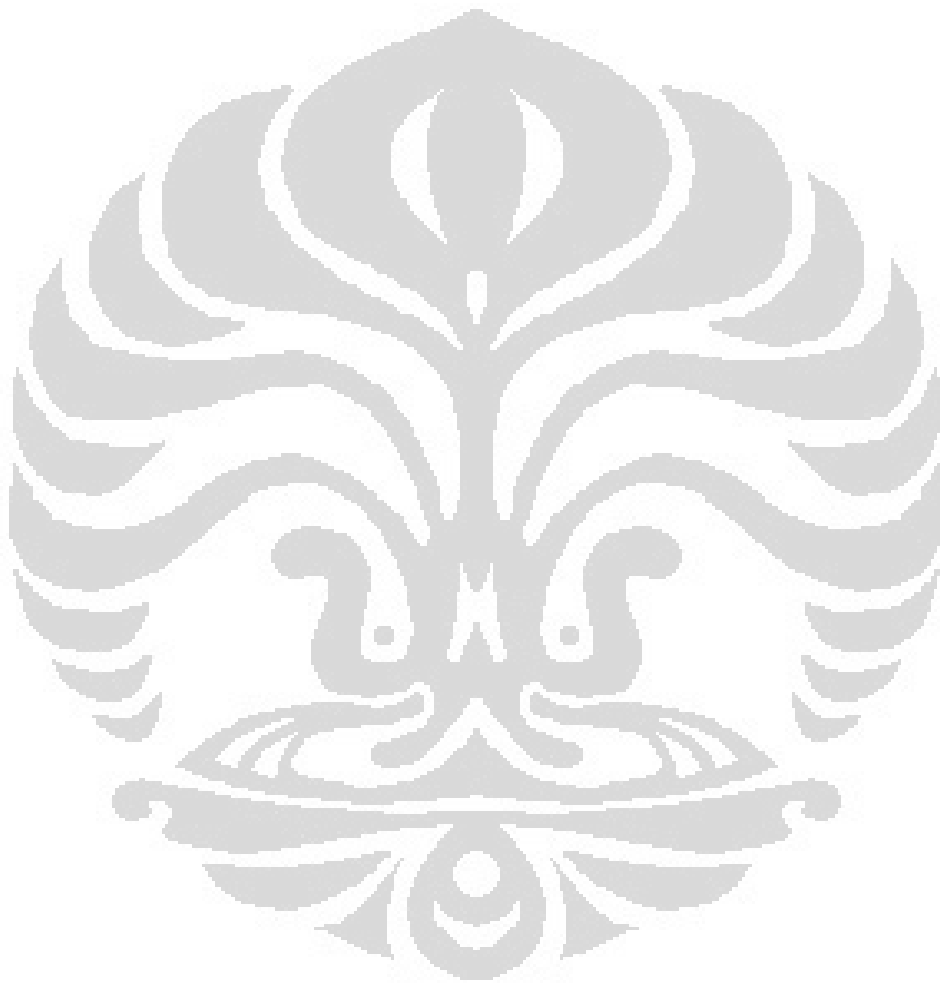
- Harris, O. J., & Hartman, S. J. (2002). *Organizational Behavior* (15th ed.). Boston: Pearson. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.46.020195.000423>
- Hart, J. A. (2009). *Attributes of effective clinical instructor as perceived by students in accelerated and traditional BSN nursing programs*. Ann Arbor: Proquest Information and Learning Company.
- Hastono, S. P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hermiz, M. E. (2001). *Teaching critical thinking skills to student nurses in clinical setting*. Ball State University. Ann Arbor: Bell & Howell Information and Learning Company.
- Higgs, J., & McAllister, L. (2007). Being a clinical educator. *Advances in Health Sciences Education, 12*, 187–199. <https://doi.org/10.1007/s10459-005-5491-2>
- Hulme, P. (2009). Incidence of needlestick injuries among Ugandan student nurses in a rural hospital. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice, and Policy, 9*(Table 2), 3–4. Retrieved from <http://www.rrh.org.au>
- International Council of Nurses. (2006). *Reducing the impact of HIV/ AIDS on nursing & midwifery personnel*. Control. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- Joint Commission International. (2013). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* (5th editio). Illinois: Departement of Publication Joint Commission Resources.
- Katsevman, G. A., Braca, J. A., Sedney, C. L., & Hatchett, L. (2017). Needlestick injuries among healthcare professionals in training: using the surgical “time-out” and hand-off protocols to deter high-risk needlesticks. *Journal of Hospital Infection, 95*(1), 103–104. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2016.10.018>
- Kemendes RI. KMK No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Pub. L. No. KMK RI No 129/Menkes/SK/II/2008 (2008).
- Kementerian Kesehatan RI. (2007). KMK RI No 432/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen K3 di RS. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2009). *Pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.
- Kingston, L., O’Connell, N. H., & Dunne, C. P. (2016). Hand hygiene-related clinical trials reported since 2010: A systematic review. *Journal of Hospital Infection, 92*(4), 309–320. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2015.11.012>
- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2008). *Experiential learning theory: A dynamic, holistic approach to management learning, education, and development*. London: Sage Publications.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2011). *Standar akreditasi rumah sakit*. Jakarta: Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).
- Kuhar, D. T., Henderson, D. K., & Struble, K. A. (2013). *Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis*. Atlanta.
- Kulikowski, K. J. (2005). *Preceptor, student and faculty clinical nursing education: A comparative needs assessment (A thesis)*. Ann Arbor: Proquest Information and Learning Company.
- Kumar, M. (2010). To assess the effectiveness of video assisted teaching (VAT) on needle stick injury regarding knowledge and attitude of staff nurses working in selected hospitals of Karnataka. *International Journal of Nursing Education, 2*(2), 25–27.

- Loewenson, R., Laurell, A. C., Hogstedt, C., D'Ambruoso, L., & Shroff, Z. (2014). *Participatory action research in health systems*. Zimbabwe: EQUINET.
- Loiselle, C. G., McGrath, J. P., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Canadian Essentials of Nursing Research* (Third Edit). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Luo, Y., He, G.-P., Zhou, J.-W., & Luo, Y. (2010). Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. *International Journal of Infectious Diseases*, *14*(12), e1106–e1114. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2009.03.037>
- Mansyur, M. (2007). Manajemen risiko kesehatan di tempat kerja. *Majalah Kedokteran Indonesia*, *57*(9, September), 285--288.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2015). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (8th editio). Philadelphia: Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. Retrieved from www.ebook777.com
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Health literacy - A heterogeneous phenomenon: A literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *26*, 151–160. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x>
- Martins, A., Coelho, A. C., Vieira, M., Matos, M., & Pinto, M. L. (2012). Age and years in practice as factors associated with needlestick and sharps injuries among health care workers in a Portuguese hospital. *Accident Analysis and Prevention*, *47*, 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2012.01.011>
- McCulloch, P., & Catchpole, K. (2011). A three-dimensional model of error and safety in surgical health care microsystems. Rationale, development and initial testing. *BMC Surgery*, *11*, 23. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-11-23>
- Medical Technology Association of Australia. (2013). *Value of technology: Needlestick and sharps injuries and safety-engineered medical devices April 2013*. Australia: MTAA.
- Miller, R. J., & Hoffman, W. W. (2015). Heart bone--The case for the IHI open school as connector: A model for integrating quality improvement and patient safety into health professions curricula. *South Dakota Medicine Journal*, *68*(6), 245–250.
- Miller, W. L. W. (2012). Developing a theory of clinical instructor identity using the experiences of medical laboratory science practitioners. *Clinical Laboratory Science*, *27*(2), 97–104. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract%5Cnhttp://gradworks.umi.com/34/94/3494397.html>
- Mitra, S. P., Mallik, S., Das, M., & Roy, A. S. (2010). Injection safety: Perception and practice of nursing student in tertiary setting. *Indian Journal Prev. Soc. Med*, *41*(3), 5–7.
- Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *The Online Journal of Issues in Nursing*, *12*(3). <https://doi.org/DOI:10.3912/OJIN.Vol12No03Man02>
- Mulready-Shick, J., Kafel, K. W., Banister, G., & Mylott, L. (2009). Enhancing quality and safety competency development at the unit level: An initial evaluation of student learning and clinical teaching on Dedicated Education Units. *The Journal of Nursing Education*, *48*(12), 716–719. <https://doi.org/10.3928/01484834-20091113-11>
- Nielsen, M. B., Mearns, K., Matthiesen, S. B., & Eid, J. (2011). Using the job demands-resources model to investigate risk perception, safety climate and job satisfaction in safety critical organizations. *Scandinavian Journal of Psychology*, *52*(5), 465–475. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00885.x>

- Nsubuga, F. M., & Jaakkola, M. S. (2005). Needle stick injuries among nurses in sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine and International Health*, 10(8), 773–781. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2005.01453.x>
- Pender, N. J. (2011). *Health Promotion Model Manual*. University of Michigan. Chicago. Retrieved from <http://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85350>
- Petrucci, C., Alvaro, R., Cicolini, G., Cerone, M. P., & Lancia, L. (2009). Percutaneous and mucocutaneous exposures in nursing students: An Italian observational study. *Journal of Nursing Scholarship*. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01301.x>
- Piscotty R, Grobbel C, & Tzeng HM. (2011). Integrating quality and safety competencies into undergraduate nursing using student. *The Journal of Nursing Education*, 50(8), 429–436. <https://doi.org/10.3928/01484834-20110429-04>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2009). *Nursing research: Principles & Methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P. a, Perry, A. G., Stockert, P. a, & Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of nursing* (Eighth Edi, Vol. 55). St Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Priyanka, Acharya, a S., Jyoti, K., & Amit, S. (2014). Awareness and practices regarding needle stick injuries among nurses in a tertiary care hospital of Delhi. *Indian Journal of Community Health*, 26(DECEMBER 2014), 390–395.
- Robbins, S., & Judge, T. (2013). *Organizational behavior* (15th ed.). Boston: Pearson.
- Rogers, B., & Goodno, L. (2000). Evaluation of interventions to prevent needlestick injuries in health care occupations. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(4 Suppl), 90–98. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00145-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00145-8)
- Rogers, C. (2010). *Experiential learning*. USA: Northern Illinois University.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- RSUP Fatmawati. (2014). *Data indikator mutu dan keselamatan pasien di RSUP Fatmawati tahun 2014*. Jakarta: RSUP Fatmawati, Jakarta.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2011). *Health psychology: Biopsychosocial Interactions* (Seventh ed). USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Sastroasmoro, S. (2010). *Mengurai dan merajut disertasi dan tesis bidang kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Balai Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Sastroasmoro, S., & Ismail, S. (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* (Edisi keem). Jakarta: Sagung Seto.
- Shiao, J. S., Mclaws, M., Huang, K., & Guo, Y. L. (2002). Student nurses in Taiwan at high risk for needlestick injuries. *AEP*, 12(3), 197–201. [https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(01\)00303-9](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(01)00303-9)
- Small, L., Pretorius, L., Walters, A., & Ackerman, M. J. (2011). A surveillance of needle-stick injuries amongst student nurses at the University of Namibia. *Health SA Gesondheid*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/http://dx.doi.org/doi:10.4102/hsag.V161.507>
- Smith, D. R., Mihashi, M., Adachi, Y., Shouyama, Y., Mouri, F., Ishibashi, N., & Ishitake, T. (2009). Organizational climate and its relationship with needlestick and sharps injuries among Japanese nurses. *American Journal of Infection Control*, 37(7), 545–550. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2008.11.004>
- Sugiyono. (2013). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan kombinasi (Mixed methods)*. Bandung: CV Alfabeta.

- Swansburg, R. C., & Swansburg, R. J. (1999). *Introductory management & leadership for nurses* (Second ed). Boston: James & Bartlet Publishers.
- Takwin, B., Hadinata, F., & Putri, S. (2013). *Buku ajar I kekuatan dan keutamaan karakter, filsafat, logika, dan etika*. Jakarta: UI Press.
- Tang, F., Chou, S., & Chiang, H. (2005). Student's perceptions of effective and ineffective clinical instructor. *Journal of Nursing Education*, 44(4), 187–192.
- Tarigan, L. H., Kriebel, D., Quin, M., & Cifuentes, M. (2014). *Identifying, preventing, and controlling NSI in Indonesia. Dissertation*. USA.
- The Cecil G Sheps Center for Health Services Research. (2010). *Health literacy universal precautions toolkit*. USA: AHRQ.
- Tim Komisi Etik Riset Universitas Indonesia. (2013). *Kode Etik Riset Universitas Indonesia*. (B. Hartono, Ed.). Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Trim, J. C., & Elliott, T. S. J. (2003). A review of sharps injuries and preventative strategies. *Journal of Hospital Infection*, 53(4), 237–242. <https://doi.org/10.1053/jhin.2002.1378>
- Trivedi, A., Kasar, P. K., Tiwari, R., Verma, P., & Sharma, A. (2013). An educational interventional programme for prevention and management of needle stick injuries among nursing students at a tertiary care hospital, Jabalpur, Madhya Pradesh. *National Journal of Community Medicine*, 4(1), 132–136. Retrieved from http://njcmindia.org/uploads/4-1_132-136.pdf
- Vaismoradi, M., Bondas, T., Jasper, M., & Turunen, H. (2014). Nursing students' perspectives and suggestions on patient safety--implications for developing the nursing education curriculum in Iran. *Nurse Education Today*, 34(2), 265–70. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.10.002>
- van der Molen, H. F., Zwinderman, K. a H., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. W. (2011). Better effect of the use of a needle safety device in combination with an interactive workshop to prevent needle stick injuries. *Safety Science*, 49(8–9), 1180–1186. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2011.03.010>
- Viverais-Dresler, G., & Kutschke, M. (2001). RN students' ratings and opinions related to the importance of certain clinical teacher behaviors. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 32(6), 274–282.
- WHO. (2010). The five key components of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy. WHO.
- Workcover NSW. (2014). *Hierarchy of controls*. New South Wales.
- World Health Organization. (1999). Injection safety. *Bull WHO*. Geneva: Departement of Blood Safety & Clinical Technology WHO.
- Yamada, S., & Ota, K. (2012). Essential roles of clinical nurse instructors in Japan: A Delphi study. *Nursing and Health Sciences*, 14, 229–237. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00683.x>
- Yang, Y.-H., Liou, S.-H., Chen, C.-J., Yang, C.-Y., Wang, C.-L., Chen, C.-Y., & Wu, T.-N. (2007). The effectiveness of a training program on reducing needlestick injuries/ sharp object injuries among soon graduate vocational nursing school students in Southern Taiwan. *J Occup Health*, 49, 424–429.
- Yao, W., Wu, Y., Yang, B., Zhang, L., & Yao, C. (2013). Occupational safety training and education for needlestick injuries among nursing students in China: Intervention study. *Nurse Education Today*, 33(8), 834–837. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.02.004>

- Yulis, R. (2015). Laporan residensi manajemen keperawatan: Optimalisasi peran perawat dalam peningkatan kepatuhan memakai APD dan monitoring kecelakaan akibat kerja perawat di RSUP Persahabatan Jakarta. Depok: Laporan Residensi Manajemen Keperawatan tidak dipublikasikan.
- Zhang, X., Gu, Y., Cui, M., Stallones, L., & Xiang, H. (2015). Needlestick and sharps injuries among nurses at a teaching hospital in China. *Workplace Health Saf*, 63(5), 219–225. <https://doi.org/10.1177/2165079915580035>



Lampiran 1. SK Pembimbing Disertasi Program Doktor FIK-UI, 2 Maret 2015



UNIVERSITAS INDONESIA

KEPUTUSAN REKTOR UNIVERSITAS INDONESIA

NOMOR : 0506/SK/R/UI/2015

TENTANG

PENGANGKATAN PEMBIMBING DISERTASI PROGRAM DOKTOR
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
DI FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA
ATAS NAMA HANNY HANDIYANI NOMOR POKOK MAHASISWA: 1206201012

REKTOR UNIVERSITAS INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pelaksanaan pendidikan Program Doktor, Program Studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Saudara Hanny Handiyani harus menulis disertasi untuk menyelesaikan Program Doktor;
- b. bahwa untuk keperluan dimaksud, perlu ditetapkan Pembimbing Disertasi dengan Keputusan Rektor Universitas Indonesia.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 68 Tahun 2013 tentang Statuta Universitas Indonesia;
4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
5. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2014 tentang Perubahan Perguruan Tinggi Negeri Menjadi Perguruan Tinggi Negeri Badan Ilmu Keperawatan;
6. Keputusan Mendikbud Republik Indonesia Nomor 212/U/1999 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Doktor;
7. Keputusan Majelis Wali Amanat Universitas Indonesia Nomor 01/SK/MWA-UI/2003 tentang Anggaran Rumah Tangga Universitas Indonesia;
8. Keputusan Majelis Wali Amanat Universitas Indonesia Nomor 011/SK/MWA-UI/2007 tentang Perubahan Pasal 37 ayat (1) Anggaran Rumah Tangga Universitas Indonesia;
9. Keputusan Majelis Wali Amanat Universitas Indonesia Nomor 005/SK/MWA-UI/2010 tentang Norma Pendidikan di Universitas Indonesia;
10. Keputusan Majelis Wali Amanat Universitas Indonesia Nomor 020/SK/MWA-UI/2014 tentang Pengangkatan dan Penugasan Rektor Universitas Indonesia Periode 2014-2019;
11. Keputusan Rektor Universitas Indonesia Nomor 102/SK/R/UI/2001 tentang Organisasi dan Tatalaksana Penyelenggaraan Pendidikan Pascasarjana di Universitas Indonesia;
12. Keputusan Rektor Universitas Indonesia Nomor 478/SK/R/UI/2004 tentang Evaluasi Keberhasilan Studi Mahasiswa Universitas Indonesia;

Universitas Indonesia

13. Keputusan Rektor Universitas Indonesia Nomor 0696/SK/R/UI/2010 tentang Penyelenggaraan Program Doktor di Universitas Indonesia;
14. Keputusan Rektor Universitas Indonesia Nomor 0042/SK/R/UI/2014 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
15. Keputusan Rektor Universitas Indonesia Nomor 3790/SK/R/UI/2014 tentang Pengangkatan Wakil Rektor Bidang Akademik dan Kemahasiswaan Universitas Indonesia;
16. Keputusan Rektor Universitas Indonesia Nomor 3875/SK/R/UI/2014 tentang Struktur Inti Organisasi Universitas Indonesia.

- Memperhatikan :
1. Surat Tugas Rektor Universitas Indonesia Nomor 2124/UN2.R/HKP.06.00/2014 tentang Penugasan kepada Wakil Rektor Bidang Akademik dan Kemahasiswaan Universitas Indonesia untuk menandatangani Surat Keputusan Rektor tentang Pengunduran Diri Mahasiswa/Putus Studi Mahasiswa, Pengangkatan Promotor, Ko Promotor dan Panitia Penguji Disertasi Program Doktor, Perpanjangan Masa Studi;
 2. Surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor 345/UN2.F/2.D/PDP.04.02.Disertasi/2015, tanggal 28 Januari 2015, perihal Permohonan Penerbitan SK Rektor tentang Pengangkatan Pembimbing (Promotor/Ko-Promotor) a.n Hanny Handiyani (1206201012).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan
Kesatu

- Mengangkat Pembimbing Disertasi Program Doktor, Program Studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia a.n. Hanny Handiyani, yang selanjutnya disebut Promotor dan Kopromotor, dengan susunan sebagai berikut:

Promotor : Dr. dr. L. Meily Kurniawidjaja, M.Sc., Sp.Ok.
NIP195004261980032001
Lektor Kepala
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia.

Kopromotor : 1. Dewi Irawati, M.A., Ph.D.
NIP195206011974112001
Lektor
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia;

2. Dr. dra. Rita Damayanti, MSPH.
NIP196203111988032001
Lektor
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia.

Kedua

- Promotor dan Kopromotor bertugas:
- a. memberikan bimbingan secara teratur;
 - b. memberikan penilaian tentang proses kemajuan pelaksanaan program pendidikannya;

- Ketiga - Promotor dan Kopromotor melaporkan secara tertulis tentang proses kemajuan pelaksanaan program pendidikannya kepada Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan, pendidikan Program Doktor, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dengan tembusan Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
- Keempat - Biaya pelaksanaan kegiatan ini dibebankan pada anggaran yang relevan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
- Kelima - Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan calon doktor tersebut berhasil menyelesaikan pendidikan Program Doktor di Universitas Indonesia dengan ketentuan bilamana di kemudian hari terdapat kekeliruan, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 2 Maret 2015

a.n. Rektor,
Wakil Rektor Bidang Akademik dan
Kemahasiswaan,



Prof. Dr. Bambang Wibawarta, S.S., M.A.
NIP196510231990031002

Tembusan:

1. Rektor
2. Dekan FIK
3. Direktur Pendidikan
4. KPS Ilmu Keperawatan PPs-FIK
5. Mahasiswa yang bersangkutan

Lampiran 2. Surat Keterangan Lolos Kaji Etik, 17 April 2015



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Gedung Fakultas Ilmu Keperawatan
Kampus UI, Depok Jawa Barat 16424
T. 62 21 788 49 120 F. 62 21 786 41 24
E. fik@ui.ac.id | www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

No. *0272* /UN2.F12.D/HKP.02.04/2015

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengembangan Model Perilaku Keselamatan Diri (Model PKD) Yang Efektif Terkait Pencegahan Cedera Jarum Suntik Pada Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik

Nama peneliti utama : Hanny Handiyani

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Dekan,

Jakarta, 17 April 2015

Ketua,



Dra. Junhaiti Sahar, SKp., M.App.Sc., PhD

NIP. 195701151980032002

Dra. Setyowati, SKp., M.App.Sc., PhD

NIP. 19540427 197703 2 001

Lampiran 3.1 Surat Ijin Penelitian dari FIK-UI, 11 Mei 2015



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Gedung Fakultas Ilmu Keperawatan
 Kampus UI, Depok Jawa Barat 16424
 T. 62 21 788 49 120 F. 62 21 786 41 24
 E. fik@ui.ac.id | www.fik.ui.ac.id

Nomor: 294⁸/UN2.F12.D1/PDP.00.01.Penelitian/2015
 Perihal: Ijin Penelitian

11 Mei 2015

Yth. Ketua Program Studi Doktor
 Fakultas Ilmu Keperawatan UI

Sehubungan dengan surat Saudara No.17/UN2.F12.D13/PDP.04.04/2015 tertanggal 30 April 2015 perihal permohonan ijin studi pendahuluan, penelitian, dan uji instrumen bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya kami mengizinkan penelitian mahasiswa, atas nama:

No.	NPM	Nama	Judul Penelitian
1.	1206201012	Hanny Handiyani	Pengembangan model perilaku keselamatan diri yang efektif terkait pencegahan cedera jarum suntik pada mahasiswa keperawatan di wahana praktik

Untuk melaksanakan studi pendahuluan, penelitian dan uji instrumen di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Terkait dengan hal tersebut kami mohon agar yang bersangkutan melampirkan Protokol Penelitian. Untuk informasi lebih lanjut yang bersangkutan agar menghubungi Manajer Pendidikan dan Kemahasiswaan FIK-UI.

Demikian informasi yang dapat kami sampaikan. Atas perhatian dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan
 Bidang Pendidikan, Penelitian dan
 Kemahasiswaan,

Rustina, M.App.Sc., Ph.D.
 NIP.195602071980032001

Tembusan Yth.

1. Kepala Pusat Administrasi Fakultas FIK-UI
2. Manajer Pendidikan dan Kemahasiswaan FIK-UI

Lampiran 3.2 Surat Pemberian Ijin Penelitian dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri (UIN) Syarif Hidayatullah Jakarta, 29 Mei 2015



**KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI (UIN)
SYARIF HIDAYATULLAH JAKARTA
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN**

Jl. Kertamukti No. 5 Pisangan, Ciputat 15412, Jakarta

Telp. : (62-21) 74716718 Fax : (62-21) 7404985
Website : www.uinjkt.ac.id; E-mail : fkik@uinjkt.ac.id

Nomor : Un.01/F10/KM.01.1/ 1655 /2015
Lampiran : -
Hal : **Pemberian Ijin Penelitian**

Ciputat, 29 Mei 2015

Kepada Yth,
**Dekan
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia**
Di
Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat,

Sesuai dengan surat Nomor: 2845/UN2.F12.D/PDP.04.02/2015 dari Program Studi Doktor Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) tentang ijin penelitian mahasiswa atas nama **Hanny Handayani (1206201012)** dengan judul disertasi: "Pengembangan Model Perilaku Keselamatan Diri yang Efektif Terkait Pencegahan Cidera Jarum suntik pada Mahasiswa Keperawatan di Di Wahana Praktik".

Sehubungan dengan itu Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UIN Syarif Hidayatullah Jakarta pada prinsipnya mengizinkan yang bersangkutan melakukan penelitian tersebut.

Demikian surat ini kami sampaikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.



Dekan
D. H. Arif Sumantri, SKM, M. Kes
NIP. 19650808 198803 1 002

Lampiran 3.3 Surat Ijin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, 30 Juni 2015



**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

No : 567 /F.9-UMJ/VI/2015
Lamp :
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth :
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan - UI
Di - Depok

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Ba'da salam semoga kita semua selalu berada dalam lindungan Allah SWT dalam menjalankan tugas sehari-hari, amin.

Menindaklanjuti surat Ibu nomor : 2461 /UN2.F12.D/PDP.04.02/2015, mengenai Permohonan Ijin Penelitian di Fakultas Ilmu Keperawatan UMJ. Bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya dapat mengijinkan kepada mahasiswa :

Nama : Hanny Handiyani
NPM : 1206201012
Judul Penelitian : "Pengembangan Model Perilaku Keselamatan Diri yang Efektif terkait Pencegahan Cedera Jarum Suntik pada mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik."

Demikian hal ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, 30 Juni 2015

Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Jakarta

Dr. Muhammad Hadi, SKM.,M.Kep
Dekan

Program Studi :

Magister Keperawatan : Jl. Cempaka Putih Tengah I No. 1 Jakarta Pusat 10510, Telp/Fax. (021) 42802202
S1 Keperawatan : Jl. Cempaka Putih Tengah I No. 1 Jakarta Pusat 10510, Telp/Fax. (021) 42802202
D III Keperawatan RSII : Jl. Cempaka Putih Tengah I No. 1 Jakarta Pusat 10510, Telp/Fax. (021) 42878669

Lampiran 3.4 Surat Ijin Penelitian dari RSUP Fatmawati, 16 September 2015



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI



Jl. RS, Fatmawati, Cilandak - Jakarta Selatan 12430 Telp 021-7501524, 7666552 (blasting)
 Fax, 021- 7690123, Email: rsupgf@fatmawatihospital.com Website : www.fatmawatihospital.com

Nomor : DM 03.01/II.3/1738/2015
 Lampiran : 1(satu) lembar
 Perihal : Ijin Penelitian

16 September 2015

Yang terhormat,
 Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
 Universitas Indonesia
 Gedung FIK UI, Kampus UI Depok Jawa Barat 16424
 Telp. 021-786 49 120, Fax. 021-786 41 24

Sehubungan dengan surat Saudara Nomor: 2462/UN2.F12.D/PDP.04.02/2015 tanggal 30 April 2015 perihal Permohonan Ijin Penelitian dalam rangka penyusunan Disertasi, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami memberikan ijin kepada mahasiswa:

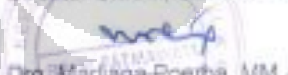
Nama : Hanny Handiyani
 NPM : 1206201012
 Judul : "Pengembangan Model Perilaku Keselamatan Diri Yang Efektif Terkait Pencegahan Cedera Jarum Suntik Pada Mahasiswa Keperawatan Di Wahana Praktik"

untuk melaksanakan kegiatan penelitiannya di lingkungan RSUP Fatmawati, Pembimbing/ Penanggung Jawab Lapangan Triyo Hartono, SKM, MKKK dari Komite K3 RSUP Fatmawati, dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Melunasi biaya penelitian sebesar Rp. 1.300.000,- (satu juta tiga ratus ribu rupiah).
2. Menghubungi Bagian Pendidikan dan Penelitian RSUP Fatmawati untuk proses registrasi dengan membawa bukti setor dan pas photo ukuran 2x3 sebanyak 2 lembar.
3. Mempresentasikan hasil penelitiannya dan menyerahkan 1 (satu) eksemplar buku Hasil Penelitian/ Disertasi ke Bagian Diklat RSUP Fatmawati sebagai referensi penelitian berikutnya.
4. Menyerahkan soft copy resumerabstrak penelitian yang terdiri dari: a. Latar belakang b. Metodologi penelitian c. Hasil Penelitian d. Kesimpulan disusun tidak melebihi 1000 kata.

Demikianlah atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.

Direktur Umum, SDM dan Pendidikan


 Drg. Mariana Poerba, MM
 NIP. 195703101982022001

Tembusan:

1. Direktur Utama RSUP Fatmawati (sebagai laporan)
2. Ka. Komite Etik dan Hukum RSUP Fatmawati
3. Ka. KMMR RSUP Fatmawati
4. Ka. Komite K3 RSUP Fatmawati
5. Ka. Komite PPI RSUP Fatmawati
6. Ka. Komite Keperawatan RSUP Fatmawati
7. Ka. Bidang Pelayanan Keperawatan RSUP Fatmawati
8. Ka. Instalasi SIRS RSUP Fatmawati
9. Ka. IRNA Teratai RSUP Fatmawati
10. Ka. IRNA GPS RSUP Fatmawati
11. Triyo Hartono, SKM, MKKK
12. Yang bersangkutan.

Lampiran 3.5 Surat Keterangan Ijin Penelitian RSUP Fatmawati, 16 September 2015



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
 DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
 RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI



Jl. RS. Fatmawati, Cilandak - Jakarta Selatan 12430 Telp 021-7501524, 7660552 (Hunting)
 Fax, 021- 7690123, Email: rsupf@fatmawatihospital.com Website : www.fatmawatihospital.com

F/040/009/R/00

SURAT KETERANGAN IJIN PENELITIAN

Nomor : DM 03.01/II.3/1639/2015

Yang bertandatangan di bawah ini Direktur Umum, SDM dan Pendidikan RSUP Fatmawati Jakarta, menerangkan bahwa usulan penelitian:

Judul : "Pengembangan Model Perilaku Keselamatan Diri Yang Efektif Terkait Pencegahan Cedera Jarum Suntik Pada Mahasiswa Keperawatan Di Wahana Praktik"

Peneliti : Hanny Handiyani

NPM : 1206201012

Institusi : Program Doktor Ilmu Keperawatan
 Fakultas Ilmu Keperawatan
 Universitas Indonesia

dijinkan untuk dilaksanakan di RSUP Fatmawati Jakarta dengan Pembimbing Penanggung Jawab Lapangan Tryo Hartono, SKM, MKKK dan Komite K3 RSUP Fatmawati.

Demikian keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 16 September 2015
 Direktur Umum, SDM dan Pendidikan

Drg. Mariana Poerba, MM
 NIP. 195703101982022001



Lampiran 3.6 Berita Acara Konsultasi Pakar IPCN RSUP Fatmawati, 24 Juni dan 4 Juli 2015

BERITA ACARA KONSULTASI PAKAR


Pada hari ini, tanggal 24 Juni dan 4 Juli 2015, telah dilaksanakan konsultasi pakar terhadap peserta Program Doktor (S3) Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI):

Nama : Hanny Handiyani
 NPM : 1206201012
 Judul Penelitian : Pengembangan model perilaku keselamatan diri yang efektif pencegahan cedera jarum suntik pada mahasiswa keperawatan di wahana praktik

Berdasarkan hasil konsultasi pakar terkait rencana implementasi penelitian dan video pembelajaran yang telah dibuat, maka ada beberapa masukan yaitu:

- Menyamakan persepsi SPO pencegahan NSI → sesuaikan
- Menyamakan persepsi tentang prinsip pengelolaan benda tajam → sesuaikan
- Menyamakan persepsi tentang teknik *hand hygiene* → sesuaikan dengan WHO
- Perbaiki video sesuai WHO

Jakarta, 4 Juli 2015


 Ns Mirarni
 IPCN RSUP Fatmawati
 Jakarta

Lampiran 3.7 Berita Acara Konsultasi Pakar dari Komite K3 RSUP Fatmawati (Triyo Hartono, SKM, MKKK), 13 November 2015

BERITA ACARA KONSULTASI PAKAR

Pada hari ini, Jum'at tanggal 13 November 2015, telah dilaksanakan konsultasi pakar terhadap peserta Program Doktor (S3) Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI):

Nama	: Hanny Handiyani
NPM	: 1206201012
Judul Penelitian	: Pengembangan model perilaku keselamatan diri yang efektif terkait pencegahan cedera jarum suntik pada mahasiswa keperawatan di wahana praktik

Berdasarkan hasil konsultasi pakar terkait rencana pelaksanaan penelitian dan video pembelajaran yang telah dibuat, maka ada beberapa masukan yaitu:

Pelaksanaan penelitian dikaitkan dengan Pokja terkait dalam akreditasi KARS dan JCI

Video sudah baik, cuma takut salah persepsi yang melihatnya.

- pada video cara melepas sarung tangan, sebaiknya tempat sampah selain bertulis sampah medis juga kantong plastiknya warna kuning
- pada cuci tangan sebaiknya ditambahkan bila menggunakan handal kran air yang panjang dengan ditutup pakai siku
- pada video membuang jarum suntik yang aman, pada tindakan pengambilan darah posisi karet stuwing masih terpasang sebaiknya sudah dibuka/ dikendorkan, kemudian saat membuang jarumnya saja seperti terlihat seakan-akan memisahkan dengan bungkusnya

Jakarta, 13 November 2015



Triyo Hartono, SKM, MKKK
Pembimbing/ PJ Lapangan dari
Komite K3 RSUP Fatmawati
Jakarta

Lampiran 4. Panduan, Instrumen, dan Lembar Persetujuan FGD Pembimbing Klinik

PANDUAN *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD) PERAN PEMBIMBING KLINIK DALAM PENCEGAHAN *NEEDLE-STICK INJURY* (NSI) PADA MAHASISWA KEPERAWATAN DI RS

Hanny Handiyani, NPM 1206201012

Pembimbing: Prof. Dr. dr. L. Meily Kurniawidjaja, M.Sc., Sp.Ok.,
Dewi Irawaty, PhD, dan Dr. dra. Rita Damayanti, MSPH

Pendahuluan

Mahasiswa keperawatan yang praktik di rumah sakit (RS) sebagai kelompok yang rentan terpapar infeksi memerlukan upaya perlindungan yang sistematis baik upaya dari institusi pendidikan maupun dari wahana praktiknya. Perlindungan tersebut penting mengingat masih tingginya angka insiden tertusuk jarum suntik/ *needlestick injury* (NSI) pada mahasiswa khususnya mahasiswa keperawatan, yaitu 9.4-61.9% (Hambridge, 2011). Data pada mahasiswa salah satu institusi pendidikan keperawatan adalah pada angkatan 2009 ada 19.64% dan angkatan 2010 ada 19.33% (Handiyani & Keliat, 2012). Insiden NSI pada tahun 2014 ini juga masih terjadi terutama saat dinas sore malam atau hari Sabtu, di mana tak ada pembimbing. Upaya melindungi dapat dilakukan melalui berbagai intervensi.

Literature review merekomendasikan berbagai intervensi untuk mencegah NSI pada mahasiswa. Intervensi sesuai hampir 103 literatur dari 29 negara yang telah ditelaah peneliti dan terbukti efektif menurunkan NSI 22-100% adalah kewaspadaan individu, penggunaan alat dengan tepat, kejelasan SOP & kebijakan terkait NSI, penyediaan sarana (*sharp container*, alat pelindung jarum dll), edukasi/ program pelatihan, *role model* pembimbing, supervisi, dan analisis biaya. Intervensi hasil literatur tersebut perlu didukung dengan data nyata di wahana praktik RS.

Intervensi yang akan dioperasionalkan pada RS ini tentunya harus disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan RS. FGD berupa diskusi kelompok terarah dari berbagai partisipan yang terkait ini dilakukan agar didapatkannya jenis intervensi dan langkah-langkah operasional yang tepat untuk mengimplementasikan upaya pencegahan NSI di RS. Panduan ini berisi acuan fasilitator (moderator) dalam melaksanakan FGD mulai dari pendahuluan, persiapan (tujuan dan strategi), tahap pelaksanaan, evaluasi, rencana analisis data FGD, dan penutup.

Persiapan

Tujuan umum diskusi kelompok terarah (FGD) ini adalah agar teridentifikasinya upaya/ intervensi sistematis dalam pencegahan NSI pada mahasiswa keperawatan di RS.

Tujuan khusus FGD ini adalah agar teridentifikasinya gambaran detail tentang:

1. Pengalaman membimbing mahasiswa di RS
2. Kendala dan upaya mengatasi kendala selama bimbingan
3. Upaya saat ini untuk menjamin praktik yang aman dan pencegahan NSI pada mahasiswa keperawatan

Daftar Pertanyaan yang Diajukan

1. Bagaimana pengalaman Ibu dan Bapak dalam membimbing mahasiswa di RS?
2. Apa saja kendala dan upaya mengatasi kendala selama bimbingan
3. Bagaimana RS dan saudara menjamin praktik yang aman dan mencegah NSI pada mahasiswa keperawatan selama ini?

Strategi

1. Partisipan/ narasumber pada kegiatan diskusi kelompok terarah (FGD)
2. Tim FGD: Fasilitator (peneliti) dan sekretaris (2 orang)
3. FGD dilaksanakan selama 60-90 menit. Posisi duduk membentuk lingkaran.
4. Sarana: undangan, ruang diskusi, *recorder*, catatan, konsumsi, presensi, *informed consent*.
5. **Strategi interaksi dalam FGD** meliputi tanya jawab/ diskusi kelompok terarah tentang upaya/ pencegahan NSI. Fasilitator akan menyampaikan satu pertanyaan dan setiap narasumber menanggapi pertanyaan secara lengkap hingga mencapai kesepakatan. Jika satu pertanyaan selesai didiskusikan baru beranjak ke pertanyaan kedua. Begitu seterusnya hingga pertanyaan keenam. FGD diakhiri kesepakatan dari setiap pertanyaan.

Tahapan Pelaksanaan Kegiatan

Tahap	Kegiatan Fasilitator	Kegiatan Partisipan
Prainteraksi H-3	Kontrak waktu kegiatan. Persiapan sarana FGD	Menerima undangan dan melakukan konfirmasi kehadiran
Orientari (Tahap 1: <i>the warming-up</i>) Hari H 15 menit	Pembukaan, menyampaikan salam, ucapan terima kasih atas kehadiran narasumber; memperkenalkan tim FGD; menyampaikan latar belakang, tujuan, dan harapan mendapat jawaban terbuka; strategi interaksi dalam FGD; serta kontrak waktu kegiatan FGD. Menyampaikan bahwa proses diskusi direkam untuk kepentingan penelitian (dirahasiakan)	Menjawab salam, memperkenalkan diri (nama & ruang kerja), menyepakati tujuan dan waktu pelaksanaan FGD, menandatangani daftar hadir dan <i>informed consent</i> (lembaran terlampir)
Interaksi (Tahap 2: <i>the body of the in-depth, focused discussion</i>) 60 menit	Pelaksanaan FGD sesuai strategi interaksi FGD. Memberikan kesempatan pada narasumber memberikan informasi sebanyak-banyaknya & menyatakan bahwa tak ada jawaban yang benar atau salah.	Aktif menanggapi pertanyaan
Terminasi (Tahap 3: <i>Closure of the group</i>) 15 menit	Evaluasi pencapaian tujuan FGD. Menanyakan apakah ada hal terkait yang belum didiskusikan. Bersama narasumber menyimpulkan hasil FGD dan menyepakati rencana tindak lanjut FGD. Mengucapkan salam dan terima kasih.	Menyimpulkan hasil FGD dan menyepakati rencana tindak lanjut kegiatan pencegahan NSI pada mahasiswa keperawatan di wahana praktik RS
Setelah FGD	Fasilitator & sekretaris mengevaluasi FGD sesuai form dan mendiskusikan impresi selama diskusi dan simpulan diskusi	Merencanakan persiapan intervensi

Evaluasi FGD (Debus, 1989)

- *Set up*: kualifikasi partisipan terpenuhi, besar kelompok FGD memadai, bebas gangguan/ interupsi, lamanya FGD memadai, dan tujuan terpenuhi
- Fasilitator: persiapan dan cara memimpin diskusi baik
- Struktur diskusi kelompok: sesuai alur
- Rencana tindak lanjut jelas
- Keterbatasan FGD

Rencana Analisis Data: Content Analysis**Partisipan 1 (P1)**

Q/A	Pernyataan (unit analisis)	Kata Kunci	Subkategori	Kategori
Q1	Bagaimana RS dan saudara mencegah NSI pada mahasiswa keperawatan selama ini?			
A1				

Partisipan/ Narasumber	Pertanyaan & Jawaban Partisipan (Kata Kunci Ditandai)	Kategorik	Tema & Sub-tema

Penutup

Demikianlan panduan ini disusun. Semoga menjadi acuan FGD sehingga menghasilkan luaran yang lebih optimal

Kepustakaan

- Debus, M. (1989). *Methodological review: A handbook for excellence in FG research* (p. 55). Washington, DC: Academic for Educational Development Healthcom.
- Hambridge, K. (2011). Needlestick and sharps injuries in the nursing student population. *Nursing Standard*, 25(27), 38–45.
- Handiyani, H., & Keliat, B. A. (2012). *The improvement of knowledge and skill related to self-protection from infection on elementary school students by applying biological safety programme*. Chiang Mai: The Fourth International Nursing Conference: Working Together for Health Security Commitee.

PENJELASAN FGD

Kepada Yth.
Bapak/Ibu/Sdr/I
di tempat

Sehubungan dengan program implementasi penelitian disertasi saya, maka saya:

Nama : Hanny Handiyani, S.Kep., MKep (NPM 1206201012)
Mahasiswa : Program Doktor Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Alamat : Kampus FIK-UI Depok, Jln. Akses UI Depok, Jawa Barat 16424
No telpon : 08129618072

bermaksud melakukan penelitian berjudul “Pengembangan Model Perilaku Keselamatan Diri yang Efektif terkait Pencegahan Cedera Jarum Suntik pada Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik”. Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model pencegahan cedera jarum suntik pada mahasiswa keperawatan.

Pemilihan partisipan dalam penelitian ini didasarkan pada pengalaman partisipan dalam mengelola mahasiswa keperawatan yang praktik di wahana praktik. Apabila partisipan memutuskan untuk tidak terlibat dalam penelitian ini, maka partisipan boleh mengundurkan diri dari penelitian kapan pun.

Penelitian ini tidak membahayakan dan tidak akan menimbulkan kerugian bagi partisipan. Peneliti akan menggunakan *focus group discussion* untuk mengeksplorasi pendapat partisipan tentang intervensi mencegah cedera jarum suntik pada mahasiswa. Diskusi akan berlangsung selama 60-90 menit dan selama diskusi berlangsung akan dilakukan perekaman.

Hasil dari penelitian ini akan bermanfaat sebagai pengembangan panduan pencegahan cedera jarum suntik. Peneliti akan menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, identitas partisipan tidak akan dicantumkan oleh peneliti (menggunakan koding) baik dalam pelaporan maupun publikasi. Data yang didapatkan akan disimpan dengan pengamanan dan akses terbatas hanya untuk peneliti. Hasil dari penelitian ini akan dipublikasikan agar dapat ditindaklanjuti pada kalangan yang lebih luas. Penelitian ini akan dipublikasikan di Jurnal Ilmiah.

Depok, Mei 2015
Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN FGD

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan telah mendapatkan penjelasan penelitian tentang “Model Perilaku Keselamatan Diri yang Efektif terkait Pencegahan Cedera Jarum Suntik pada Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik”. Saya memahami pelaksanaan penelitian dan tujuan penelitian yang akan berdampak terhadap keselamatan mahasiswa.

Saya mengetahui dengan sadar bahwa tidak ada risiko yang saya alami dengan ikut menjadi partisipan dalam penelitian dan saya telah mendapat informasi tentang jaminan kerahasiaan informasi yang saya berikan. Saya menyatakan bersedia menjadi partisipan dalam penelitian tentang “Model Perilaku Keselamatan Diri yang Efektif terkait Pencegahan Cedera Jarum Suntik pada Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik”.

Peneliti,

Jakarta,2015
Partisipan,

Hanny Handiyani, S.Kep., MKep

.....

Universitas Indonesia

Lampiran 5. Kisi-kisi Instrumen dan Instrumen Penelitian
Pengetahuan, Sikap, Intensi Perilaku

Aspek	No Soal Pengetahuan		No Soal Sikap		No Soal Intensi	
	Positif	Negatif	Positif	Negatif	Positif	Negatif
Pencegahan CJS sebelum ke pasien: penyebab CJS, dampak CJS, persiapan <i>sharp container</i>	1,2,3, 9, 10, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22	-	3	1, 2, 16, 17	3, 4, 5, 6, 7, 11, 12	-
Pencegahan CJS saat di pasien: Insersi, menutup (<i>one hand recapping</i>), membuang tanpa menutup	11, 12, 6	-	4, 5, 7, 6, 8, 9, 10		1, 2, 8, 9, 10	-
Pencegahan Pascatertusuk jarum	4, 5, 7, 8, 16, 17, 18, 23, 24	-	11, 15, 18, 20	12, 13, 14, 19	13, 14, 15, 16	-
Jumlah Soal	24 soal		20 soal		16 soal	

Tingkat Health Literacy (HL)

Aspek	Domain Kemampuan	No Soal
10.	Memiliki perasaan didukung dan dipahami oleh pelayanan kesehatan (<i>feeling understood and supported by healthcare providers</i>)	HLQ 1-4
11.	Memiliki cukup informasi untuk mengatur kesehatan diri (<i>having sufficient information to manage my health</i>)	HLQ 5-8
12.	Mengatur kesehatan diri secara aktif (<i>actively managing my health</i>)	HLQ 9-13
13.	Mendapat dukungan sosial untuk kesehatan (<i>social support for health</i>)	HLQ 14-18
14.	Memiliki kemampuan menilai informasi kesehatan (<i>appraisal of health information</i>)	HLQ 19-23
15.	Memiliki kemampuan aktif berhubungan dengan pelayanan kesehatan (<i>ability to actively engagement with healthcare providers</i>)	HLP 1-5
16.	Memiliki navigasi sistem pelayanan kesehatan (<i>navigating the healthcare system</i>)	HLP 6-11
17.	Memiliki kemampuan untuk menemukan informasi kesehatan yang baik (<i>ability to find good health information</i>)	HLP 12-16
18.	Memiliki informasi kesehatan yang cukup baik untuk mengetahui hal yang harus dilakukan (<i>understanding health information well enough to know what to do</i>)	HLP 17-21

**Lembar Penjelasan Penelitian dan Persetujuan Penelitian untuk Kelompok Intervensi
Biodata dan Persetujuan Pembimbing Klinik**

Nama	:	
Tempat, Tanggal Lahir	:	
Nomor HP (WA)	:	
Alamat Email	:	
Level PK	:	
CI pada Ruangan	:	
Fokus Keahlian CI	:	Keperawatan Sistem
Pengalaman saya tertusuk jarum suntik (Pernah/ Tidak, berapa kali, tahun berapa)	:	
Pengalaman sebagai CI	: tahun
Metode bimbingan klinik yang biasa saya gunakan saat membimbing	:	
Pengalaman mendapatkan mahasiswa tertusuk jarum suntik (Pernah/ Tidak, jelaskan saat aktifitas apa & penyebabnya)	:	
Tindakan CI saat itu/ saat menemukan mahasiswa tertusuk jarum suntik	:	
Upaya yang dilakukan saya sebagai CI dalam mencegah mahasiswa tertusuk jarum di wahana praktik	:	
APD yang harus dipakai untuk mencegah cedera jarum suntik	:	
Contoh pesan/nasehat yang disampaikan pada mahasiswa terkait upaya mencegah tertusuk jarum suntik	:	

Saya bersedia menjadi CI yang membimbing mahasiswa FIK-UI. Data dari biodata ini boleh diolah untuk kepentingan penelitian sesuai judul di atas dengan tidak menyebutkan identitas pengisi biodata ini.

Selasa, 22 September 2015
Tanda Tangan CI

(.....)

Universitas Indonesia

Kuesioner Untuk Mahasiswa Profesi Keperawatan

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth. Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik
 Peneliti, Hanny Handiyani (HP 08129618072) beralamat di Fakultas Ilmu Keperawatan-
 Universitas Indonesia Depok, Jl. Prof. Dr. Bahder Djohan, Kampus UI Depok, 16424,
 bermaksud meneliti "Pengembangan Model Perilaku Keselamatan Diri yang Efektif terkait
 Pencegahan Cedera Jarum Suntik (CJS) pada Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik".
 Model akan digunakan di wahana praktik, baik di rumah sakit maupun komunitas.

Peneliti menggunakan kuesioner untuk menggali kemampuan saudara sebagai mahasiswa
 keperawatan dalam menjaga keselamatan diri dari CJS. Pengambilan data akan dilakukan dua
 kali dengan selang waktu tertentu. Apabila mahasiswa keperawatan memutuskan untuk tidak
 terlibat dalam penelitian ini, maka mahasiswa keperawatan boleh mengundurkan diri dari
 penelitian kapan pun. Penelitian ini tidak membahayakan dan tidak akan menimbulkan
 kerugian bagi mahasiswa keperawatan.

Peneliti akan menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, identitas mahasiswa keperawatan
 tidak akan dicantumkan oleh peneliti (akan menggunakan kode). Data yang diperoleh hanya
 akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Penelitian ini mempunyai manfaat langsung
 bagi mahasiswa keperawatan yaitu meningkatkan kesadaran mahasiswa keperawatan akan
 keselamatan diri dari CJS selama praktik di wahana praktik.

Demikian penjelasan penelitian yang peneliti sampaikan. Atas perhatiannya diucapkan terima
 kasih.

Depok, 2015
 Peneliti

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan telah memahami penjelasan penelitian
 tentang "Pengembangan Model Perilaku Keselamatan Diri yang Efektif terkait Pencegahan
 Cedera Jarum Suntik (CJS) pada Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik." Saya
 memahami pelaksanaan penelitian dan tujuan penelitian yang akan berdampak terhadap
 peningkatan keselamatan mahasiswa keperawatan di wahana praktik.

Saya mengetahui dengan sadar bahwa tidak ada risiko yang saya alami dengan ikut menjadi
 responden dalam penelitian dan saya telah mendapat informasi tentang jaminan kerahasiaan
 informasi yang saya berikan. Saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian
 ini.

Mengetahui
 Hanny Handiyani

Jakarta, tanggal

Responden

ttd

Nama: NPM: No HP:

Saat ini sedang praktik profesi di ruang:

Saat ini praktik profesi minggu ke berapa?:

Tuliskan ruangan di RS Fatmawati yang pernah jadi

tempat praktik:

.....

Universitas Indonesia

Kuesioner A: Pengalaman Tertusuk Jarum/ Benda Tajam Mahasiswa Keperawatan

Isilah titik-titik & beri tanda v di kotak pilihan sesuai dengan kondisimu saat praktik profesi

Inisial Nama: Pria/ Wanita (lingkari) Tempat, Tanggal Lahir:,.....

Tanggal awal praktik profesi : Reguler/ Ekstensi (lingkari)

Pengalaman tertusuk jarum/ benda tajam yang saya alami adalah:

- Pengalaman tertusuk jarum atau benda tajam selama praktik profesi:
 - Pernah tertusuk Nyaris tertusuk Tidak pernah tertusuk
- Jika pernah atau nyaris pernah, frekuensinya:
 - Pernah tertusuk: 1 kali > 1 kali yaitu: kali
 - Nyaris tertusuk: 1 kali > 1 kali yaitu: kali
- Jika pernah atau nyaris tertusuk, kondisi yang saya alami saat itu adalah:

Penyebab tertusuk/nyaris :

Jenis jarum/ benda tajam : Jarum suntik Lainnya:

Kondisi jarum : Baru Bekas dipakai pasien

Sedang didampingi : Tidak Ya (lingkari pembimbing/ CI/ teman)

Melaporkan kejadian : Tidak Ya, ke mana:

Tindakan pertama saat tertusuk: Tidak Ada Ada, yaitu:
- Melakukan vaksinasi sebelum/ selama profesi:
 - Tidak Ya, yaitu vaksinasi: Kapan:

Terima kasih atas kesediaannya. Selamat profesi...

Kuesioner B: Pengetahuan Pencegahan CJS

Jawablah pertanyaan berikut ini: Beri tanda silang (X) pada jawaban yang tepat.

1. Penyebab tersering cedera/ tertusuk jarum suntik, adalah:
 - A. Jarum tertinggal di tempat tidur
 - B. Salah membuang jarum suntik
 - C. *Onehand recapping*
 - D. Alat yang rusak
 - E. Jarum terinjak
2. Kanker hati dapat terjadi karena tertusuk jarum suntik bekas pakai pasien:
 - A. HIV
 - B. Hepatitis B
 - C. Hepatitis C
 - D. Leukimia
 - E. Sirosis hati
3. Transplantasi hati harus dilakukan jika tertusuk jarum suntik bekas pakai pasien:
 - A. HIV
 - B. Hepatitis B
 - C. Hepatitis C
 - D. Leukimia
 - E. Sirosis hati
4. Hal yang dilakukan pertama kali ketika tertusuk adalah:
 - A. Melapor
 - B. Vaksinasi
 - C. Mencuci luka di air mengalir
 - D. Melakukan manajemen PEP
 - E. Melakukan uji laboratorium
5. Cara membersihkan tangan pascaterpapaj jarum suntik, adalah:
 - A. Hanya dengan air mengalir selama 1 menit
 - B. Menggunakan air mengalir selama maksimal 30 detik
 - C. Menggunakan air mengalir sambil ditekan selama 1 menit
 - D. Memakai sabun di air mengalir dengan ditekan selama 1 menit

- E. Menggunakan air mengalir dengan ditekan selama maksimal 30 detik
6. Cara membuang jarum suntik yang benar adalah:
- Jika memberi obat melalui selang infus, jarum suntik dibuang ke kontainer benda tajam bersatu dengan *barrel* dan *plunger*-nya
 - Jika menyuntik intravena, jarum dibuang langsung ke kontainer benda tajam tanpa ditutup
 - Jika menyuntik intramuskular, jarum ditutup dulu baru dibuang di kontainer benda tajam
 - Jika menyuntik subkutan, jarum ditutup dulu baru dibuang di kontainer benda tajam
 - Jika mengambil darah, jarum dibuang ke kontainer benda tajam
7. Intervensi yang bertujuan sebagai perawatan pascapajanan patogen disebut:
- Manthoux*
 - Cross Test*
 - Prophylaxis*
 - Screening test*
 - Medical Check Up*
8. Kapan maksimal individu yang mengalami cedera jarum suntik harus ditindaklanjuti?
- 24 jam pasca terpajan
 - 36 jam pasca terpajan
 - 48 jam pasca terpajan
 - 64 jam pasca terpajan
 - 72 jam pasca terpajan
9. Manfaat melakukan vaksinasi hepatitis B adalah:
- Memiliki daya tahan tubuh yang kuat terhadap hepatitis C
 - Tidak dapat terkena pajanan HIV dan Hepatitis B
 - Memiliki daya tahan untuk terpajan tetanus
 - Tindakan pencegahan bagi virus hepatitis B
 - Tindakan pencegahan untuk hepatitis C
10. Kapan kontainer benda tajam tidak boleh diisi jarum suntik lagi?
- Saat terisi 3/4 bagian kontainer
 - Saat terisi 4/3 bagian kontainer
 - Saat terisi 2/3 bagian kontainer
 - Saat terisi 5/6 bagian kontainer
 - Saat terisi penuh bagian kontainer
11. Salah satu cara menggunakan jarum yang baik adalah:
- Jarum suntik ditutup dahulu dengan 2 tangan jika jarum akan digunakan kembali
 - Saat menyuntik melalui infus, jarum suntik & tutupnya dibuang terpisah dengan spuitnya
 - Saat menyuntik IM, jarum suntik ditutup dulu baru dibuang
 - Saat mengambil darah, jarum dan spuit dibuang secara terpisah
 - Jarum suntik yang agak bengkok dapat diluruskan dengan tutup jarum suntik
12. Cara yang kurang tepat dalam menekan perforasi perkutan adalah:
- Penggunaan sarung tangan 2 lapis
 - Penggunaan jarum yang tumpul
 - Penggunaan jarum yang tajam
 - Teknik “*No Touch*”
 - Needless IV*
13. Peluang terpajan HIV melalui cedera jarum suntik adalah:
- 0,3%
 - 30%
 - 10%
 - 3%

- E. 4%
14. Peluang untuk terpajan HBV melalui cedera jarum suntik adalah:
- A. 0,3%
 - B. 30%
 - C. 10%
 - D. 3%
 - E. 4%
15. Peluang untuk terpajan HCV melalui cedera jarum suntik adalah:
- A. 0,3%
 - B. 30%
 - C. 10%
 - D. 3%
 - E. 4%
16. Perawatan yang tepat bagi individu setelah penanganan cedera jarum suntik adalah:
- A. Tes laboratorium walau tertusuk jarum pasien yang tidak terinfeksi
 - B. Tes ulang HIV setelah setahun terpapar
 - C. Profilaksis selama 3 hari
 - D. Pemantauan minum obat
 - E. Dukungan psikososial
17. Apakah yang harus dilakukan perawat apabila menemukan ada yang terdeteksi terpajan Virus Hepatitis C karena tertusuk jarum suntik?
- A. Memberikan konseling
 - B. Menyarankan vaksinasi
 - C. Melakukan tes laboratorium
 - D. Rujuk ke pelayanan kesehatan
 - E. Mengingatkan perawat lain agar lebih berhati-hati
18. Strategi yang kemungkinan dapat diimplementasikan pada negara berkembang adalah:
- A. Memberikan edukasi mengenai cedera jarum suntik
 - B. Melakukan PEP kepada setiap tenaga kesehatan
 - C. Penyediaan *safe needle* dalam jumlah besar
 - D. Mengadakan pelatihan dan vaksinasi
 - E. Melakukan vaksinasi
19. Apakah efek jangka panjang cedera jarum suntik bekas pakai pasien yang mengalami HIV?
- A. Penyakit oportunistis
 - B. Kanker hati
 - C. Kanker Paru
 - D. Sirosis Hepatis
 - E. Hepatoselular Karsinoma
20. Takut, stres, dan depresi merupakan dampak dari cedera jarum suntik
- A. Fisik
 - B. Sosial
 - C. Ekonomi
 - D. Manajemen
 - E. Psikologis
21. Jenis jarum yang sering menjadi penyebab cedera jarum suntik adalah....
- A. *Wing needle*
 - B. *IV Needless*
 - D. *Srynge needle*

- C. *Finger stick* E. *Butterfly needle*
22. Pencegahan cedera jarum suntik dilakukan dengan menggunakan
- Vaksinasi pascaterpapar
 - Sarung tangan satu lapis
 - Profilaksis pascaterpapar
 - Penggunaan jarum suntik dengan cara yang tepat
 - Penggunaan kontainer benda tajam walau hampir penuh
23. PEP merupakan akronim dari...
- Pre Exposure Prophylaxis*
 - Post Exposure Prophylaxis*
 - Prophylaxis Education Program*
 - Physical Examination Program*
 - Prevention Education Program*
24. Seorang perawat diketahui tak sengaja tertusuk jarum suntik ketika telah melakukan pengambilan darah kepada pasien. (1) Melakukan pelaporan (2) Mencuci tangan (3) Melakukan PEP (4) Melakukan pengkajian risiko (5) Melakukan *follow up*. Bagaimanakan urutan yang tepat dalam penanganan cedera jarum suntik....
- 1-2-3-4-5
 - 2-1-3-4-5
 - 2-1-4-3-5
 - 1-2-4-3-5
 - 1-4-2-3-5

Kuesioner C: Sikap terhadap Pencegahan CJS

Mohon Saudara kerjakan dengan cermat: Contreng (✓) yang sesuai dengan Saudara.

No.	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Cukup Tidak Setuju	Biasa saja	Cukup Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1.	Saya tidak suka bekerja menggunakan jarum suntik							
2.	Saya takut saat bekerja menggunakan jarum suntik							
3.	Saya memastikan jarum tidak kendor sebelum membuka jarum suntik							
4.	Saya tidak akan menutup kembali jarum suntik bekas pakai							
5.	Saya hanya akan melakukan <i>one hand recapping</i> pada jarum suntik yang akan digunakan kembali untuk pemeriksaan selanjutnya							
6.	Saya melakukan <i>re-caping</i> jarum suntik jika jarum akan digunakan kembali							
7.	Saya tidak akan meninggalkan jarum suntik di tempat tidur pasien							
8.	Saya tidak akan meninggalkan jarum suntik pada meja <i>trolley</i>							
9.	Saya membuang jarum bekas pakai hanya pada <i>sharp container</i>							
10.	Saya tidak akan membuang jarum suntik bekas pakai pada <i>sharp container</i> yang hampir penuh jarum							
11.	Saya segera membersihkan tangan di air mengalir jika tertusuk jarum suntik							
12.	Saya malu melaporkan jika saya tertusuk jarum							
13.	Saya takut ketahuan jika saya tertusuk jarum suntik							
14.	Saya pasrah jika tertusuk jarum suntik							
15.	Saya senang jika bekerja dengan jarum suntik							

No.	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Cukup Tidak Setuju	Biasa saja	Cukup Setuju	Setuju	Sangat Setuju
16.	Saya biasa saja menyuntik tanpa mempersiapkan <i>sharp container</i>							
17.	Saya merasa repot kalau mempersiapkan <i>sharp container</i> dahulu sebelum menyuntik							
18.	Saya menganggap melaporkan diri saat tertusuk jarum merupakan suatu keharusan							
19.	Saya perlu menekan daerah sekitar luka jarum suntik untuk mengeluarkan darah bekas tertusuk jarum agar tidak tertular							
20.	Saya perlu mendapat vaksinasi untuk mencegah penyakit karena tertusuk jarum suntik							

Kuesioner D: Intensi Perilaku Pencegahan CJS

Mohon Saudara kerjakan dengan cermat: Contreng (✓) yang sesuai dengan Saudara.

No.	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Cukup Tidak Setuju	Biasa saja	Cukup Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1.	Saya mulai hari ini tidak akan menutup kembali jarum suntik bekas pakai							
2.	Saya sejak saat ini hanya akan melakukan <i>one hand recapping</i> pada jarum suntik yang akan digunakan kembali untuk pemeriksaan selanjutnya							
3.	Saya tidak akan meninggalkan jarum suntik di tempat tidur pasien							
4.	Saya tidak akan meninggalkan jarum suntik pada meja <i>trolley</i>							
5.	Saya sejak saat ini pasti akan membuang jarum bekas pakai hanya pada <i>sharp container</i>							
6.	Saya tidak akan membuang jarum suntik bekas pakai pada <i>sharp container</i> yang hampir penuh jarum							
7.	Saya pasti mempersiapkan <i>sharp container</i> sebelum menyuntik pasien							
8.	Saya pasti langsung membuang jarum suntik ke <i>sharp container</i> tanpa ditutup saat selesai menyuntik intra vena							
9.	Saya pasti langsung membuang jarum infus ke <i>sharp container</i> tanpa ditutup saat selesai memasang infus pasien							
10.	Saya tidak akan menutup jarum suntik menggunakan dua tangan							
11.	Saya tidak akan mulai menyuntik jika <i>sharp container</i> tidak tersedia di dekat saya							
12.	Saya akan mengupayakan mencari <i>sharp container</i> baru jika yang lama hampir penuh							
13.	Saya wajib melapor jika tertusuk jarum suntik							
14.	Saya tidak akan malu melaporkan diri jika tertusuk jarum suntik							
15.	Saya segera membersihkan tangan di air mengalir saat tertusuk jarum							
16.	Saya akan patuh minum obat profilaksis jika tertusuk jarum suntik							

Kuesioner E: Melek Kesehatan. Kami ingin mengetahui bagaimana Anda menemukan, mengerti, dan menggunakan informasi kesehatan serta menangani kesehatannya, serta hubungan Anda dengan tenaga kesehatan (dokter, perawat, ahli fisioterapi, ahli gizi, tenaga kesehatan lain).

Pilihlah satu kotak sesuai pendapat Saudara dengan memberi tanda silang (X)

No	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1.	Paling sedikit saya punya satu tenaga kesehatan yang mengenal saya dengan baik				
2.	Paling tidak saya punya satu tenaga kesehatan tempat saya membicarakan masalah kesehatan saya				
3.	Saya punya tenaga kesehatan yang dapat membantu saya saat saya perlu memutuskan apa yang harus saya lakukan				
4.	Paling tidak, saya punya satu tenaga kesehatan yang dapat saya andalkan				
5.	Saya rasa, saya mempunyai informasi yang baik tentang kesehatan				
6.	Saya mempunyai cukup informasi untuk menangani masalah kesehatan saya				
7.	Saya yakin mempunyai semua informasi yang diperlukan untuk dapat memelihara kesehatan saya dengan baik				
8.	Saya mempunyai semua informasi yang saya perlukan untuk menjaga kesehatan saya				
9.	Saya menggunakan cukup banyak waktu untuk dengan aktif memelihara kesehatan saya				
10.	Saya merencanakan apa yang perlu saya lakukan supaya sehat				
11.	Walaupun saya sibuk, saya menyediakan waktu untuk menjaga kesehatan saya				
12.	Saya menetapkan target saya sendiri untuk kesehatan saya				
13.	Ada beberapa hal yang saya lakukan secara teratur untuk membuat diri saya lebih sehat				
14.	Saya bisa menghubungi orang yang mengerti dan mendukung saya				
15.	Ketika saya merasa sakit, orang-orang di sekeliling saya benar-benar memahami apa yang sedang saya hadapi				
16.	Jika saya membutuhkan bantuan, saya memiliki banyak orang yang dapat saya andalkan				
17.	Saya mempunyai paling tidak satu orang yang bisa menemani saya ke dokter				
18.	Saya memiliki dukungan kuat dari keluarga atau teman				
19.	Saya membandingkan informasi kesehatan dari sumber yang berbeda-beda				
20.	Bila saya mendapatkan informasi baru tentang kesehatan, saya mencari tahu apakah hal itu benar atau tidak				
21.	Saya selalu membandingkan informasi kesehatan dari sumber yang berbeda-beda lalu memutuskan apa yang terbaik buat saya				
22.	Saya tahu bagaimana cara menentukan apakah informasi kesehatan yang saya terima benar atau tidak				
23.	Saya bertanya kepada tenaga kesehatan tentang kualitas informasi kesehatan yang saya dapatkan				

No	Pernyataan	Selalu Sulit	Biasanya Sulit	Kadang-kadang Sulit	Biasanya Mudah	Selalu Mudah
1.	Memastikan bahwa tenaga kesehatan mengerti masalah Anda dengan baik/ tepat					
2.	Merasa dapat dalam membicarakan masalah kesehatan Anda dengan tenaga kesehatan					

3.	Membicarakan masalah kesehatan Anda secara memuaskan dengan dokter					
4.	Membicarakan segala hal dengan tenaga kesehatan sampai Anda mengerti semua yang diperlukan					
5.	Bertanya pada petugas kesehatan untuk mendapatkan informasi yang Anda butuhkan					
6.	Menemukan pelayanan kesehatan yang tepat					
7.	Dapat menemui tenaga kesehatan yang Anda butuhkan					
8.	Memutuskan tenaga kesehatan yang mana yang harus Anda temui					
9.	Memastikan Anda menemukan tempat yang tepat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperlukan					
10.	Mencari tahu pelayanan kesehatan yang menjadi hak Anda					
11.	Menentukan pelayanan apa yang paling baik bagi Anda					
12.	Menemukan informasi tentang masalah kesehatan					
13.	Menemukan informasi kesehatan dari beberapa sumber yang berbeda					
14.	Menemukan informasi kesehatan terkini sehingga informasi yang Anda miliki adalah yang terbaik					
15.	Mendapatkan informasi kesehatan dengan istilah yang Anda mengerti					
16.	Menemukan sendiri informasi kesehatan yang dibutuhkan					
17.	Yakin mampu mengisi formulir kesehatan dengan benar					
18.	Mengikuti petunjuk tenaga kesehatan dengan tepat					
19.	Membaca & mengerti informasi tertulis tentang kesehatan					
20.	Membaca & mengerti semua informasi yang tertulis di kemasan obat					
21.	Mengerti apa yang diminta petugas kesehatan					

-Mohon pastikan seluruh isian telah diisi lengkap. Terima Kasih-

Nama Mhs: Profesi di Ruang Rawat:

Evaluasi Diri (Self Reporting)**Perilaku Pencegahan Cedera Jarum Suntik pada Mahasiswa Keperawatan di Wahana Praktik****Petunjuk:** Berilah tanda (V) jika anda melakukan aktifitas pada kolom di bawah ini kecuali soal nomor 1 diisi dengan menggunakan angka.

No.	Pernyataan	Sept 2105			Okt 2015 Mg1			Okt 2015 Minggu ke-2						Okt 2015 Minggu ke-3					
		28	29	30	1	2	3	5	6	7	8	9	10	12	13	14	15	16	17
	Kegiatan menggunakan jarum suntik saya hari ini																		
1.	Saya menggunakan jarum suntik/ infus sebanyak .../.... kali/../../../../../../../../../../../../../../../../../..
2.	Saya tidak tertusuk jarum																		
3.	Saya nyaris tertusuk jarum																		
4.	Saya membuka jarum suntik dengan <i>one hand</i>																		
5.	Saya menutup jarum suntik dengan <i>one hand re-caping</i>																		
6.	Saya membuang jarum suntik bekas ambil darah tanpa ditutup																		
7.	Saya membiarkan jarum suntik bekas pakai di atas <i>trolley</i>																		
8.	Saya membuang jarum suntik di <i>sharp container</i>																		
9.	<i>Sharp container</i> anti bocor dan anti tembus tersedia																		
10.	<i>Sharp container</i> tidak melebihi 3/4 atau 2/3 penuh																		
11.	Saya menerima <i>reminder</i> pencegahan cedera jarum suntik/NSI																		
12.	Saya mengingatkan teman agar tercegah dari tertusuk jarum suntik																		

No.	Pernyataan	Okt 2015 Minggu ke-4						Okt 2015 Minggu ke-5						Nov 2015 Minggu ke-1						
		19	20	21	22	23	24	26	27	28	28	30	31	2	3	4	5	6	7	
	Kegiatan menggunakan jarum suntik saya hari ini																			
1.	Saya menggunakan jarum suntik/ infus sebanyak .../.... kali/../../../../../../../../../../../../../../../../../..	
2.	Saya tidak tertusuk jarum																			
3.	Saya nyaris tertusuk jarum																			
4.	Saya membuka jarum suntik dengan <i>one hand</i>																			
5.	Saya menutup jarum suntik dengan <i>one hand re-caping</i>																			
6.	Saya membuang jarum suntik bekas ambil darah tanpa ditutup																			
7.	Saya membiarkan jarum suntik bekas pakai di atas <i>trolley</i>																			
8.	Saya membuang jarum suntik di <i>sharp container</i>																			
9.	<i>Sharp container</i> anti bocor dan anti tembus tersedia																			
10.	<i>Sharp container</i> tidak melebihi 3/4 atau 2/3 penuh																			
11.	Saya menerima <i>reminder</i> pencegahan cedera jarum suntik/NSI																			
12.	Saya mengingatkan teman agar tercegah dari tertusuk jarum suntik																			

Lampiran 6. Daftar Video dan Skenario “Video Edukasi Pencegahan Cedera Jarum Suntik pada Perawat”

Ada enam video dan satu video animasi “Edukasi Pencegahan CJS pada perawat”:

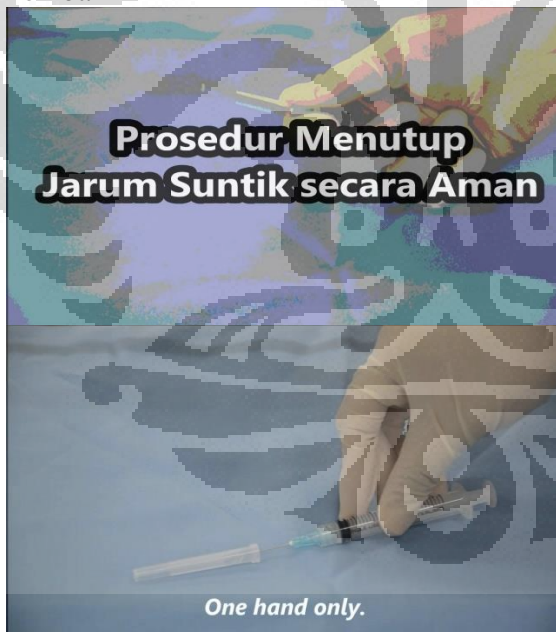
8. Video” Prosedur Membersihkan Tangan” (2’ 30”): menceritakan 6 langkah membersihkan tangan baik menggunakan air mengalir-sabun & menggunakan *handrub*”



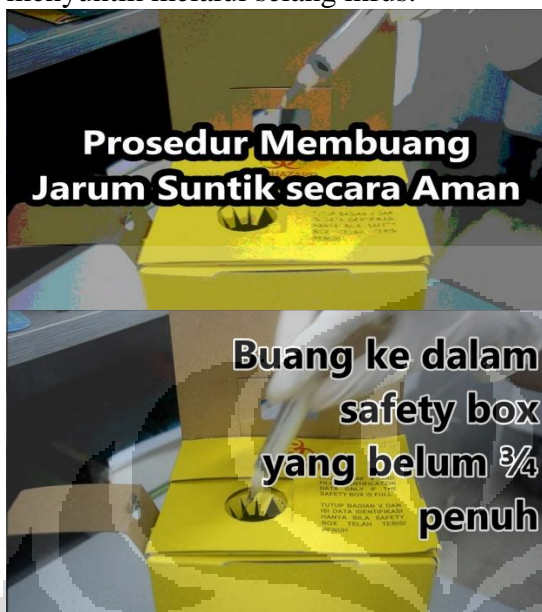
9. Video “Prosedur Penggunaan Jarum Suntik secara Aman” (3’53”): menceritakan cara yang aman dan benar dalam penggunaan jarum suntik, meliputi 1) membersihkan tangan, 2) memakai sarung tangan, 3) mempersiapkan jarum secara aman, 4) memastikan *sharp container* tersedia, tidak penuh, dan dekat dengan tempat prosedur, serta 5) membuka dan memasang jarum suntik secara aman



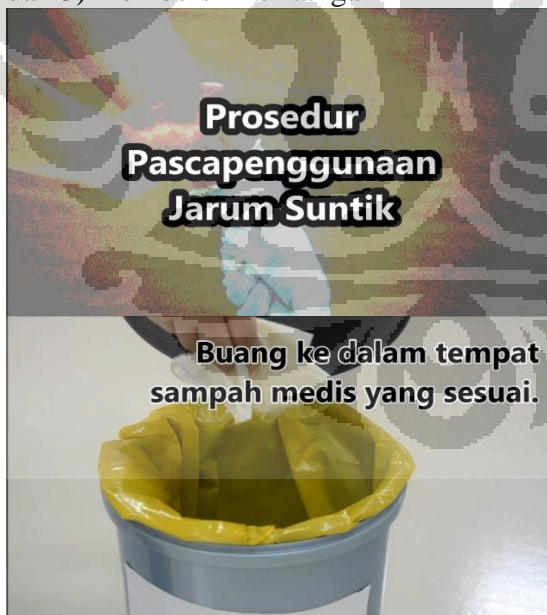
10. Video “Prosedur Menutup Jarum Suntik secara Aman (2’ 05”): menceritakan prosedur menutup jarum suntik menggunakan *one hand recapping* jika diperlukan. Jarum suntik seharusnya langsung dibuang ke *sharp container* tanpa ditutup kembali



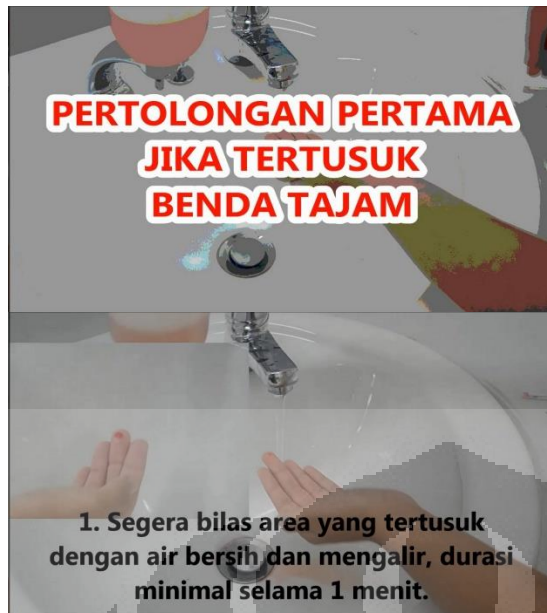
11. Video “Prosedur Membuang Jarum Suntik secara Aman’ (2’ 21”) menceritakan perbedaan prosedur membuang jarum suntik setelah menyuntik langsung dan menyuntik melalui selang infus.



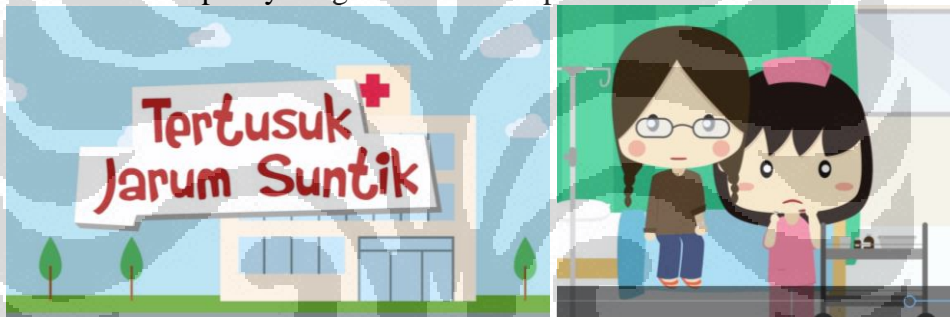
12. Video “Prosedur Pascapenggunaan Jarum Suntik” (2’ 30”): menceritakan cara yang aman dan benar setelah selesai menggunakan jarum suntik, meliputi 1) melepas sarung tangan secara benar, 2) membuang sarung tangan secara benar, dan 3) membersihkan tangan



13. Video “Prosedur Pertolongan Pertama jika Tertusuk Benda Tajam” (1’ 50”): menceritakan 3 langkah yang dilakukan pascatertusuk benda tajam, meliputi 1) segera bilas area yang tertusuk dengan air bersih dan mengalir minimal 1 menit (TANPA DITEKAN-TEKAN), 2) balut luka dengan antiseptik, 3) segera laporkan kejadian kepada supervisor, 4) carilah perawatan medis profesional yang sesuai



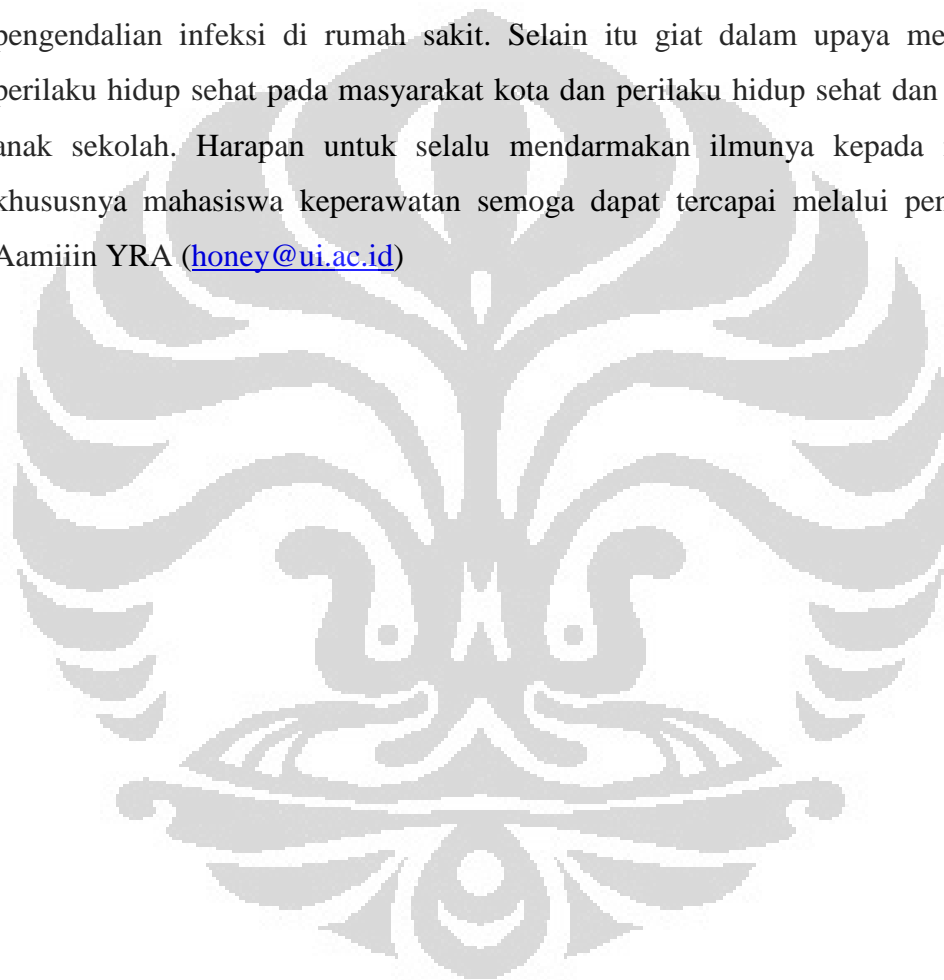
14. Video Animasi “Tertusuk Jarum Suntik”: menceritakan peristiwa tertusuk jarum suntik dan dampaknya bagi mahasiswa keperawatan



Lampiran 7. Daftar Riwayat Hidup Peneliti



Hanny Handiyani dilahirkan di Pangkal Pinang, 23 Desember 1972. Kesehariannya sebagai dosen pada Departemen Dasar Keperawatan & Keperawatan Dasar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI). Keahliannya dalam manajemen keperawatan terus disampaikan kepada peserta didik di kampus maupun kepada para perawat manajer & perawat pelaksana di rumah sakit. Sejak 2000 juga aktif menekuni berbagai penelitian dan upaya dalam manajemen pengendalian infeksi di rumah sakit. Selain itu giat dalam upaya meningkatkan perilaku hidup sehat pada masyarakat kota dan perilaku hidup sehat dan aman pada anak sekolah. Harapan untuk selalu mendarmakan ilmunya kepada masyarakat khususnya mahasiswa keperawatan semoga dapat tercapai melalui penelitian ini. Aamiin YRA (honey@ui.ac.id)



Daftar Riwayat Hidup



1. Identitas Diri

- | | | |
|-----|-----------------------------|---|
| 1.1 | Nama Lengkap (dengan gelar) | Hanny Handiyani, SKp., M.Kep (W) |
| 1.2 | Jabatan Fungsional | Lektor Kepala/ Pembina/ IV a |
| 1.3 | NIP, NIDN | 19721223 1997022001 dan 0023127204 |
| | Sertifikasi Pendidikan, STR | 1110010020435 dan 3120172112-0342012 |
| 1.4 | Tempat dan Tanggal Lahir | Pangkal Pinang, 23 Desember 1972 |
| 1.5 | Alamat Rumah | Perumahan Kodja Utama. Jl. H. Kodja RT 02 RW 05 no 6B. Kukusan. Beji. Depok. 16425 |
| 1.6 | Nomor HP | 08129618072 |
| 1.7 | Alamat Kantor | Departemen Dasar Keperawatan & Keperawatan Dasar (DKKD). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) |
| 1.8 | Nomor Telepon/Fax | 021-78849120,78849121/ 021-7864124 |
| 1.9 | Alamat e-mail | handiyanihanny@gmail.com |

2. Riwayat Pendidikan

Tahun Lulus	Program Pendidikan	Perguruan Tinggi	Jurusan/ Program Studi
Sedang Studi	Doktor Keperawatan	Universitas Indonesia	Manajemen Keperawatan
2003	Magister Manajemen Keperawatan	Universitas Indonesia	Manajemen Keperawatan
1996	S1 Keperawatan	Universitas Indonesia	Keperawatan
1991	SMAN 54 Jatinegara, Jkt	-	-
1988	SMPN 62 Jatinegara, Jkt	-	-
1885	SDN Cipinang Cempedak 09 Pagi Jakarta	-	-
1979	TK Trisula I Lampung	-	-

3. Pengalaman Penelitian

No	Tahun	Judul Penelitian
1.	2014	<i>Action Research</i> Pemodelan sistem keselamatan pada mahasiswa keperawatan- Th Ke-2
2.	2013	<i>Action Research</i> Pemodelan sistem keselamatan pada mahasiswa keperawatan- Th Ke-1
3.	2012	Uji coba model pembelajaran berbasis <i>safety</i> pada mahasiswa keperawatan yang akan ke klinik sebagai upaya meningkatkan <i>safety</i> asuhan keperawatan.
4.	2011	Aplikasi konsep keselamatan oleh mahasiswa profesi selama mengikuti program profesi
5.	2010	Efektifitas promosi kesehatan terhadap keselamatan komunitas (<i>community safety</i>) anak dan remaja di Kota Depok: Fokus pada keselamatan biologik anak SD di Depok.
6.	2010	Implementasi Peningkatan Kesehatan Keluarga melalui Toga Plus. Program Intervensi Penguatan Ketahanan Keluarga Miskin Program Hibah Kompetensi Institusi Universitas Indonesia
7.	2009	Implementasi Peningkatan Kesehatan Keluarga melalui Model <i>Self Help Group</i> .
8.	2008	Peningkatan Kesehatan Keluarga melalui Model <i>Self Help Group</i> dan Toga Plus,
9.	2007	Evaluasi dan pengembangan <i>prototype</i> model perencanaan pulang yang terorganisir dan berbasis teknologi informasi, Riset Unggulan UI
10.	2006	Hubungan Jarak Pemasangan Terapi Intravena dari Persendian Terhadap Waktu Terjadinya Flebitis
11.	2005	Hubungan waktu penggunaan seragam klinik dg peningkatan jumlah mikroorganisme
12.	2003	Pengaruh manajemen stress terhadap perilaku adaptif pasien pascastroke
13.	2000	Hubungan Waktu Membersihkan Ruangan dengan Peningkatan Jumlah Mikroorganisme

Universitas Indonesia

Melalui Aliran Udara.

4. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat

No	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat
1.	2013	IbM Kelompok Ojek Tanpa Rokok di Kota Depok.
2.	2012	IbM Gerakan Pasien Aman di RS dan Puskesmas.
3.	2012	Pencanangan MIT Nurul Iman sebagai Sekolah Layak Anak oleh Wakil Walikota Depok
4.	2011	Pengembangan program peningkatan keselamatan anak menuju SD Layak Anak di Depok
5.	2011	Pengmas "Deteksi Dini Langkah Penting Menuju Sehat" di Margo City, Depok
6.	2011	Bakti FIK-UI untuk Peningkatan Status Kesehatan Masyarakat Depok
7.	2010-- 2011	Peningkatan Potensi Civitas Akademika Universitas Indonesia (UI) dalam Mengembangkan KTR di Kampus UI
8.	2010-- 2011	Peningkatan Keselamatan Santri di MI Terpadu Nurul Iman, Depok Pelaksanaan Pengmas untuk Pemanfaatan Hasil Riset UI
9.	2009	<i>Content Development Soft ware</i> Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
10.	2009	Implementasi <i>Soft ware</i> Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
11.	2008	Deteksi dini langkah menuju sehat
12.	2007-08	Klinik Keperawatan Terpadu FIK-UI
13.	2007	Penyuluhan Kesehatan dengan thema "Hidup Sehat dengan Tulang Sehat"
14.	2006	Bakti sosial akupunktur di Kantor Kelurahan Kukusan, Beji, Depok

5. Riwayat Karya Ilmiah/ Pengalaman Penulisan Artikel Ilmiah dalam Jurnal

No	Thn	Judul Artikel Ilmiah	Katagori	Vol/ No	Nama Jurnal
1.	2012	<i>Patient safety movement in the hospital and public health center.</i> Handiyani, H., Hariyati, TS., Indrachyani, A. (2012).	Artikel	Volume 1, Issue 1 (Nov. – Dec. 2012), PP 49-52	<i>IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR- JNHS).</i>
2.	2011	<i>Safety school Program: Support Depok as Child-Friendly Town</i>	Artikel	1st edition.	From Universitas Indonesia to the people.
3.	2011	Peningkatan Keselamatan Santri di MI Terpadu Nurul Iman, Depok	Poster	DRPM, 28 Februari 2011	--
4.	2010	<i>Developing prototype model of discharge planning with CD learning media in Indonesia</i>	Artikel Penelitian	Volume 5 (12), 18 Juni 2010 pp 1463-1469	<i>Scientific research and essays</i>
5.	2009	Perbedaan pertumbuhan bakteri di humidifier dan non humidifier pada pasien yang mendapat terapi oksigen. Penulis: Abu Bakar, Krisna Yetti, Hanny Handiyani	Artikel Penelitian	Volume 3 No 2, Maret 2009	Jurnal Ners PSIK FKp Unair
6.	2008	Evaluasi model perencanaan pulang yang berbasis teknologi informasi. Rr.Tutik Sri Haryati, Efy Afifah, Hanny Handiyani	Artikel Penelitian	Vol 12 No2 Desember 2008	Makara Seri Kesehatan
7.	2007	Hubungan Jarak Pemasangan Terapi Intravena dari Persendian Terhadap Waktu Terjadinya Flebitis. Penulis: Dewi Gayatri dan Hanny Handiyani (Penulis Ke2)	Artikel penelitian	Volume 11 nomor 2, September 2007	Jurnal Keperawatan Indonesia (ISSN 1410-4490, Akreditasi 39/DIKTI/Kep/200 4)
8.	2007	Perbedaan efektifitas perawatan luka menggunakan madu dengan metronidazole terhadap tingkat malodor dan jumlah eksudat luka maligna di RS X. Penulis: Dudut Tanjung, Elly Nurachmah, Hanny	Artikel penelitian	Volume 11 nomor 1, Maret 2007	Jurnal Keperawatan Indonesia
9.	2006	Hubungan waktu penggunaan seragam klinik dengan peningkatan	Artikel Penelitian	Volume 10 nomor 1, Maret	Jurnal Keperawatan Indonesia

Universitas Indonesia

No	Thn	Judul Artikel Ilmiah	Katagori	Vol/ No	Nama Jurnal
		jumlah mikroorganisme		2006	
10.	2006	Mengenal kesalahan umum dalam penulisan ilmiah	Artikel tinjauan pustaka	Volume 11 nomor 2, September 2007	Jurnal Keperawatan Indonesia
11.	2004	Hubungan peran dan fungsi manajemen kepala ruangan dengan keberhasilan pelaksanaan program pengendalian infeksi nosokomial.	Artikel penelitian	Volume 8 nomor 2, September 2004, hal 54-61	Jurnal Keperawatan Indonesia
12.	2003	Etika Penulisan Ilmiah.	Artikel tinjauan pustaka	Vol7 no 1, Maret 2003	Jurnal Keperawatan Indonesia
13.	2001	Hubungan Waktu Membersihkan Ruang dengan Peningkatan Jumlah Mikroorganisme Melalui Aliran Udara.	Artikel penelitian	Vol 5 no 2, September 2001,44-49	Jurnal Keperawatan Indonesia
14.	2000	Infeksi Nosokomial.	Artikel pustaka	Edisi Juli-September 2000	Warta Persahabatan RSUPersahabatan

6. Pengalaman Penulisan Buku

No.	Tahun	Judul Buku
1.	2011	Modul pedoman pelatihan supervisi reflektif interaktif
2.	2011	Buku modul, Buku Kerja, dan Buku Evaluasi Program Latihan Keselamatan Diri dari Infeksi pada Anak Sekolah
3.	2010	Buku keselamatan anak sekolah. ISBN 789792452884
4.	2009	Buku Perawatan Kesehatan di Keluarga. ISBN 9789792452747
5.	2009	Buku saku pasien hemodialisis RS Dr. Cipto Mangunkusumo. Penulis kedua. ISBN 9789792452709
6.	2009	Buku Kerja <i>Self Help Group</i> . Penulis kedua. ISBN 9789792452754
7.	2008	Buku Modul TOGA Plus. Penulis kedua. ISBN 9789791912211
8.	2008	Buku Modul <i>Self Help Group</i> . Penulis kedua. ISBN 9789791912204
9.	2007	Buku Panduan Praktikum Keperawatan Dasar II (Tim). ISBN 979-24-5213-3
10.	2006	Buku Panduan Praktikum Keperawatan Dasar I (Tim). ISBN 979-24-5213-3
11.	2006	Buku Panduan Praktikum Mikrobiologi dan Parasitologi Keperawatan Penyusun utama. ISBN 979-24-5212-5
12.	2005	Buku Panduan Keterampilan Dasar Profesi Keperawatan (Penulis Kedua) ISBN 979-9242-78-9

7. Pengalaman Rumusan Kebijakan

No.	Tahun	Judul
1	2011	Penetapan Universitas Indonesia sebagai Kawasan Tanpa Rokok
2	2008	Penetapan kampus sebagai Kawasan Tanpa Rokok

8. Penghargaan

No.	Tahun	Tanda Kehormatan	Pemberi Penghargaan
1.	12 Ag 2011	Tanda kehormatan satyalencana karya satya X tahun	Presiden Republik Indonesia
2.	Des 2010	100 perempuan peneliti berprestasi Indonesia	Kementerian pemberdayaan perempuan & perlindungan anak RI

---Terima Kasih---

