



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PROGRAM MENTORING KEPERAWATAN  
TERHADAP PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN  
DI RUANG RAWAT INAP RS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

TESIS

**Devi Nurmalia  
NPM 1006748482**

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI, 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PROGRAM MENTORING KEPERAWATAN  
TERHADAP PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN  
DI RUANG RAWAT INAP RS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**TESIS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan

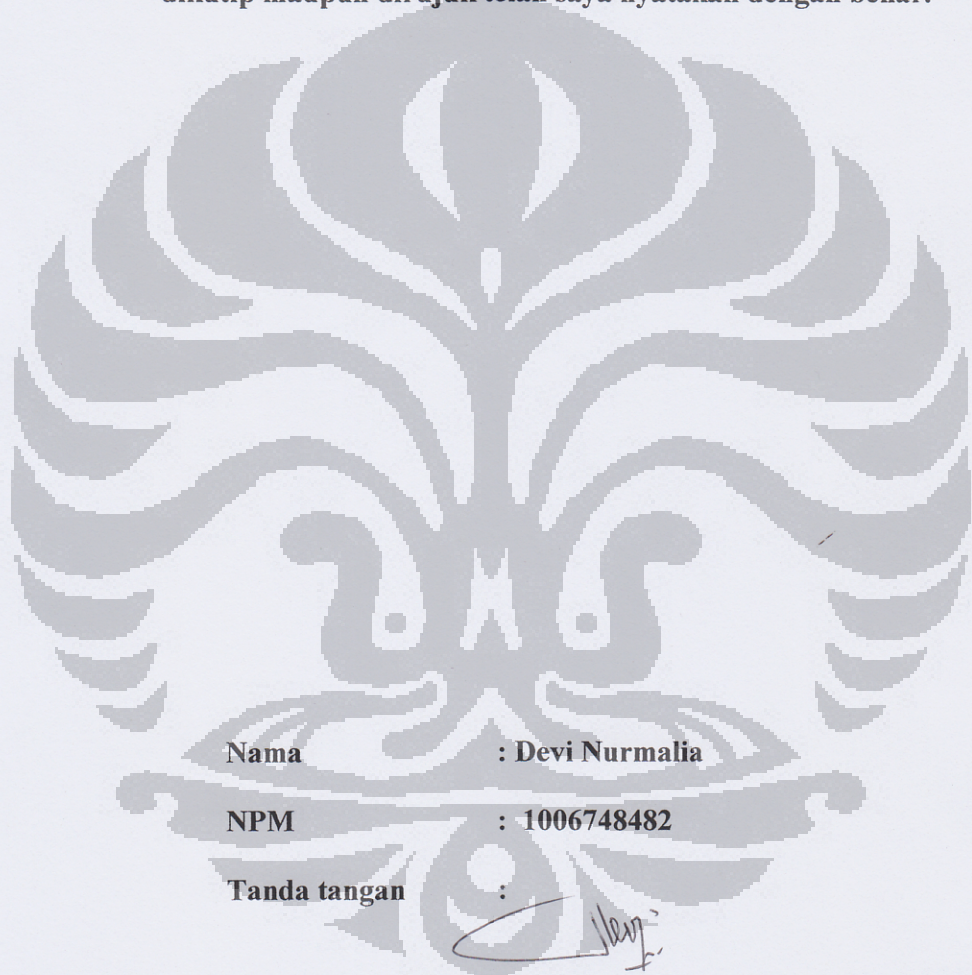
**Devi Nurmalia  
NPM 1006748482**

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN & MANAJEMEN KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI, 2012




**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.**



**Nama : Devi Nurmalia**

**NPM : 1006748482**

**Tanda tangan :** 

**Tanggal : 9 Juli 2012**



## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Devi Nurmalia

NPM : 1006748482

Program Studi : Magister Keperawatan

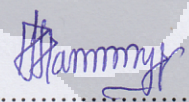
Kekhususan Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan

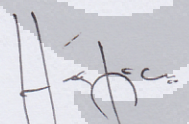
Judul Tesis : Pengaruh Program Mentoring Keperawatan terhadap Penerapan

Budaya Keselamatan Pasien di RS Islam Sultan Agung Semarang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep. (.....) 

Pembimbing : Hening Pujasari, M.Biomed., MN (.....) 

Penguji : Rita Herawati, S.Kp., M.Kep (.....) 

Penguji : Tutiany, S.Kp., M.Kes. (.....) 

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 9 Juli 2012



## KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa peneliti panjatkan ke hadirat Allah SWT karena atas berkat limpahan rahmat dan hidayah-Nya peneliti telah menyelesaikan tesis dengan judul “pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk meraih gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Manajemen pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Peneliti menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD. sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN. sebagai Ketua Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Ibu Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep. sebagai Pembimbing I yang dengan sabar dan tekun memberikan bimbingan ilmiah melalui berbagai pengarahan dan saran
4. Ibu Hening Pujasari, S.Kp., M.Biomed., MN. selaku Pembimbing II yang juga telah dengan sabar dan tekun memberikan bimbingan ilmiah melalui berbagai pengarahan dan saran
5. Ibu dr. Sri Berdy Karyati, M.Kes sebagai ketua tim keselamatan pasien di Rumah Sakit Sultan Agung Semarang beserta seluruh staf atas kerja sama dalam melakukan kegiatan penelitian sebagai bagian dari penyusunan tesis
6. Bagian diklat RS Islam Sultan Agung Semarang atas kerja sama dan hubungan yang baik selama proses penelitian

7. Bapak Ns. Ardiyanto, S.Kep. selaku bagian diklat RS Muhammadiyah Roemani Semarang atas kerja sama dan hubungan yang baik dalam proses pengumpulan data
8. Suamiku tercinta Tri Purno Adianto atas semua kasih sayang, semangat serta doa yang selalu membuat lebih tegar dalam menghadapi semua.
9. Putri cantikku Ayunda Khansaaleyah Devano, setiap senyuman dan ceriamu adalah semangatku.
10. Bapak dan mama tercinta yang telah sabar menjaga cucunya dan tulus memberikan kasih sayang, doa yang tak ternilai harganya.
11. Seluruh Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas kerja sama, motivasi, dan dukungan selama proses pembelajaran
12. Rekan-rekan mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah sama-sama berjuang terima kasih atas dukungan, masukan, dan motivasinya
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Semoga bantuan dan budi baik yang berupa materil dan spirituil yang telah diberikan kepada peneliti akan mendapatkan balasan dari Allah SWT. Peneliti juga menyadari bahwa tesis ini masih belum sempurna sehingga perlu masukan, saran serta kritik yang membangun untuk perbaikan selanjutnya. Akhir kata semoga tesis ini bermanfaat bagi kita semua, khususnya bagi perkembangan ilmu keperawatan manajemen.

Depok, 9 Juli 2012

Peneliti







Devi Nurmalia

**Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia**

**Pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya  
keselamatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung  
Semarang**

xiv + 91 hal + 5 gambar + 14 tabel + 11 lampiran

#### **Abstrak**

Budaya keselamatan pasien merupakan dasar utama dalam keselamatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh program mentoring terhadap penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap RS Islam Sultan Agung Semarang. Metode penelitian ini menggunakan *quasi experiment design: pretest-posttest with control group design*, sampel yang digunakan 90 perawat (45 pada kelompok intervensi dan 45 pada kelompok kontrol). Data dianalisis dengan menggunakan *chi-square* dan *mcnemar*. Hasil menunjukkan terdapat pengaruh antara penerapan budaya kelompok kontrol dengan kelompok intervensi sesudah program mentoring ( $p= 0.056, \chi^2= 4.5 = 0.1$ ) dan RR 2.5. Penelitian ini merekomendasikan perlunya pengembangan metode pengarahan untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien.

Kata kunci: budaya keselamatan pasien, mentoring keperawatan

Devi Nurmalia

***The influence of nursing mentorship program on patient safety culture at  
inpatient installation Sultan Agung Islamic Hospital***

***xiv + 91 pages + 5 pictures + 14 tables + 11 appendixes***

#### **Abstract**

*Patient safety culture is the fundamental part of patient safety. This research aimed to explore the influence of mentorship program on patient safety culture at Sultan Agung Islamic Hospital. The method used in this study was quasi-experiment using pretest-posttest with control group design. A number of 90 nurses was divided equally into intervention and control groups. The result revealed that there was a significant influence of nursing mentorship on the patient safety culture ( $p= 0.056, \chi^2= 4.5 = 0.1$  and RR 2.5). This research recommends to develop innovative directing method to support patient safety culture.*

*Key words: nursing mentorship, patient safety culture*

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	vi
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR SKEMA .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
<b>1. PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan Penelitian .....	8
1.3.1 Tujuan Umum .....	8
1.3.2 Tujuan Khusus .....	8
1.4 Manfaat Penelitian .....	9
1.4.1 Manfaat Aplikatif .....	9
1.4.2 Manfaat Keilmuan .....	10
1.4.3 Manfaat Metodologi .....	10
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Penerapan Budaya Keselamatan Pasien .....	11
2.1.1 Pengertian Budaya Keselamatan Pasien .....	11
2.1.2 Arti penting Budaya Keselamatan Pasien .....	12
2.1.3 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien .....	13
2.1.3.1. Budaya Keterbukaan ( <i>open culture</i> ) .....	14
2.1.3.2. Budaya Keadilan ( <i>just culture</i> ) .....	14
2.1.3.3. Budaya Pelaporan ( <i>reporting culture</i> ).....	15
2.1.3.4. Budaya Pembelajaran ( <i>learning culture</i> ).....	16
2.1.4 Membangun Budaya Keselamatan Pasien .....	16
2.1.5 Survey Budaya Keselamatan Pasien .....	18
2.2 Mentoring .....	21
2.2.1 Pengertian Mentoring .....	21
2.2.2 Pentingnya Mentoring .....	22
2.2.3 Jenis Mentoring .....	23
2.2.4 Peran Mentor .....	25
2.2.5.Fase Hubungan Mentor- <i>Mentee</i> .....	26
2.3 Mentoring dalam Keperawatan .....	27
2.4 Karakteristik Perawat .....	28
2.5 Kerangka Teori .....	33

<b>3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL PENELITIAN</b>	
3.1 Kerangka Konsep .....	34
3.2 Hipotesis .....	36
3.3 Definisi Operasional .....	36
<b>4. METODOLOGI PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian .....	40
4.2 Populasi dan Sampel .....	41
4.3 Tempat Penelitian .....	43
4.4 Waktu Penelitian .....	43
4.5 Etika Penelitian .....	43
4.6 Alat Pengumpulan Data .....	46
4.7 Uji Instrumen .....	47
4.8 Prosedur Pengumpulan Data .....	48
4.9 Analisis Data .....	53
4.9.1 Pengolahan Data .....	53
4.9.2 Tahapan Analisis Data .....	54
<b>5. HASIL PENELITIAN</b>	
5.1 Proses Pelaksanaan Program Mentoring Keperawatan .....	56
5.1.1 Persiapan .....	56
5.1.2 Pelaksanaan .....	57
5.2 Analisis Univariat .....	58
5.2.1 Karakteristik Perawat .....	58
5.2.2 Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Sebelum dan Sesudah Dilakukan Program Mentoring Keperawatan.....	60
5.3 Hasil Analisis Bivariat .....	62
5.3.1 Uji Kesetaraan .....	62
5.3.2 Analisis Penerapan Budaya Keselamatan Pasien pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Dilakukan Program Mentoring Keperawatan .....	63
5.3.3 Analisis Penerapan Budaya Keselamatan Pasien pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah Dilakukan Program Mentoring Keperawatan .....	65
<b>6. PEMBAHASAN</b>	
6.1 Telaah Hasil Penelitian .....	67
6.1.1 Karakteristik Perawat .....	67
6.1.1.1 Usia .....	67
6.1.1.2 Masa Kerja .....	69
6.1.1.3 Jenis Kelamin .....	71
6.1.1.4 Tingkat Pendidikan .....	72
6.1.1.5 Pelatihan .....	73
6.1.2 Penerapan Budaya Keselamatan Pasien .....	74
6.2 Keterbatasan Penelitian .....	83
6.3 Implikasi Penelitian .....	85



**7. SIMPULAN DAN SARAN**

7.1 Simpulan .....	88
7.2 Saran .....	90
7.2.1 Bagi Aplikasi Keperawatan .....	90
7.2.2 Bagi Keilmuan .....	91
7.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya .....	91

**DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN**

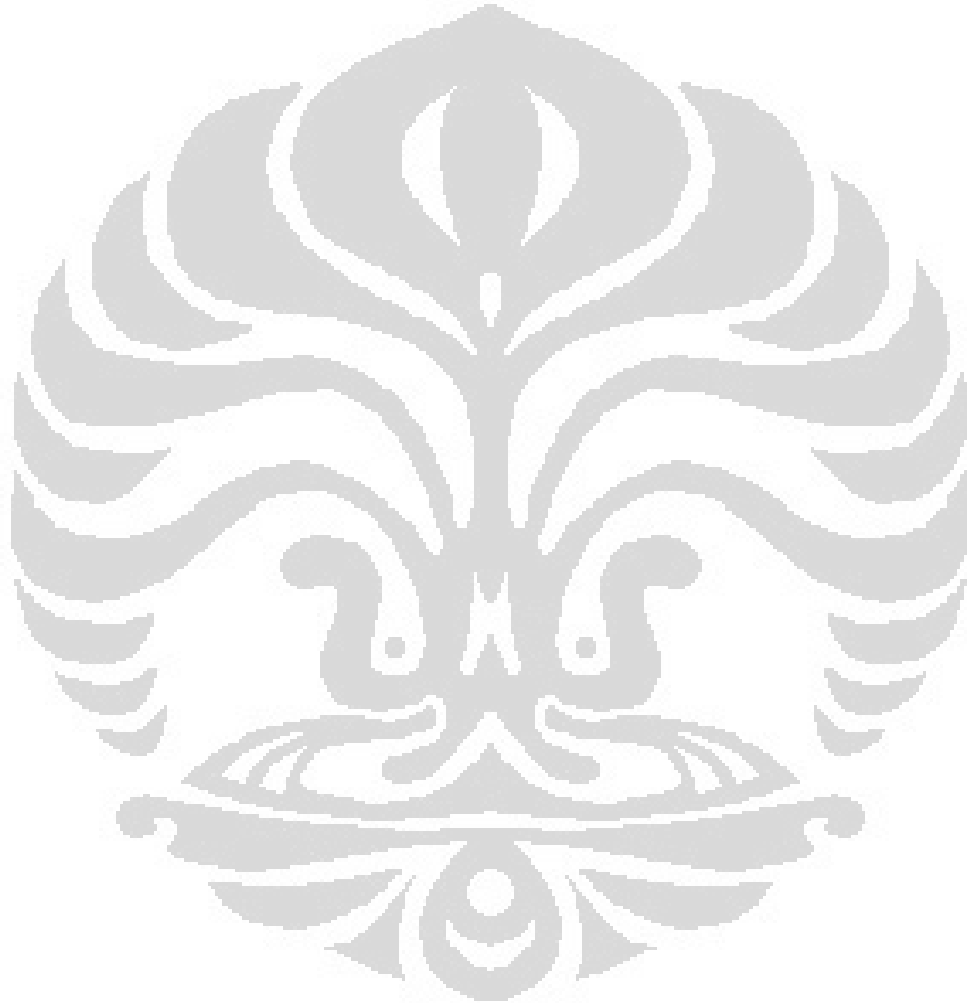


## DAFTAR TABEL

1.	Tabel 2.1	Perbandingan Elemen Budaya Keselamatan Pasien pada Masing-Masing Instrumen .....	20
2.	Tabel 2.2	Tingkat Maturitas Budaya Keselamatan Pasien .....	21
3.	Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Dependen dan Independen .....	37
4.	Tabel 3.2	Definisi Operasional Variabel <i>Confounding</i> .....	39
5.	Tabel 4.1	Rincian Kegiatan Pengumpulan Data di RS Islam Sultan Agung dan RS Muhammadiyah Semarang, April-Mei 2012 .....	52
6.	Tabel 4.2	Uji Kesetaraan Variabel Penelitian Pengaruh Program Mentoring Keperawatan terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien .....	55
7.	Tabel 4.3	Analisis Bivariat Beda Proporsi Variabel Penelitian Pengaruh Program Mentoring Keperawatan terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien .....	55
8.	Table 5.1	Kemampuan Mentor di RS Islam Sultan Agung Semarang .....	57
9.	Tabel 5.2	Hasil Kegiatan Program Mentoring Keperawatan di RS Islam Sultan Agung Semarang .....	58
10.	Tabel 5.3	Distribusi Karakteristik Perawat di RS Islam Sultan Agung dan RS Muhammadiyah Semarang .....	59
11.	Tabel 5.4	Proporsi Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Sebelum dan Sesudah Program Mentoring Keperawatan di RS Islam Sultan Agung dan RS Muhammadiyah Semarang .....	61
12.	Tabel 5.5	Uji Kesetaraan Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RS Islam Sultan Agung dan RS Muhammadiyah Semarang .....	63
13.	Tabel 5.6	Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Program Mentoring Keperawatan .....	65
14.	Tabel 5.7	Penerapan Budaya Keselamatan Pasien pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah Dilakukan Program Mentoring Keperawatan .....	66

## DAFTAR SKEMA

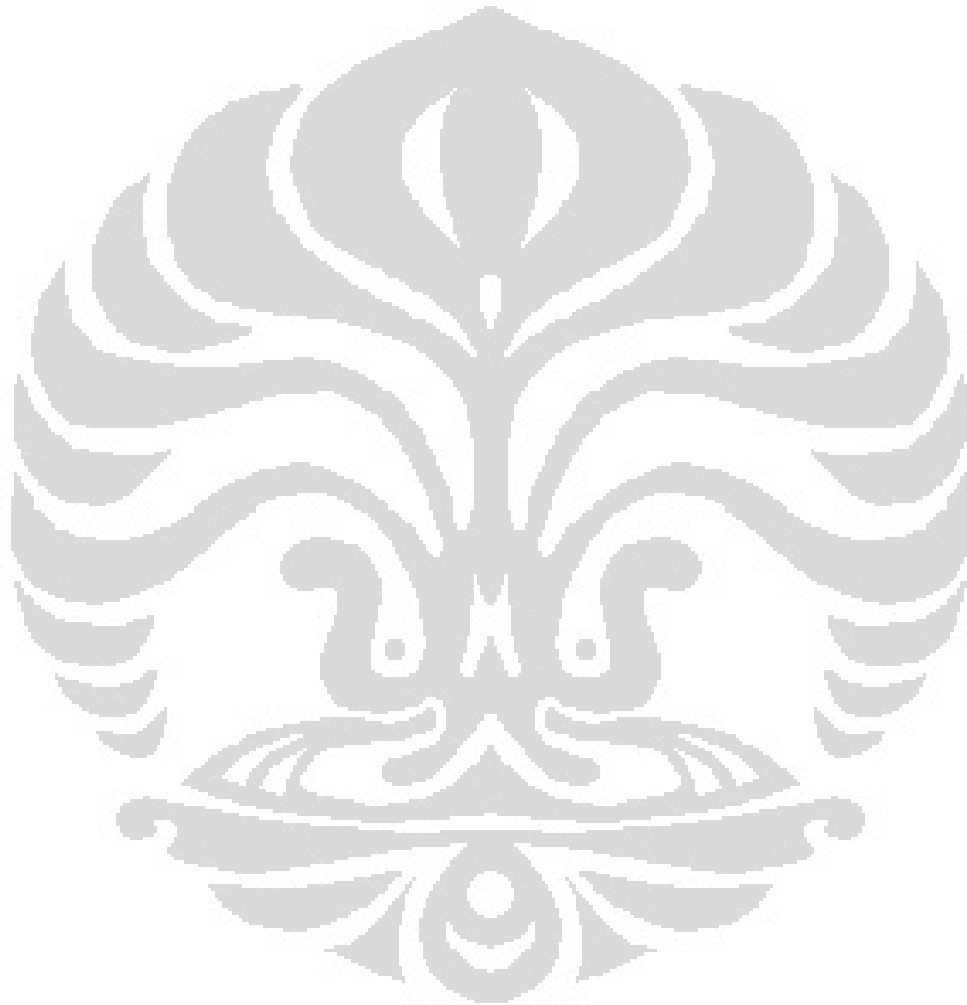
1.	Skema 2.2	Kerangka Teori	33
2.	Skema 3.1	Kerangka Konsep	35
3.	Skema 4.1	Desain Penelitian	40
4.	Skema 4.2	Kerangka Kerja Penelitian	52



## DAFTAR GAMBAR

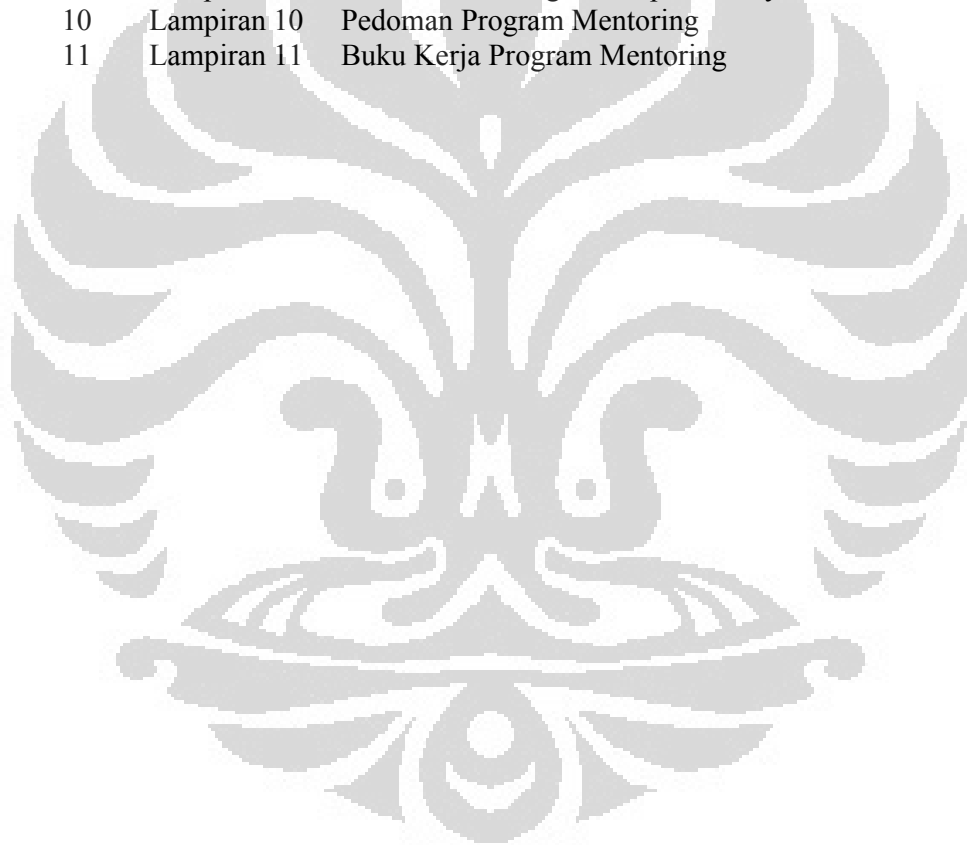
1. Gambar 2.1 Gambar Fase Hubungan Mentor-*Mentee*

26



## DAFTAR LAMPIRAN

1	Lampiran 1	Tabel sebaran pernyataan
2	Lampiran 2	Jadwal kegiatan
3	Lampiran 3	Keterangan Lolos Uji Etik
4	Lampiran 4	Surat Ijin Penelitian
5	Lampiran 5	Daftar Riwayat Hidup
6	Lampiran 6	Penjelasan Penelitian
7	Lampiran 7	Lembar Persetujuan Responden ( <i>Informed Consent</i> )
8	Lampiran 8	Kuesioner Data Demografi dan Karakteristik Perawat
9	Lampiran 9	Kuesioner tentang Penerapan Budaya
10	Lampiran 10	Pedoman Program Mentoring
11	Lampiran 11	Buku Kerja Program Mentoring



# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Budaya keselamatan pasien merupakan pondasi utama dalam menuju keselamatan pasien. Penerapan ini sejalan dengan *National Patient Safety Agency* dan KKP-RS dalam tujuh langkah keselamatan pasien yang menekankan bahwa langkah awal menuju keselamatan pasien adalah dengan menerapkan budaya keselamatan pasien (NPSA, 2004). Pronovost & Sexton (2005) menyarankan bahwa memiliki budaya meningkatkan keselamatan di organisasi itu merupakan awal yang sangat penting dalam meningkatkan keselamatan pasien. Pentingnya budaya keselamatan di layanan kesehatan juga digaribawahi oleh Canadian Council on Health Service Accreditation (CCHSA) menyatakan bahwa setiap penyedia pelayanan kesehatan penting untuk menerapkan budaya keselamatan pasien dalam mencapai tujuan dari keselamatan pasien (Fleming & Wentzell, 2008; NPSA, 2004).

Budaya keselamatan pasien merupakan persepsi dan sikap dari setiap individu yang ada di rumah sakit untuk menjamin keselamatan pasien selama di rumah sakit. Advisory Committee on Safety of Nuclear Installation (ACSNI) mendefinisikan bahwa budaya keselamatan pasien adalah nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang dihasilkan oleh individual dan kelompok yang ditetapkan berdasarkan komitmen dan gaya dari manajemen organisasi kesehatan dan keselamatan (Sammer, Lykens, Singh, Mains, & Lackan, 2009). Budaya keselamatan pasien merupakan nilai-nilai, keyakinan, dan persepsi yang mengelilingi perilaku orang yang bekerja di rumah sakit atau sistem kesehatan (Clancy, 2011). Budaya keselamatan sebagai prinsip yang dianut oleh penyedia layanan kesehatan yang membuat keselamatan pasien sebagai prioritas tinggi (Nieva & Sorra, 2003).

Penerapan budaya keselamatan pasien akan mendatangkan keuntungan bagi pasien dan pihak penyedia pelayanan kesehatan. Pasien akan merasa aman di rawat di rumah sakit dan tidak akan terjadi pengeluaran biaya yang lebih besar

karena perpanjangan masa rawat. Penerapan budaya keselamatan pasien akan mendeteksi kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan telah terjadi. Budaya keselamatan pasien akan meningkatkan kesadaran untuk mencegah *error* dan melaporkan jika ada kesalahan. Budaya keselamatan pasien juga dapat mengurangi pengeluaran *financial* yang diakibatkan oleh kejadian keselamatan pasien (Carthey & Clarke, 2010; Jeff, Law, & Baker, 2007; NPSA,2004).

Budaya keselamatan pasien secara pasti sulit diperkirakan karena tidak semua negara melaporkannya. *European Union Network for Patient Safety* tahun 2010 melaporkan bahwa dari 27 negara anggota hanya 12 yang memberikan laporan atas kejadian keselamatan pasien. Data di Inggris, diperkirakan sekitar 10% pasien mengakui telah mengalami kejadian keselamatan pasien dan dapat berkontribusi pada kematian pasien meskipun tidak jelas proporsinya sebagai akibat langsung dari kejadian (NPSA, 2004). Data di Indonesia sendiri masih sulit diperoleh secara lengkap dan akurat di tiap daerah, hanya dapat secara global yaitu untuk pelaporan kejadian nyaris cidera (KNC) lebih banyak dilaporkan sebesar 47,6% dibandingkan kejadian tidak diinginkan (KTD) sebesar 46,2% (KKP-RS, 2008).

Survey tentang budaya keselamatan pasien menjadi pendekatan umum untuk memonitor keselamatan pasien. *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) melakukan survey dengan menggunakan *Hospital Survey on Patient Safety*, di mana terdapat 12 elemen diantaranya kerjasama, harapan supervisor/manajer keperawatan dalam promosi, pembelajaran organisasi, dukungan manajer, persepsi keselamatan pasien, umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan, frekuensi pelaporan kejadian, kerjasama lintas unit, ketenagaan, operan dan respon tidak menghukum terhadap kesalahan. Hasil dari survey untuk masing-masing komponen didapatkan data kerjasama di unit 79%, harapan supervisor 75%, pembelajaran organisasi 71%, dukungan manajer 70%, persepsi keselamatan pasien 64%, umpan balik dan komunikasi 62%, frekuensi pelaporan 60%, kerjasama lintas unit 57%, ketenagaan 55%, operan 44%, dan respon tidak menghukum 44% (Nazham, 2009).

Budaya keselamatan pasien secara garis besar dipengaruhi oleh 4 dimensi yaitu terbuka (*open*), adil (*just*) dan informatif dalam melaporkan kejadian yang terjadi (*reporting*) dan belajar dari kesalahan yang ada (*learning*). Bersikap terbuka dan adil berarti berbagi informasi secara terbuka dan bebas, dan perlakuan adil bagi perawat ketika sebuah kejadian terjadi (NPSA, 2004). Informasi yang akurat membantu dalam pencegahan kejadian dari keselamatan pasien (Reason, 2000). Sistem pelaporan digunakan untuk memberikan informasi kepada pihak manajerial mengenai kejadian yang terjadi dan sebagai pembelajaran sehingga kejadian yang sama tidak terulang (Carthey & Clarke, 2010)

Bersikap terbuka (*open*) dan adil (*just*) merupakan dasar dalam budaya keselamatan pasien. Terbuka dan adil berarti semua perawat dan manajemen terbuka mengenai kejadian yang ada dan bertanggung jawab atas kejadian, perawat dapat berbicara secara bebas dengan rekan dan atasan tentang kejadian apapun, rumah sakit terbuka dengan pasien dan masyarakat tentang kejadian yang terjadi (Carthey & Clarke, 2010; NPSA, 2004).

Budaya pelaporan (*reporting culture*) tergantung dari kepercayaan perawat terhadap manajemen. Perawat akan membuat pelaporan apabila perawat yakin bebas dan percaya diri bahwa laporan tersebut tidak akan membuat perawat terkena hukuman atau tindakan disiplin (NPSA, 2004). Perawat akan membuat laporan jika perawat percaya bahwa laporan yang telah dibuat akan dianalisa dan dapat dijadikan pelajaran untuk kemajuan keselamatan pasien (Reason, 2000). *National Health System* merekomendasikan bahwa lingkungan yang terbuka dan non-hukuman perlu dikembangkan dimana setiap perawat bebas melaporkan dan mengakui perbuatan (NPSA, 2004).

Pelaporan digunakan untuk mengembangkan budaya belajar (*learning culture*) dalam organisasi kesehatan. Pelaporan yang akurat dapat bermanfaat untuk melihat kejadian yang terjadi dan belajar dari kejadian yang terjadi. Setiap kejadian pada keselamatan pasien merupakan proses belajar bagi semua perawat dan manajemen yang ada di rumah sakit (Jeff, Law, & Baker, 2007). Pihak



manajemen akan berkomitmen untuk mempelajari setiap kejadian yang terjadi dan sebagai dasar dalam pengambilan kebijakan untuk meningkatkan keselamatan pasien. Kejadian yang terjadi digunakan sebagai pembelajaran sehingga kejadian yang sama tidak akan terulang lagi (Carthey & Clarke, 2010).

Mengubah nilai, keyakinan dan sikap dalam budaya keselamatan pasien tidaklah mudah. Semua elemen yang ada di lingkungan rumah sakit ikut berperan dalam pembentukan budaya. Semua perawat di rumah sakit baik klinis maupun manajerial serta pasien dan keluarga pasien juga ikut terlibat dalam menciptakan budaya keselamatan pasien. Mengembangkan budaya keselamatan pasien dalam suatu organisasi membutuhkan kepemimpinan yang kuat, perencanaan yang cermat dan monitoring (Clancy, 2011; NPSA, 2004).

Kepemimpinan efektif dapat menciptakan lingkungan yang kondusif untuk berubah. Seorang pemimpin yang efektif menjadi fasilitator dalam menciptakan hubungan yang efektif antara SDM, material dan waktu sehingga tujuan organisasi dapat tercapai dengan lingkungan yang kondusif. Lingkungan yang aman dan kondusif serta tidak meyalahkan akan mendorong perawat untuk menerapkan budaya keselamatan pasien di setiap tindakannya (Jeff & Baker 2007). Transfer pengetahuan dari perawat yang lebih berpengalaman ke perawat yang kurang pengalaman dapat memudahkan perawat dalam upaya menerapkan budaya.

Upaya penerapan budaya keselamatan pasien bisa berbagai macam dan mentoring merupakan cara yang lebih tepat. Hal ini dikarenakan mentoring dapat memberikan dukungan kepada individu dalam proses belajar dengan kekuatan yang lebih (*powerful*). Individu akan lebih merasa nyaman apabila memiliki seorang mentor yang dapat membantunya setiap saat (McKimm, Jolie & Hatter, 2007). Proses mentoring menerapkan model pembelajaran sesuai dengan tingkatan kebutuhan *mentee* sehingga proses internalisasi terhadap sesuatu akan lebih mudah didapatkan (Dadge & Casey, 2009)

Penerapan budaya dengan metode mentoring merupakan cara yang tepat dalam perubahan perilaku dan persepsi. Mentoring dapat memfasilitasi perawat dalam meningkatkan kemampuan praktek dan menjadi perawat profesional (Ali & Panther, 2008). Mentoring merupakan interaksi *transfer of knowledge* dari yang berpengalaman kepada yang kurang berpengalaman (McKimm, Jolie & Hatter, 2007). Program mentoring yang dilakukan oleh Stacy Cottingham selama 18 bulan menunjukkan 100% dari peserta program puas dan 100 % peserta juga menyatakan akan tetap bekerja di instansi masing-masing, mentoring juga mengurangi biaya rumah sakit sebesar 24% akibat *turn over* perawat (Cottingham, DiBartolo, Battisono, & Brown, 2010). Mentoring terbukti efektif dalam meningkatkan persepsi perawat. Penelitian kualitatif (*action research*) yang dilakukan oleh Norwood (2010) mendapatkan hasil bahwa mentoring terbukti efektif dalam meningkatkan persepsi perawat terhadap pekerjaannya, meningkatkan pengetahuan dan *skill* sehingga berdampak pada komunikasi dan penyelesaian konflik.

Mentor memiliki beberapa peran yang harus dijalankan selama proses mentoring. Mentor memiliki peranan penting dalam membantu praktikan belajar sepanjang hayat (Dadge & Casey, 2009). Mentor yang baik bertindak sebagai *advisor, role model, coach, problem solver, teacher, counselor*, untuk meningkatkan proses belajar *mentee* (Ali & Panther, 2008). Mentor yang efektif memiliki karakteristik, diantaranya *friendly*, memiliki selera humor, sabar, *interpersonal skill* yang efektif, dan kemampuan profesional (Wilkies, 2006)

Tantangan terbesar dalam proses mentoring adalah menciptakan kualitas hubungan yang baik. Mentor dan *mentee* harus mengerti satu sama lain dan menciptakan lingkungan yang kondusif untuk membantu dalam proses belajar (Wilkies, 2006). Hubungan dalam mentoring dibangun berdasarkan saling percaya, keterbukaan dan kejujuran (McKimm & Hatter, 2007). Jika mentor dan *mentee* sudah mendiskusikan tujuan, harapan dan hal-hal yang bisa dicapai maka akan mengurangi kecemasan dari *mentee* dan akan meningkatkan proses belajar (Ali & Panther, 2008).

Rumah Sakit Islam Sultan Agung merupakan rumah sakit pendidikan tipe B yang ada di wilayah Pantura Semarang. Keselamatan pasien menjadi tujuan dari rumah sakit dan menjadi prioritas di dalam memberikan pelayanan kesehatan. Pihak manajemen selalu menekankan akan pentingnya keselamatan pasien dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Rumah Sakit Islam Sultan Agung merupakan rumah sakit yang tergolong masih baru dalam menerapkan keselamatan pasien. Program pelaksanaan keselamatan pasien telah dicanangkan sejak 2008 berdasarkan SK Direktur tgl 3 Juni 2008 No 001B/KPTS/RSI-SA/I/2008. Tim keselamatan pasien yang terdiri dari dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lain. Jumlah anggota tim keselamatan pasien 44 orang, yang terbagi menjadi anggota tetap 10 orang dan *champion* 34 orang.

Tim keselamatan telah bertugas dalam mensosialisasikan hal baru yang berkaitan dengan keselamatan pasien termasuk dengan sosialisasi tentang pelaporan. Hasil wawancara dengan ketua tim keselamatan pasien pada 24 Februari 2012 mendapatkan data bahwa telah teridentifikasi beberapa hambatan yang berkaitan dengan budaya keselamatan pasien di antaranya pelaporan kejadian, dan budaya menyalahkan.

Ketua tim keselamatan pasien menyatakan bahwa pelaporan tentang kejadian seringkali terlambat dan harus terus-menerus diminta baru perawat membuat laporan. Pelaporan yang terlambat mengakibatkan tidak adanya pembelajaran atas kejadian yang ada sehingga kejadian yang terjadi terus menerus berulang. Rumah sakit selama ini belum mempunyai pelaporan dari angka kejadian, dan angka kejadian tidak diinginkan baru terdeteksi pada tahun 2011 sebesar 4%. Jumlah secara rinci dari angka kejadian tersebut peneliti tidak mendapatkan ijin untuk menampilkan data.

Tim keselamatan pasien menyimpulkan bahwa pelaporan yang terlambat itu dikarenakan perawat yang tidak terbuka dan takut untuk disalahkan. Pihak manajemen rumah sakit sendiri menyatakan apabila mendapatkan laporan kejadian tidak akan memberikan hukuman kepada yang bersangkutan. Budaya menyalahkan (*blaming culture*) masih dirasakan oleh perawat, sehingga perawat tidak terbuka terhadap setiap kejadian.

Pengarahan dengan program mentoring belum ada di Rumah Sakit Islam Sultan Agung. Tim keselamatan pasien menjadi tumpuan utama dalam pembentukan budaya keselamatan pasien. Pengarahan tentang keselamatan pasien yang ada di rumah sakit saat ini hanya berfokus pada tim keselamatan pasien sebagai pemberi arahan dan hanya terjadi secara satu arah. *Champion* yang ditempatkan di setiap ruangan juga belum melakukan fungsinya secara optimal. Hubungan interpersonal antara tim keselamatan pasien dengan perawat hanya terjadi ketika tim keselamatan pasien akan memberikan informasi yang baru. Evaluasi keselamatan pasien selama ini belum pernah dilakukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

## 1.2 Perumusan Masalah

Budaya keselamatan pasien merupakan dasar utama dalam mewujudkan keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien secara garis besar dipengaruhi oleh 4 elemen yaitu terbuka (*open*), adil (*just*) dan informatif dalam melaporkan kejadian yang terjadi (*reporting*), dan belajar dari kesalahan yang ada (*learning*). Pembentukan budaya yang positif tergantung dari support yang diberikan untuk perubahan persepsi dan perilaku.

Support untuk pembentukan perilaku dapat menggunakan pengarahan yang sesuai. Mentoring merupakan cara yang tepat dan *support* yang lebih *powerful* dalam memberikan pengarahan untuk membentuk budaya keselamatan pasien. Penelitian tentang mentoring menunjukkan mentoring merupakan cara yang tepat menciptakan lingkungan yang kondusif dalam perubahan persepsi dan perilaku perawat. *Transfer of knowledge* dari perawat yang berpengalaman ke perawat

yang kurang pengalaman dengan tujuan untuk merubah persepsi dapat lebih mudah.

Rumah Sakit Islam Sultan Agung belum pernah melakukan evaluasi terhadap budaya keselamatan pasien. Pengarahan yang dilakukan oleh tim keselamatan pasien bersifat satu arah dan dinilai tidak efektif dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien. Tim keselamatan pasien mengidentifikasi beberapa hambatan yang berkaitan dengan keselamatan pasien di antaranya budaya menyalahkan (*blaming culture*) dan pelaporan. Hal ini menyebabkan terlambat dalam bertindak dan mengambil keputusan serta tidak bisa menjadi pembelajaran untuk mengurangi kejadian.

Penelitian terkait budaya dan mentoring telah banyak dilakukan, namun penelitian yang mengaitkan antara keduanya belum pernah dilakukan. Masalah penelitian yang dijawab pada penelitian ini adalah belum diketahuinya pengaruh program mentoring terhadap budaya keselamatan pasien.

### **1.3 Tujuan**

#### 1.3.1 Tujuan umum penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi pengaruh program mentoring keperawatan terhadap budaya keselamatan pasien

#### 1.3.2 Tujuan khusus penelitian

Tujuan khusus penelitian ini adalah agar dapat teridentifikasinya:

1.3.2.1 Karakteristik perawat yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, dan pelatihan yang diikuti

1.3.2.2 Penerapan budaya keselamatan pasien (dimensi keterbukaan, keadilan, pelaporan, dan pembelajaran) sebelum dilakukan program mentoring keperawatan pada kelompok intervensi

1.3.2.3 Penerapan budaya keselamatan pasien (dimensi keterbukaan, keadilan, pelaporan, dan pembelajaran) sesudah dilakukan program mentoring keperawatan pada kelompok intervensi

- 1.3.2.4 Penerapan budaya keselamatan pasien (dimensi keterbukaan, keadilan, pelaporan, dan pembelajaran) pada kelompok kontrol sebelum dilakukan program mentoring keperawatan pada kelompok intervensi
- 1.3.2.5 Penerapan budaya keselamatan pasien (dimensi keterbukaan, keadilan, pelaporan, dan pembelajaran) pada kelompok kontrol sesudah dilakukan program mentoring keperawatan pada kelompok intervensi
- 1.3.2.6 Perbedaan penerapan budaya keselamatan pasien sebelum dan sesudah dilakukan program mentoring keperawatan pada kelompok intervensi
- 1.3.2.7 Perbedaan penerapan budaya keselamatan pasien pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan program mentoring keperawatan pada kelompok intervensi
- 1.3.2.8 Perbedaan perubahan penerapan budaya keselamatan pasien sesudah dilakukan program mentoring keperawatan pada kelompok intervensi dan kontrol

#### **1.4 Manfaat**

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pengembangan pelayanan keperawatan khususnya manajemen keperawatan dan institusi pendidikan

##### **1.4.1 Manfaat Aplikasi**

Apabila program mentoring keperawatan dapat mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien, maka penelitian bermanfaat:

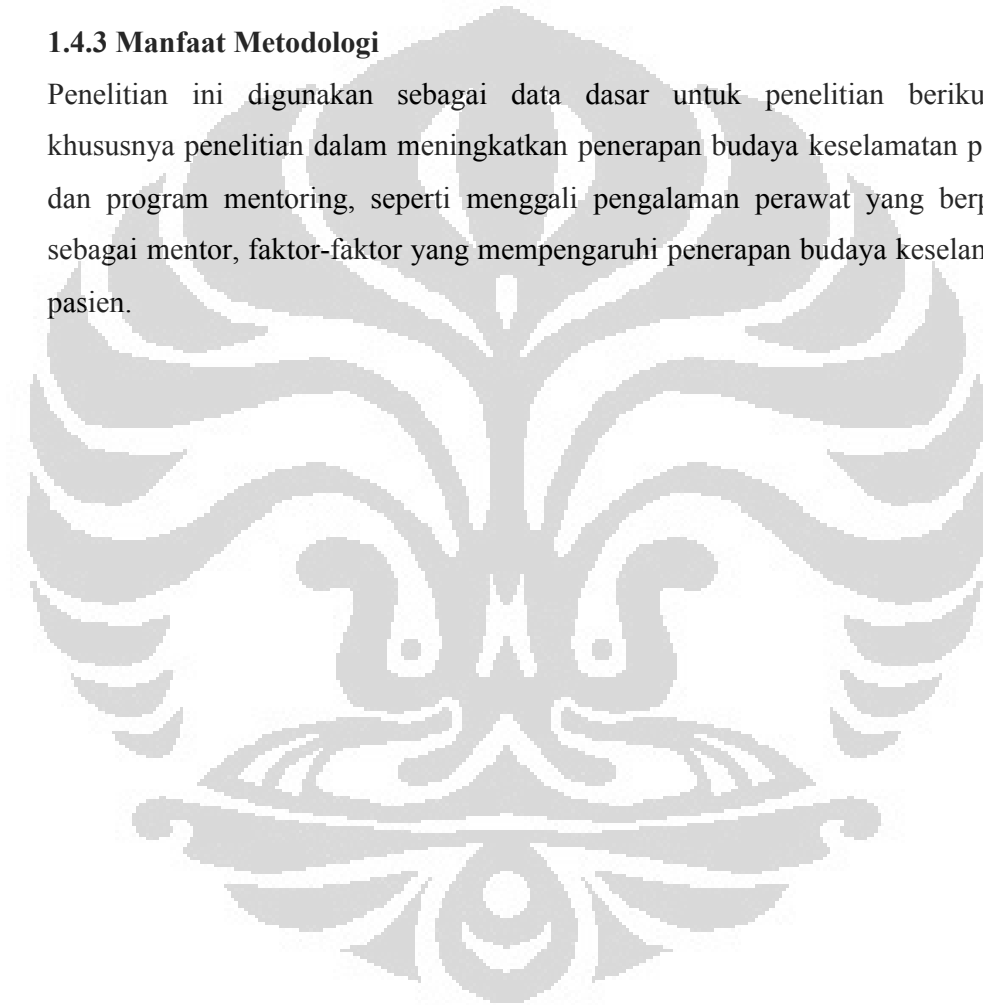
- 1.4.1.1 Sebagai masukan positif dan informasi bagi manajemen rumah sakit dalam pengembangan program keselamatan pasien
- 1.4.1.2 Sebagai contoh program bagi tim keselamatan pasien yang ada di rumah sakit tentang metode pengarahan yang dapat diterapkan untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien
- 1.4.1.3 Sebagai pusat informasi dan pengetahuan bagi perawat untuk meningkatkan komitmen dalam menerapkan budaya keselamatan pasien

#### **1.4.2 Manfaat Akademik/Keilmuan**

Penelitian ini dapat menambah khasanah keilmuan keperawatan manajemen dalam pengembangan metode pengarahan yang dapat diterapkan dalam tatanan praktek di rumah sakit. Budaya keselamatan pasien yang merupakan pokok dari keselamatan pasien dapat diterapkan dibidang keilmuan keperawatan dalam upaya untuk menjamin pemenuhan keselamatan pasien.

#### **1.4.3 Manfaat Metodologi**

Penelitian ini digunakan sebagai data dasar untuk penelitian berikutnya, khususnya penelitian dalam meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien dan program mentoring, seperti menggali pengalaman perawat yang berperan sebagai mentor, faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Budaya keselamatan pasien merupakan pondasi utama dalam menuju keselamatan pasien. Penerapan ini sejalan dengan *National Patient Safety Agency* dalam tujuh langkah menuju keselamatan pasien juga menekankan bahwa langkah awal menuju keselamatan pasien adalah dengan menerapkan budaya keselamatan pasien (Carthey & Clarke, 2010; NPSA, 2004; Reilling, 2006). Survey budaya keselamatan pasien telah menjadi pendekatan untuk memonitor keselamatan pasien dan berbagai jenis instrumen pengukuran budaya keselamatan pasien juga telah banyak dikembangkan. Mentoring merupakan suatu cara yang tepat dalam membangun kapasitas *transfer of knowledge* sehingga dapat merubah perilaku seseorang. Mentoring dapat memfasilitasi perawat dalam meningkatkan kemampuan praktik dan menjadi perawat professional (Ali & Panther, 2008). Peneliti akan menguraikan teori-teori yang terkait dengan budaya keselamatan pasien, dan mentoring.

#### **2.1 Penerapan Budaya Keselamatan Pasien**

##### **2.1.1 Pengertian Budaya Keselamatan Pasien**

Budaya keselamatan merupakan nilai, persepsi dan perilaku yang dianut oleh setiap individu di organisasi. Setiap individu dan grup bertanggung jawab terhadap keselamatan, berperilaku menjaga, meningkatkan dan mengkomunikasikan tentang keselamatan, berusaha untuk belajar aktif dari setiap kesalahan yang terjadi (Wiegman, Zhang, Thaden, Sharma, & Mitchell, 2002). Budaya keselamatan dari suatu organisasi merupakan keyakinan, perilaku, persepsi dan kompetensi dari individu dan kelompok yang berkomitmen untuk menciptakan organisasi dan manajemen yang *safety* (Cox & Flin, 1998; Lee, 1998; Wilpert, 2000 dalam Wiegman a& Thanden, 2007).

Budaya keselamatan dan iklim keselamatan merupakan dua hal berbeda yang memiliki persamaan dan perbedaan. Iklim keselamatan merupakan bagian dari budaya keselamatan, persepsi dari individu-individu di dalam suatu organisasi. Persepsi individu tentang keselamatan di dalam periode waktu dan tempat tertentu



(Wiegman, Zhang, Thaden, Sharma, & Mitchell, 2002). Budaya keselamatan merupakan karakteristik yang abadi yang dapat dilihat dari luar organisasi yang direfleksikan dalam perilaku individu di dalam organisasi. Sedangkan iklim keselamatan merupakan persepsi individu didalam organisasi yang bersifat sementara (*temporary*) dan dapat berubah tergantung dari kondisi organisasi (Wiegman & Thanden, 2007).

Budaya keselamatan pasien merupakan hal yang dinamis dan statis. Dinamis meliputi bagaimana organisasi mengoperasikan, menciptakan lingkungan yang kondusif bagi para anggotanya untuk mewujudkan budaya keselamatan pasien. Sedangkan, statis merupakan keyakinan, nilai dan persepsi yang dimiliki organisasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien (Hudson, 1999).

### **2.1.2 Arti Penting Budaya Keselamatan Pasien**

Budaya keselamatan pasien merupakan hal yang penting dalam keselamatan pasien. Membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk mewujudkan keselamatan pasien secara keseluruhan. Fokus pada budaya keselamatan pasien akan lebih berhasil apabila dibandingkan hanya fokus pada program keselamatan saja (Fleming, 2006; Reason, 2000).

Budaya keselamatan pasien merupakan langkah awal dalam mewujudkan keselamatan pasien. Standar NPSA (2004) yang juga pedoman dalam KKP-RS yaitu tujuh langkah menuju keselamatan pasien menyatakan bahwa pembangunan budaya keselamatan pasien menjadi fokus utama. Budaya keselamatan akan membantu organisasi dalam membuat kebijakan tentang keselamatan pasien. Manfaat utama dalam budaya keselamatan pasien adalah organisasi menyadari apa yang salah dan pembelajaran terhadap kesalahan tersebut (Reason, 2000).

Manfaat lain dalam budaya keselamatan pasien antara lain (Bird, 2005; Carthey & Clarke, 2010; NPSA, 2004):

- a. Organisasi kesehatan lebih tahu jika ada kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan telah terjadi

- b. Meningkatnya laporan kejadian yang dibuat dan belajar dari kesalahan yang terjadi akan berpotensi menurunkan kejadian yang sama berulang kembali dan keparahan dari keselamatan pasien
- c. Kesadaran akan keselamatan pasien, yaitu bekerja untuk mencegah *error* dan melaporkan jika ada kesalahan
- d. Berkurangnya perawat yang merasa tertekan, bersalah, malu karena kesalahan yang telah diperbuat
- e. Berkurangnya *turn over* pasien, karena pasien yang pernah mengalami insiden, pada umumnya akan mengalami perpanjangan hari perawatan dan pengobatan yang diberikan lebih dari pengobatan yang seharusnya diterima pasien
- f. Mengurangi biaya yang diakibatkan oleh kesalahan dan penambahan terapi
- g. Mengurangi sumber daya yang dibutuhkan untuk mengatasi keluhan pasien

### 2.1.3 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Organisasi yang menerapkan budaya keselamatan pasien yang positif berarti organisasi tersebut harus membangun organisasi yang terbuka (*open*), adil (*just*), informatif dalam melaporkan kejadian yang terjadi (*reporting*) dan belajar dari kejadian tersebut (*learning*). Budaya keselamatan yang baik adalah dimana perawat aktif dan konstan menyadari potensial terjadinya kesalahan dan dapat mengidentifikasi serta mengenali kejadian yang telah terjadi, belajar dari kesalahan dan mengambil tindakan untuk memperbaiki kesalahan tersebut (NPSA, 2004). Karakteristik budaya keselamatan yang proaktif meliputi komitmen dari pimpinan untuk diskusi dan belajar dari kesalahan, mendorong dan mempraktekkan kerjasama tim, membuat sistem pelaporan serta memberikan penghargaan kepada perawat (Pronovost & Sexton, 2005).

Dimensi budaya keselamatan pasien meliputi (Carthey & Clarke, 2010):

#### 2.1.3.1 Budaya Keterbukaan (*open culture*)

Perawat merasa nyaman berdiskusi tentang kejadian yang terjadi dan issue keselamatan pasien dengan teman satu tim atau dengan manajer. Perawat merasa yakin bahwa fokus utama dalam keterbukaan sebagai media pembelajaran dan

bukan untuk mencari kesalahan dari individu untuk mendapatkan hukuman (NPSA, 2004; Reilling, 2006).

Komunikasi tentang keselamatan pasien telah menjadi standar dalam *Joint Commission Accreditation of Health Organization* sejak tahun 2010. Komunikasi terbuka dapat diwujudkan pada saat serah terima, *briefing* dan ronde keperawatan. Perawat menggunakan komunikasi terbuka pada saat serah terima dengan mengkomunikasikan kepada perawat yang lain tentang resiko terjadinya insiden, melibatkan pasien saat serah terima. *Briefing* digunakan untuk berbagi informasi seputar issue-issue keselamatan pasien, perawat dapat secara bebas bertanya seputar keselamatan pasien yang potensial terjadi dalam kegiatan sehari-hari. Ronde keperawatan dapat dilakukan setiap minggu dan berfokus hanya pada keselamatan pasien (JCAHO, 2010; Nazham, 2009).

Keterbukaan juga didapatkan oleh pasien. Pasien berhak mendapatkan penjelasan akan tindakan dan juga kejadian yang telah terjadi. Pasien mendapatkan informasi tentang kondisi yang akan menyebabkan resiko terjadinya kesalahan. Perawat memiliki motivasi untuk memberikan setiap hal yang berhubungan dengan keselamatan pasien.

#### 2.1.3.2 Budaya keadilan (*just culture*)

Perawat dan pasien diperlakukan secara adil ketika terjadi insiden. Ketika terjadi insiden, tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. Aspek dalam budaya adil yang perlu mendapat perhatian adalah keseimbangan antara kondisi laten yang mempengaruhi dan dampak dari hukuman yang akan diberikan kepada individu yang bersalah. Perawat dan organisasi bertanggung jawab terhadap tindakan yang diambil (NPSA,2004; Reilling, 2006).

Budaya tidak menyalahkan perlu dikembangkan dalam menumbuhkan budaya keselamatan pasien. Perawat akan membuat laporan kejadian jika yakin bahwa laporan tersebut tidak akan mendapatkan hukuman atas kesalahan yang terjadi.

Lingkungan terbuka dan adil akan membantu untuk membuat pelaporan yang dapat menjadi pelajaran dalam keselamatan pasien.

Fokus pada kesalahan yang diperbuat perawat akan mempengaruhi psikologis perawat. Kesalahan yang dilakukan perawat akan berdampak secara psikologis yang dapat menurunkan kinerja (Yahya, 2006). Kesalahan yang terjadi lebih banyak disebabkan kesalahan sistem, jadi fokus pada apa yang diperbuat, hambatan yang mengakibatkan kesalahan serta resiko lain yang dapat terjadi dapat dijadikan pembelajaran daripada hanya terfokus pada siapa yang melakukan (Reason, 2000).

#### 2.1.3.3 Budaya pelaporan (*reporting culture*)

Pelaporan merupakan unsur penting dari keselamatan pasien. Informasi yang adekuat pada pelaporan akan dijadikan bahan oleh organisasi dalam pembelajaran (Jeff, Law, & Baker, 2007). Organisasi belajar dari pengalaman sebelumnya dan mempunyai kemampuan untuk mengidentifikasi faktor resiko terjadinya insiden sehingga dapat mengurangi atau mencegah insiden yang akan terjadi.

Hambatan atau kendala dalam pelaporan telah diidentifikasi sehingga proses pelaporan insiden menjadi lebih mudah. Hambatan yang dapat terjadi pada pelaporan diantaranya, perasaan takut akan disalahkan, perasaan kegagalan, takut akan hukuman, kebingungan dalam bentuk pelaporan, kurang kepercayaan dari organisasi, kurang menyadari keuntungan dari pelaporan (Bird, 2005; Jaw, Law, & Baker, 2007).

Perawat akan membuat pelaporan jika merasa aman apabila membuat laporan maka tidak akan mendapatkan hukuman. Perawat yang terlibat merasa bebas untuk menceritakan atau terbuka terhadap kejadian yang terjadi. Perlakuan yang adil terhadap perawat, tidak menyalahkan secara individu tetapi organisasi lebih fokus terhadap sistem yang berjalan akan meningkatkan budaya pelaporan (NPSA, 2004).

#### 2.1.3.4 Budaya pembelajaran (*learning culture*)

Setiap lini di dalam organisasi, baik perawat maupun manajemen menggunakan insiden yang terjadi sebagai proses belajar. Perawat dan manajemen berkomitmen untuk mempelajari kejadian yang terjadi. Mengambil tindakan atas kejadian tersebut untuk diterapkan sehingga dapat mencegah terulangnya kesalahan (Reilling, 2006). Umpan balik dari organisasi dan rekan satu tim merupakan suatu bentuk dari budaya belajar.

#### 2.1.4 Membangun Budaya Keselamatan Pasien

Mengembangkan budaya keselamatan dalam suatu organisasi melibatkan semua elemen yang ada di dalam organisasi, tidak hanya fokus pada individu yang berbuat salah tetapi juga melihat sistem yang ada di dalam organisasi. Insiden yang terjadi tidak hanya disebabkan oleh kompetensi yang kurang dari perawat tetapi juga manajemen yang ada di organisasi (Reason, 2000, 2003).

Insiden dalam keselamatan pasien melibatkan banyak faktor yang berperan, antara lain (NPSA, 2004):

##### a. Kegagalan Aktif (*Active Failure*)

Kegagalan aktif merupakan tindakan atau kelalaian yang sering disebut dengan tindakan yang tidak aman (*unsafe act*). Petugas kesehatan yang langsung berhubungan dengan pasien sering melakukan tindakan yang tidak aman. Kegagalan aktif meliputi: kekhilafan, kelalaian, kesalahan prosedur, kebijakan, stress, *training* yang tidak adekuat, supervisi yang buruk dan beban kerja yang terlalu banyak. Kegagalan aktif dapat dipengaruhi oleh kondisi laten dan faktor-faktor yang lain yang berkontribusi (Carthey & Clarke, 2010; Reason, 2000).

##### b. Kondisi Laten (*Laten System Condition*)

Kondisi laten merupakan pendekatan sistem yang digunakan dalam menyelesaikan masalah. Pendekatan utama pada pendekatan sistem adalah setiap manusia dapat melakukan kesalahan. Suatu insiden yang terjadi tidak untuk mencari kesalahan individu tetapi untuk mengoreksi sistem yang ada di dalam organisasi. Sistem yang kurang tertata menjadi predisposisi terjadinya

kesalahan. Suatu kondisi laten yang terus menerus terjadi akan menumpuk dan menambah peluang untuk terjadinya kesalahan (Reason, 2000). Kondisi laten juga akan meningkatkan kemungkinan perawat untuk melakukan *active failure*. Kondisi laten yang dapat menjadi faktor pemicu, antara lain: perencanaan tenaga yang kurang adekuat, model klinik yang diterapkan yang tidak sesuai dengan kondisi pasien, kebijakan dari pihak manajemen berkaitan dengan SOP, komunikasi yang kurang efektif.

c. Pelanggaran (*Violations*)

Individu atau kelompok dengan sengaja tidak mengikuti prosedur atau memilih tidak patuh terhadap prosedur dengan alasan tertentu. Alasan tersebut antara lain: tidak mengetahui prosedur, situasi yang mengakibatkan penyimpangan tersebut, kebiasaan dari individu atau kelompok tersebut, prosedur yang ada diyakini tidak dapat berjalan baik.

d. Faktor-faktor yang berkontribusi (*Contributory Factor*)

Faktor-faktor yang berkontribusi terjadinya kesalahan, antara lain :

- Pasien  
Pasien dapat berkontribusi terhadap terjadinya insiden, seperti karena usia atau perbedaan bahasa.
- Individu  
Setiap individu memiliki keunikan yang dapat menjadi faktor pemicu, seperti faktor psikologis, kondisi rumah dan hubungan dengan rekan kerja.
- Tugas  
Faktor dari tugas yang berperan terhadap terjadinya insiden meliputi kebijakan, standar operasional. Dua hal tersebut memerlukan pembaharuan sesuai dengan kondisi yang terbaru (*up to date*), mudah dimengerti, dapat digunakan dan relevan dengan kondisi yang ada.
- Komunikasi  
Faktor komunikasi meliputi komunikasi verbal dan nonverbal. Komunikasi yang tidak adekuat, tidak efektif, membingungkan dan komunikasi yang terlambat dapat menjadi faktor pemicu.

- Tim dan sosial  
Faktor tim dan sosial meliputi komunikasi di dalam tim, gaya kepemimpinan, struktur hirarki, kurang menghargai antar anggota, persepsi perawat terhadap tugas dan tanggung jawab.
- Pendidikan dan pelatihan  
Pendidikan dan pelatihan dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan pekerjaan atau merespon terhadap situasi darurat. Pelatihan yang baik dipengaruhi oleh materi dari pelatihan, gaya penyampaian pelatihan, monitoring dan evaluasi dari pelatihan.
- Peralatan dan sumber daya  
Faktor peralatan meliputi peralatan yang sesuai dengan kebutuhan, perawat yang bisa mengoperasikan peralatan tersebut, penyimpanan peralatan dan pemeliharaan dari peralatan tersebut.  
Faktor sumber daya meliputi kapasitas dari perawat untuk melakukan pekerjaannya, alokasi keuangan, alokasi perawat dan kemampuan dari perawat.
- Lingkungan dan kondisi kerja  
Faktor lingkungan dan kondisi kerja yang berpengaruh terhadap insiden, meliputi suhu ruangan yang tidak menyenangkan, penerangan yang kurang adekuat, keributan dan ruang kerja yang sempit.

### **2.1.5 Survey Budaya Keselamatan Pasien**

Survey budaya keselamatan pasien dapat dilakukan berdasarkan elemen yang mendasari dan berdasarkan tingkat maturitas dari organisasi dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Standar pengukuran budaya keselamatan pasien dikembangkan oleh beberapa organisasi seperti AHRQ, Stanford dan MaPSaF.

Survey budaya keselamatan yang dikembangkan oleh *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) adalah *The Hospital Survey on Patient Safety* dengan 12 elemen untuk mengukur budaya keselamatan pasien, meliputi kerjasama dalam unit, kerjasama antar unit, ekspektasi manajer, pembelajaran organisasi, dukungan manajemen, persepsi keselamatan pasien, umpan balik dan

komunikasi, komunikasi terbuka, pelaporan kejadian, *staffing*, *hand over* dan transisi, dan respon tidak menghukum.

Stanford mengembangkan instrumen *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) mengidentifikasi 6 elemen, meliputi kerjasama, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi stress, persepsi manajemen, dan kondisi kerja. *Stanford instrument* (SI) melihat dari 5 elemen budaya keselamatan pasien, antara lain organisasi, departemen, produksi, pelaporan, dan kesadaran diri. Sedangkan modifikasi dari *Stanford instrument* yaitu *Modified Stanford instrument* (MSI) hanya mengidentifikasi 3 elemen yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien, yaitu nilai keselamatan, takut atau reaksi negatif, persepsi keselamatan. Walaupun instrumen yang dikembangkan menggunakan elemen yang berbeda-beda, namun pada dasarnya elemen-elemen yang ada pada setiap instrumen tersebut untuk mengukur 4 dimensi budaya keselamatan kerja, yaitu keterbukaan (*open culture*), keadilan (*just culture*), pelaporan (*report culture*), dan pembelajaran dari masalah (*learning culture*). Perbandingan masing-masing elemen budaya keselamatan pasien pada masing-masing instrumen dapat dilihat pada table 2.1.

Tingkat kematangan (*maturity*) organisasi dalam menerapkan budaya keselamatan pasien terdiri dari 5 elemen, yaitu patologis, reaktif, kalkulatif, proaktif dan generatif. *Manchester patient Survey Assesment Framework* (MaPSaF) mengembangkan 5 elemen tersebut sebagai pedoman bagi organisasi dalam mengembangkan budaya keselamatan pasien (NPSA, 2006). Tingkat maturitas budaya keselamatan pasien dapat dilihat dalam table 2.2.



**Tabel 2.1. Perbandingan Elemen Budaya Keselamatan Pasien pada Masing-Masing Instrumen**

No	Komponen Keselamatan Pasien	Instrumen			
		HSPC	SAQ	SI	MSI
1	Keterbukaan ( <i>open culture</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komunikasi</li> <li>• Kerjasama dalam unit</li> <li>• Kerjasama antar unit</li> <li>• Persepsi keselamatan pasien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kerjasama</li> <li>• Iklim keselamatan</li> <li>• Persepsi manajemen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesadaran diri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nilai keselamatan</li> <li>• Persepsi keselamatan</li> </ul>
2	Keadilan ( <i>just culture</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umpan balik dan komunikasi</li> <li>• <i>Staffing</i></li> <li>• Respon tidak menghukum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepuasan kerja</li> <li>• Kondisi stress</li> <li>• Kondisi kerja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produksi</li> <li>• Departemen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Takut atau reaksi negatif</li> </ul>
3	Pelaporan ( <i>report culture</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pelaporan kejadian</li> <li>• <i>hand over</i> dan transisi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kondisi stress</li> <li>• Kondisi kerja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelaporan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Takut atau reaksi negatif</li> </ul>
4	Pembelajaran ( <i>learning culture</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pembelajaran organisasi</li> <li>• ekspektasi manajer</li> <li>• dukungan manajemen</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengorganisasian</li> </ul>	

Sumber: (Carthey & Clarke, 2010; Flemming, 2005)

Keterangan:

HSPC = *The Hospital Survey on Patient Safety*

SAQ = *Safety Attitudes Questionnaire*

SI = *Stanford Instrument*

MSI = *Modified Stanford Instrument*

Tabel 2.2. Tingkat Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

No	Tingkat Maturitas	Pendekatan dalam Budaya Keselamatan Pasien
1	Patologis	Organisasi belum memiliki sistem yang mendukung budaya keselamatan pasien yang positif.
2	Reaktif	Organisasi hanya berfikir tentang keselamatan setelah terjadi insiden. Sistem bersifat fragmentasi, dikembangkan hanya pada saat akreditasi dan reaktif terhadap insiden yang terjadi
3	Kalkulatif	Sistem sudah tertata baik, tetapi implementasinya masih bersifat segmental dan hanya pada <i>event</i> tertentu.
4	Proaktif	Organisasi aktif meningkatkan persepsi keselamatan pasien dan memberikan reward atas peningkatan keselamatan pasien. Sistem bersifat komprehensif dan melibatkan <i>stakeholder</i> , pendekatan berbasis pada bukti ( <i>evidence based</i> ).
5	Generatif	Budaya keselamatan pasien sudah terintegrasi dengan tujuan rumah sakit. Organisasi mengevaluasi efektifitas intervensi dan selalu belajar dari kegagalan sebelumnya.

Sumber : (Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), 2006; Flemming & Wentzell, 2008)

## 2.2 Mentoring

### 2.2.1 Pengertian Mentoring

Mentoring berasal dari *mythology* Yunani, kata mentor berarti berperan sebagai *adviser, role model, consellor, tutor* dan atau guru (Roberts, 1999). Mentoring merupakan proses pembelajaran dimana mentor mampu membuat *mentee* (peserta mentoring) yang tadinya tergantung menjadi mandiri. Mentoring merupakan bantuan secara tersembunyi “*offline help*” dari mentor ke *mentee* untuk transfer pengetahuan, pemikiran dalam kerja secara signifikan (McKimm, Jolie, & Hatter, 2007). Mentoring juga merupakan suatu hubungan antara 2 orang yang

memberikan kesempatan untuk berdiskusi yang menghasilkan refleksi, melakukan kegiatan/tugas dan pembelajaran untuk keduanya yang didasarkan kepada dukungan, kritik membangun, keterbukaan, kepercayaan, penghargaan dan keinginan untuk belajar dan berbagi (Ali & Panther, 2008; Anderson, 2011).

Mentoring merupakan bentuk support, umpan balik yang konstruktif bagi *mentee* dalam meningkatkan kemampuannya. Mentoring yaitu hubungan yang saling menguntungkan dari seseorang yang mempunyai pengalaman lebih kepada individu yang kurang berpengalaman untuk mengidentifikasi dan meraih tujuan bersama (Ali & Panther, 2008; Anderson, 2011; Dadge & Casey, 2009; McKimm, Jolie, & Hatter, 2007). Mentoring merupakan proses belajar dimana membantu, hubungan pribadi dan timbal balik yang dibangun dengan fokus pada prestasi dan dukungan emosional (Wong & Prekumar, 2007).

### **2.2.2 Pentingnya Mentoring**

Program mentoring lebih banyak mendatangkan keuntungan bagi *mentee* dalam proses belajar. Penelitian yang dilakukan oleh Kram menemukan bahwa mentoring memberikan manfaat bagi perkembangan karir dan psikososial (Gagliardi et.al,2009). Manfaat yang signifikan diperoleh perawat yang mendapatkan mentoring, seperti stress dan konflik kerja pada perawat akan berkurang, perawat akan lebih puas terhadap pekerjaan dan karir sehingga kecil kemungkinan untuk meninggalkan organisasi. Hasil positif ini didapatkan dari semua program mentoring baik formal maupun informal dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan program mentoring (Gagliardi et al., 2009; Wilkies, 2006).

Mentoring tidak hanya memberikan manfaat kepada *mentee* tetapi mentor juga merasakan manfaatnya. Mentor akan merasakan kepuasan kerja dari efek membantu orang lain, penciptaan waktu luang untuk kegiatan alternatif, pengakuan dari organisasi, dan prestasi kerja yang meningkat (A.T. & Singh, 2007; Gagliardi, et al., 2009). Mentoring bertujuan memberikan dukungan kepada individu sehingga mampu mengatasi masalah yang dihadapi dengan cara

menguatkan daya tahan mental yang ada, mengembangkan mekanisme baru yang lebih baik untuk mempertahankan kontrol diri dan mengembalikan keseimbangan yang adaptif, sehingga mampu mencapai tingkat kemandirian yang lebih tinggi serta mampu mengambil keputusan secara otonom (Dadge, Jean, & Casey, 2009). Mentor dapat berkontribusi dalam perencanaan profesionalisme perawat, meningkatkan kemampuan komunikasi (Planning Institute of Australia, 2011).

### 2.2.3 Jenis Mentoring

Mentoring secara struktur dibagi menjadi dua, formal mentoring dan informal mentoring (Ragins et.al, 2000). Formal mentoring berorientasi pada tujuan, dibangun oleh organisasi (Robert, 1999). Formal mentoring lebih berfokus pada tujuan organisasi daripada tujuan psikososial (Gilmour et.al, 2007). Organisasi menggunakan formal mentoring untuk menjaga standar, seperti orientasi pegawai baru dan peningkatan karir. Formal mentoring bergantung pada mentor, perencanaan sampai tujuan ditentukan oleh mentor (Robert, 1999). Mentoring formal lebih dihargai oleh organisasi. Pengakuan dari organisasi lebih sering terjadi dibandingkan dengan mentoring informal.

Informal mentoring merupakan mentoring secara spontan, dengan rentang waktu sesuai dengan kebutuhan *mentee* dan tidak memerlukan persiapan untuk proses mentoring. Informal mentoring tidak memerlukan kontrak secara formal dan tidak sesuai dengan tujuan organisasi. Informal mentoring terjadi berdasarkan kesepakatan dan fokus utama pada psikososial dan kebutuhan *mentee* (Mentor/National Mentorship Partnership, 2005; Ragins et.al, 2000). Informal mentoring terjadi secara sukarela, dan hubungan yang terbentuk berdasarkan rasa percaya antara mentor dan *mentee*. Informal mentoring dapat meningkatkan kepuasan kerja dan motivasi (Haider, 2007).

Jenis-jenis mentoring ada beberapa macam, beberapa ahli telah menggolongkan dalam beberapa jenis, antara lain: (Mentor/National Mentorship partnership, 2005)

a. Tradisional mentoring

Satu mentor mendapatkan satu *mentee*, dan disebut dengan mentoring eksklusif. Pertemuan untuk kegiatan dengan *mentee* dapat terjadi dimana saja, seperti di tempat kerja, di tempat rekreasi di mana saja sesuai dengan kesepakatan dengan *mentee*. Fokus pertemuan berbasis pada pengembangan karakter, karir, sosial, dan kemampuan kerja. *Mentee* terkadang menentukan fokus pertemuan yang ingin dicapai. Mentor bertemu *mentee* satu jam per minggu dan dilakukan minimal satu tahun. *Mentee* lebih merasa puas dengan tipe tradisional mentoring karena semua kebutuhan *mentee* dapat terfasilitasi sepenuhnya oleh mentor (McKimm, J., Jolie, C., & Hatter, M., 2007)

b. E-mentoring

Proses kegiatan mentoring yang menggunakan kecanggihan teknologi. Mentor dan *mentee* mengadakan komunikasi lewat *email*, *conference* dengan mentor sesuai dengan kesepakatan mentor dan *mentee*. Tipe mentoring ini terjadi apabila mentor dan *mentee* terpisah jarak untuk beberapa waktu (Gilmour, et.al., 2007). Pertemuan juga sesekali menggabungkan dengan pertemuan tatap muka 2 atau 3 kali pertemuan. Mentor dan *mentee* selalu menjaga komunikasi seminggu sekali.

c. Peer mentoring

*Mentee* mendapatkan mentor dari teman sendiri satu kelompok mentoring. Mentoring tipe ini terjadi apabila mentor berhalangan hadir untuk mengadakan pertemuan dengan *mentee*. Mentor memilih salah satu anggota *mentee* yang dianggap mampu untuk menggantikannya. Sebelumnya, *mentee* yang menggantikan mentor mendapatkan bekal yang akan disampaikan pada kegiatan mentoring (Gilmour, et. Al., 2007).

d. Tim mentoring

Jenis mentoring ini dilakukan apabila terdapat beberapa keahlian yang ingin dicapai oleh *mentee*. Satu kelompok *mentee* mendapatkan beberapa mentor sebagai pengampunya. Apabila keahlian yang ingin dilatih *mentee* sudah tercapai, maka *mentee* akan kembali lagi ke bentuk semula yaitu grup mentoring (Robert, 1999).

e. Grup mentoring

Grup mentoring dipimpin oleh seorang mentor dengan jumlah yang diharapkan tidak lebih dari 8 orang. Mentor dan *mentee* membuat komitmen untuk bertemu secara teratur setiap minggunya setidaknya selama satu jam. Interaksi yang terjadi di dalam kegiatan sebagian besar dipandu oleh mentor (Robert, 1999). Mentoring dengan jenis group ini lebih formal, fokus kegiatan berbasis tujuan dari organisasi.

#### 2.2.4 Peran Mentor

Mentoring dapat menghasilkan beberapa peran dari mentor dan terdapat persamaan peran dari berbagai bidang. Peran-peran mentor antara lain, sebagai guru, panutan, pelindung, penasehat, dan panduan (Noorwood, 2010; Ali & Panther, 2008). Peran tambahan diidentifikasi dalam literatur termasuk menjadi penasihat, penilai, pembimbing dan panutan (Haider, 2007). Seorang mentor harus memiliki kepercayaan, obyektifitas dan empati. Seorang mentor membantu *mentee* dalam mengenali potensi yang ada dan mengidentifikasi tujuan belajar *mentee* (Blauvelt & Spath, 2008; Johnson, 2002; Haider, 2007).

Karakteristik mentor yang baik adalah pendengar yang baik, dihargai sebagai profesional, dapat didekati, dapat diakses, tidak menghakimi, antusias, memberi saran/mendorong, bijaksana, berpengalaman, memberi tantangan konstruktif, etika, jujur, dan dapat dipercaya (Dyer, 2008). Karakteristik pendukung kesuksesan mentor meliputi berpikir kritis, kemampuan memecahkan masalah, fokus pada orang lain dan memberikan respon yang akurat ((Norwood, 2010).

### 2.2.5 Fase Hubungan Mentor-Mentee

Kualitas hubungan dari mentor dan *mentee* akan menentukan kualitas dari program mentoring. Hubungan yang penuh dengan kepercayaan dan menyenangkan akan meningkatkan *mentee* dalam proses belajar. Hubungan dari mentor-*mentee* dibangun dari tiga fase, yaitu fase inisiasi, fase kerja dan fase terminasi (Ali & Panther, 2008; Faoreur, 2008). Hubungan dari ketiga fase dapat dilihat pada gambar 2.1.

Gambar 2.1. Fase Hubungan Mentor-Mentee



Sumber: (Ali & Panther, 2008; Faoreur, 2008)

Fase hubungan dalam *mentoring* terdiri dari tiga fase yaitu fase inisiasi, fase pelaksanaan (kerja), dan fase terminasi. Fase inisiasi berfokus pada identifikasi kesamaan karakteristik antara individu mentor dan *mentee*, kemampuan atau pengakuan nilai-nilai yang dianut. Hal yang penting disadari pada fase inisiasi adalah keterbatasan dari peran mentor dan kemampuan *mentee*. Fase inisiasi bertujuan untuk menyamakan persepsi antara mentor dan *mentee* dan mengidentifikasi kemampuan *mentee*. Mentor dan *mentee* juga harus berkomitmen untuk melakukan program mentoring sampai selesai.

Pada fase kerja, fokus utamanya adalah pertumbuhan dan perkembangan dari hubungan dan pencapaian tujuan dalam mentoring. Pada fase ini dapat terdiri dari beberapa sesi pertemuan mentoring. Sejalan dengan perkembangan fase ini, rasa percaya dan berbagi menjadi terbentuk dan *mentee* menjadi lebih siap untuk memilih bentuk bantuan yang sesuai dengan kebutuhannya. *Mentee* secara bertahap menjadi lebih mandiri dan terkadang tidak mengharapkan bantuan. Selanjutnya, *mentee* dengan segala pemahaman barunya menjadi seorang yang

ingin mencoba dan mengambil resiko yang terus dipantau serta didukung. Kegiatan pada fase kerja meliputi kegiatan berlatih dan simulasi dari *mentee* serta penerapan langsung dari apa yang telah dipelajari selama program mentoring. Akhir fase kerja ditandai dengan meningkatnya kepercayaan diri *mentee*.

Pada fase terminasi, *mentee* bekerja dan bertindak atas inisiatif sendiri dan pada posisi ini *mentee* telah bekerja secara mandiri. Pada fase ini dilakukan evaluasi dari apa yang telah dilakukan *mentee* dan hambatan yang dirasakan serta pemecahan masalahnya. Proses dirasakan bermanfaat oleh kedua pihak, maka keduanya dapat mempertahankan hubungan pertemanan (Noorwood, 2010; Ali & Panther, 2008).

### **2.3 Mentoring dalam Keperawatan**

Mentoring merupakan strategi yang dapat digunakan untuk mengarahkan dan memotivasi perawat. Pengarahan (*directing*) merupakan fungsi manajemen dalam memberikan petunjuk dan mempengaruhi orang lain (McNamara, 1999 dalam Huber, 2006). Pengarahan meliputi tindakan supervisi, manajemen konflik, delegasi, komunikasi, memfasilitasi kolaborasi dan mempertahankan kinerja perawat. Motivasi merupakan strategi utama dalam meningkatkan kinerja untuk mencapai tujuan organisasi (Huber, 2006; Marquis & Huston, 2012). Mentoring membantu memperjelas nilai-nilai profesi dan organisasi. Mentor akan mendorong perawat dalam pengembangan profesi dan akan meningkatkan ketrampilan klinis. Fokus mentor adalah membimbing ke tujuan organisasi dan individu (Norwood, 2010).

Perawat memiliki kebutuhan untuk belajar yang spesifik dan berbeda-beda. Mentoring membantu memenuhi kebutuhan belajar perawat. Perawat dapat memanfaatkan mentoring sebagai proses konseling, *role model* dan persahabatan (*friendship*). Perawat dapat berbagi pengalaman, ide dari perawat yang berpengalaman kepada yang kurang pengalaman (*conseling*). Perawat yang menjadi *mentee* dapat mengamati keahlian dari mentor dan mengaplikasikannya dalam praktek klinis (*role model*). Perawat dan mentor dapat berbagi cerita,



keluhan, suka duka selama hari kerja tanpa takut melanggar aturan (*friendship*) (Norwood, 2010).

Mentoring dalam keperawatan bertujuan untuk meningkatkan retensi perawat di organisasi. Koop dan Hinkle mempelajari pendapat perawat tentang faktor yang mempengaruhi retensi perawat di tempat kerja. Perawat mencatat bahwa mentoring dan positif komunikasi interpersonal menjadi kunci dalam mempertahankan perawat di tempat kerja. Para perawat merekomendasikan pentingnya memiliki mentor dan *role model* untuk menciptakan lingkungan belajar yang berkesinambungan untuk mendapatkan kepercayaan diri (Bondas, 2006). Mentoring dalam keselamatan pasien dapat diartikan melibatkan tim dari keselamatan pasien dalam proses belajar bagaimana untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien.

## **2.4 Karakteristik Perawat**

Karakteristik perawat merupakan ciri-ciri individu yang melekat pada dirinya dan mempengaruhi dalam proses belajar dan kinerja. Adapun karakteristik perawat antara lain:

### **2.4.1 Usia**

Usia memiliki hubungan dengan kinerja dan tingkat kepuasan individu. Usia yang semakin bertambah akan memberikan kesempatan pekerjaan yang relatif sedikit. Pertambahan usia berkaitan dengan perkembangan fisik, kognitif dan psikososial. Tahapan perkembangan usia dibagi menjadi beberapa tahap, antara lain: periode pre natal, balita (0-3 tahun), remaja (11-20 tahun), dewasa muda (20-40 tahun), dewasa madya (40-65 tahun), dan dewasa tua (> 65 tahun) (Papalia, 2004).

Perkembangan usia yang paling produktif terletak pada tahapan usia dewasa muda dan dewasa madya. Tahapan dewasa menurut Levinson dalam Dariyo (2004) dan Stolte (2003) dibagi menjadi 3 tahapan, antara lain: transisi dewasa awal (17-22 tahun), dewasa awal (22-28 tahun), usia transisi (28-30 tahun), puncak dewasa

awal (33-45 tahun). Setiap tahapan ini mempunyai tugas perkembangan dan karakteristik yang berbeda.

Usia yang semakin tua akan kecil kemungkinan untuk berhenti dari pekerjaannya karena masa kerja yang panjang dan tunjangan yang lebih serta kesempatan pekerjaan yang akan diperoleh di luar semakin kecil (Robbins&Judge, 2008). Kepuasan kerja akan semakin bertambah seiring dengan usia, karena berhubungan dengan masa kerja perawat di rumah sakit (Haring&Galloway, 1993, dalam Stamps, 1997).

Usia dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap sesuatu. Usia semakin bertambah maka daya tangkap dan kemampuan intelegensinya semakin menurun, sehingga persepsi akan menurun. Penelitian Setiowati (2010) mengungkapkan bahwa umur merupakan variabel yang dapat mempengaruhi dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Hikmah (2008) menolak pendapat tersebut, di dalam penelitiannya tentang persepsi staff mengenai keselamatan pasien menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan persepsi staf mengenai keselamatan pasien.

#### **2.4.2 Jenis Kelamin**

Keperawatan merupakan suatu profesi yang mayoritas didominasi oleh perempuan. Walaupun lebih banyak perempuan, namun bukan berarti merupakan kekuatan satu-satunya yang mendominasi didalam pekerjaan. Wanita dan laki-laki memiliki peran yang sama dalam organisasi (Stamps, 1997). Hasil penelitian Stacy Cottingham 2010 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan jenis kelamin dalam *turn over* dan produktifitas perawat.

Kozier, Erb, Berman, dan Synder (2004) menyatakan bahwa keperawatan muncul sebagai profesi yang sejarahnya berasal dari prespektif perempuan. Laki-laki masih merupakan kaum minoritas di dalam keperawatan. Dick et al. (2009) dalam Abdou (2011) menunjukkan hasil penelitian bahwa hanya sekitar 10% perawat laki-laki di Amerika Serikat sedangkan di Canada tahun 2001 sekitar 9%.

Perawat laki-laki di United Kingdom tahun 2003 juga hanya terdapat 10% sedangkan di Netherland sedikit lebih baik yaitu 23%.

Stereotip bahwa perawat akan membuat laki-laki menjadi feminin menyebabkan laki-laki tidak mau masuk di dunia keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa laki-laki yang menjadi perawat memiliki kategori yang baik dalam maskulin dan feminin (Bararah, 2011).

### **2.4.3 Tingkat Pendidikan**

Pendidikan merupakan suatu indikator yang menunjukkan pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki individu untuk menyelesaikan pekerjaan. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi motivasi kerja individu (Gibson, 1996, dalam Hasibuan, 2008). Schutzenhoter dan Musser (1994) seperti yang dikutip oleh Nilasari (2010) membagi tingkat pendidikan dalam dua level, yaitu keperawatan dasar, dan level lanjutan. Keperawatan dasar merupakan tingkat pendidikan keperawatan non professional yaitu SPK dan DIII, sedangkan tingkat lanjutan merupakan keperawatan professional yaitu S1 dan S2 Keperawatan. UU Sisdiknas no 20 tahun 2003 pasal 15 telah menggariskan bahwa yang dimaksud dengan pendidikan profesi adalah pendidikan yang ditempuh setelah program sarjana. Oleh karena itu diperlukan adanya pengembangan sistem pendidikan dari vokasional (DIII Keperawatan) yang merupakan pendidikan ketrampilan menjadi professional (S1 Keperawatan).

Pendidikan dapat mempengaruhi persepsi. Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa pendidikan merupakan faktor dalam mempengaruhi persepsi, karena masing-masing tingkat pendidikan memiliki perbedaan pengetahuan dan cara pandang. Penelitian yang dilakukan oleh Setiowati (2010) bertolak belakang dengan pendapat Potter dan Perry, karena hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dan penerapan budaya keselamatan pasien. Demikian pula dengan penelitian yang dilakukan oleh Hikmah (2008) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan persepsi keselamatan pasien.

#### **2.4.4 Masa Kerja**

Masa kerja memberikan dampak pada produktifitas, kepuasan dan pembudayaan di organisasi. Masa kerja akan memberikan dampak yang positif terhadap tingkat produktifitas. Individu dengan masa kerja yang lebih lama akan mendapatkan pengetahuan yang lebih banyak daripada pekerja yang junior oleh karena itu kinerja individu yang senior menjadi role model bagi junior sehingga dapat membentuk budaya dari organisasi (Huber, 2006).

Setiowati (2010) menyatakan bahwa masa kerja berhubungan lemah dan positif dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Seniati (2006) juga menyatakan bahwa masa kerja mempunyai pengaruh terhadap komitmen organisasi.

Pendapat tersebut bertentangan dengan Robbins (2001) yang menyatakan bahwa semakin lama seseorang bekerja belum tentu lebih produktif dibandingkan dengan karyawan dengan pengalaman rendah. Penelitian Hikmah (2008) mendukung pendapat dari Robbins yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja dengan persepsi keselamatan pasien.

Masa kerja menurut PP no 22 tahun 1948 dikelompokkan menjadi dua, yaitu kelompok 1-3 tahun dan lebih dari 3 tahun. Kelompok 1-3 tahun dikatakan belum berpengalaman sedangkan lebih dari tiga tahun sudah dapat dianggap berpengalaman.

#### **2.4.5 Pelatihan**

Pelatihan merupakan proses mengajarkan kepada individu mengenai ketrampilan dasar yang dibutuhkan yang dapat meningkatkan kemampuan untuk mencapai tujuan organisasi. Pelatihan merupakan mengubah perilaku para pegawai untuk meningkatkan tujuan-tujuan organisasi. Pelatihan diperuntukkan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan teknis karyawan (Mangkunegara, 2003).

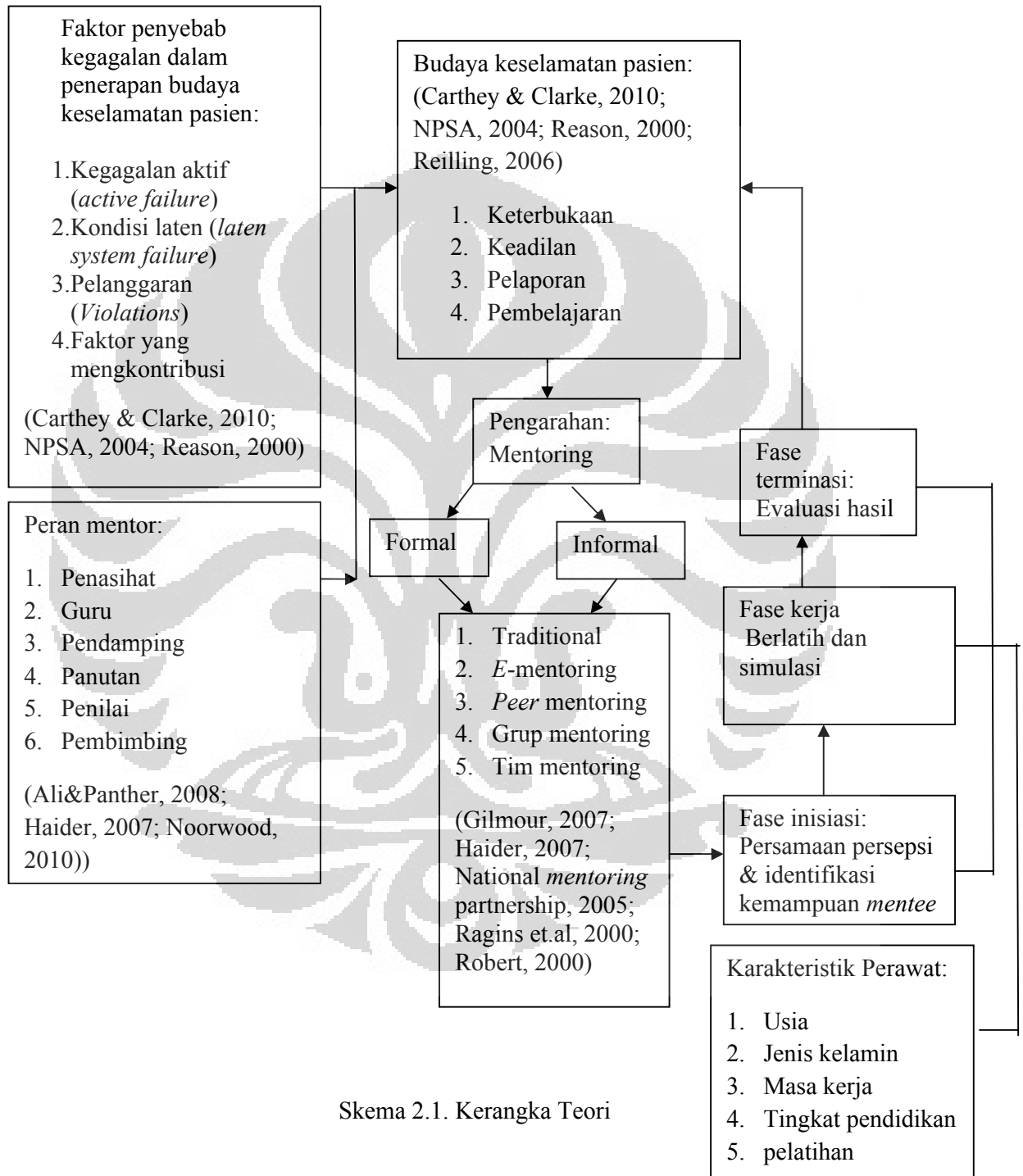
Nilasari (2010) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pelatihan dengan ketrampilan perawat klinik dalam penerapan keselamatan pasien. Hasil ini bertolak belakang dengan penelitian Setiowati (2010) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pelatihan dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

Pelatihan perlu diperhatikan dalam pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM) untuk pengembangan staff. Hasibuan (2008) menyatakan bahwa pelatihan merupakan suatu bentuk *reward* yang dapat meningkatkan motivasi karyawan. Pelatihan juga termasuk jenis dalam pengembangan karyawan, sehingga dengan adanya pelatihan akan memotivasi individu untuk bekerja lebih baik lagi (Hasibuan, 2008).

Pelatihan merupakan salah satu usaha untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia dalam dunia kerja. Pelatihan merupakan proses yang sistematis untuk mengubah perilaku kerja seseorang dalam usaha meningkatkan kinerja organisasi (Ivancevich, 2008). Setiap karyawan yang bekerja memerlukan pelatihan karena tuntutan pekerjaan yang berubah-ubah karena perubahan lingkungan kerja ataupun strategi. (Dessler, 2009).

## 2.5 Kerangka Teori

Kerangka teori dapat dilihat pada skema 2.1.



Skema 2.1. Kerangka Teori

### BAB 3

## KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL PENELITIAN

Bab ini akan membahas mengenai kerangka konsep, hipotesis, dan definisi operasional penelitian. Kerangka konsep penelitian diperlukan sebagai landasan berpikir untuk melakukan suatu penelitian yang dikembangkan dari tinjauan teori yang ada. Hipotesis penelitian diperlukan untuk menetapkan hipotesis nol atau alternatif sedangkan definisi operasional untuk memperjelas maksud dari suatu penelitian yang dilakukan (Arikunto, 2010).

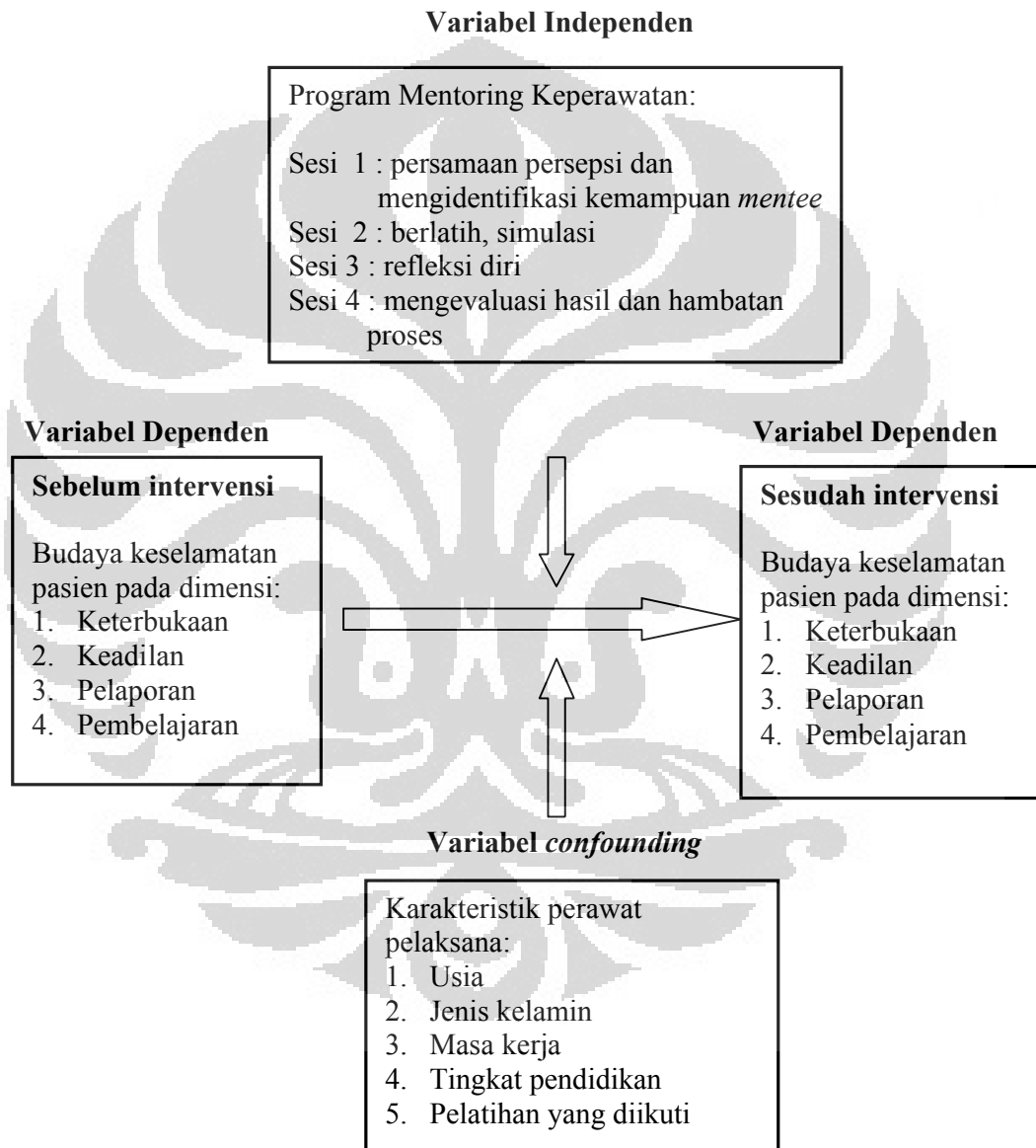
### 3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan suatu kerangka berpikir untuk menghubungkan antara variabel *dependen* dan variabel *independen*. Sedangkan variabel penelitian didefinisikan sebagai suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, obyek, atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2011).

Variabel *independen* adalah variabel yang mempengaruhi variabel lain. Variabel *independen* diamati, diukur mengetahui pengaruhnya dengan variabel lain (Sastroasmoro, 2011). Variabel *independen* pada penelitian ini adalah program mentoring yang dilakukan oleh tim keselamatan pasien kepada perawat pelaksana di ruang rawat inap RS Islam Sultan Agung Semarang. Program mentoring keperawatan yang dilakukan terdiri dari 4 sesi yang berdasarkan pada fase hubungan mentor dan *mentee*, yaitu fase inisiasi (1 sesi), fase kerja (2 sesi), dan fase terminasi (1 sesi)

Variabel *dependen* merupakan variabel *output*. Variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variabel independen (Sastroasmoro, 2011). Variabel *dependen* dalam penelitian ini adalah penerapan budaya keselamatan pasien yang dapat dilihat pada empat dimensi yaitu, dimensi keterbukaan, keadilan, pelaporan dan pembelajaran.

Efektifitas variabel independen dan variabel dependen dipengaruhi oleh variabel *counfounding* (variabel perancu), yaitu karakteristik responden sendiri, yang meliputi usia, jenis kelamin, masa kerja, tingkat pendidikan dan pelatihan yang pernah diikuti. Kerangka konsep pada penelitian ini sebagai berikut:



**Skema 3.1. Kerangka Konsep**



### 3.2 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap pertanyaan penelitian di mana harus dilakukan uji validitasnya secara empiris (Sastroasmoro, 2011). Berdasarkan rumusan tujuan dan pertanyaan penelitian pada bagian sebelumnya, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

#### 3.2.1 Hipotesis Mayor

Ada pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien.

#### 3.2.2 Hipotesis Minor

3.2.2.1 Ada pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien pada dimensi keterbukaan

3.2.2.2 Ada pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien pada dimensi keadilan

3.2.2.3 Ada pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien pada dimensi pelaporan

3.2.2.4 Ada pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien pada dimensi pembelajaran

### 3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan deskripsi dari variabel penelitian sehingga bersifat spesifik (tidak berinterpretasi ganda) dan terukur (*observable* atau *measureable*) (Sastroasmoro, 2011). Di bawah ini tabel 3.1 adalah definisi-definisi operasional penelitian ini:

**Tabel 3.1.**  
**Definisi Operasional Variabel Dependen dan Independen**

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR & ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA
1	Variabel dependen: Budaya keselamatan pasien	Persepsi, sikap dan perilaku perawat pelaksana yang mencerminkan keterbukaan, keadilan, pelaporan dan pembelajaran dalam memberikan pelayanan yang aman dan bebas dari cedera kepada pasien di rumah sakit.	Kuesioner yang terdiri dari 42 pernyataan dengan menggunakan skala likert 1-4 dengan pilihan selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah	1= budaya lemah, jika < 153 (mean)  2= budaya kuat, jika ≥ 153 (mean)	Ordinal
	a. Keterbukaan	Proses pertukaran informasi sesama perawat, perawat bebas mendiskusikan kejadian yang menyangkut keselamatan pasien	Kuesioner dengan jumlah 12 item pada pernyataan nomor 2,4,5,15,18,23,26, 28,32,36,43,49 dengan skala likert dengan pilihan selalu, sering kadang-kadang, tidak pernah	1= budaya keterbukaan lemah, jika < 44 (median)  2= budaya kuat, jika ≥ 44 (median)	Ordinal
	b. Keadilan	Respon tidak menghukum terhadap kesalahan (identifikasi pasien, komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, prosedur dan tepat pasien dioperasi, pengurangan resiko infeksi dan pengurangan pasien jatuh)	Kuesioner dengan jumlah 6 item pernyataan pada nomor 8,16,19,29,39,40 dengan skala likert dengan pilihan selalu, sering kadang-kadang, tidak pernah	1= budaya keadilan lemah, jika < 23 (mean)  2= budaya keadilan kuat, jika ≥ 23 (mean)	Ordinal

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	HASIL UKUR	SKALA
	c. Pelaporan	Tingkat keseringan kejadian (identifikasi pasien, komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, prosedur dan tepat pasien dioperasi, pengurangan resiko infeksi dan pengurangan pasien jatuh) yang dilaporkan oleh perawat pelaksana	Kuesioner dengan jumlah 12 item pernyataan pada nomor 7,9,10,12,13,17,24,25,33,45,46,47 dengan skala likert dengan pilihan selalu, sering kadang-kadang, tidak pernah	1= budaya pelaporan lemah, jika < 43 (mean) 2= budaya pelaporan kuat, jika ≥ 43 (mean)	Ordinal
	d. Pembelajaran	Perawat belajar dari kesalahan (identifikasi pasien, komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, prosedur dan tepat pasien dioperasi, pengurangan resiko infeksi dan pengurangan pasien jatuh) yang terjadi	Kuesioner dengan jumlah pernyataan 12 item pada nomor 1,3,6,14,,20,27,34,35,37,38,42,48 dengan skala likert dengan pilihan selalu, sering kadang-kadang, tidak pernah	1= budaya pembelajaran lemah, jika < 45 (median) 2= budaya pembelajaran kuat, jika ≥ 45 (median)	Ordinal
2.	Varibel terikat: Program mentoring keperawatan	Proses pembelajaran dari mentor ke <i>mentee</i> dengan tujuan untuk meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien dengan melalui 4 sesi, yaitu persamaan persepsi & mengidentifikasi kemampuan <i>mentee</i> , berlatih & simulasi, dan mengevaluasi hasil	Cecklist untuk kegiatan mentoring dengan jumlah 15 item	Skor maksimal= 15 Skor minimal= 0	Interval

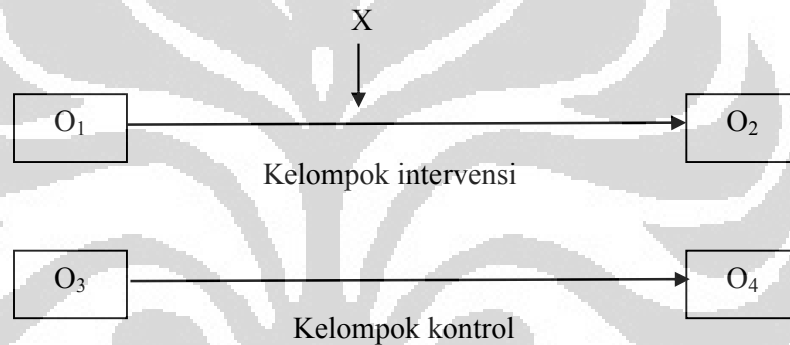
**Tabel 3.2**  
**Definisi Operasional Variabel *Confounding***

<b>NO</b>	<b>VARIABEL</b>	<b>DEFINISI OPERASIONAL</b>	<b>CARA UKUR</b>	<b>HASIL UKUR</b>	<b>SKALA</b>
1	Usia	Jumlah tahun yang dihitung sejak tanggal lahir hingga ulang tahun terakhir pada saat pengambilan data dilakukan	Satu item pertanyaan pada kuesioner A data demografi	Umur dalam tahun	Rasio
2	Jenis kelamin	Identitas seksual responden yang ditunjukkan dengan ciri-ciri fisik	Satu item pertanyaan pada kuesioner A data demografi	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Masa kerja	Jumlah tahun responden bekerja di rumah sakit dari masuk hingga pengambilan data	Satu item pertanyaan pada kuesioner A data demografi	Lama kerja dalam tahun	Rasio
4	Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir dibidang keperawatan sampai mendapatkan gelar akademik dan ijazah	Satu item pertanyaan pada kuesioner A data demografi	1. SPK 2. DIII/DIV 3. S1 Kep	Ordinal
5	Pelatihan yang pernah diikuti	Kegiatan yang diikuti minimal selama 2 hari dan berhubungan dengan keselamatan pasien	Satu item pertanyaan pada kuesioner A	1. Tidak pernah 2. Pernah	Nominal

## BAB 4 METODE PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *quasi eksperimen* dengan rancangan yang digunakan adalah *pretest-posttest with control group design*, yaitu terdapat dua kelompok yang satu sebagai kelompok kontrol dan satu sebagai kelompok intervensi (Sastroasmoro, 2011). Rancangan penelitian ini kelompok intervensi menerima perlakuan/intervensi sedangkan pada kelompok kontrol tidak dilakukan intervensi.



Skema 4.1 Desain penelitian *pre dan post test control group*

Keterangan:

- O<sub>1</sub>: hasil pengukuran penerapan budaya keselamatan pasien sebelum diberikan intervensi program mentoring keperawatan pada kelompok intervensi
- O<sub>2</sub>: hasil pengukuran penerapan budaya keselamatan pasien sesudah dilakukan intervensi program mentoring keperawatan pada kelompok intervensi
- O<sub>3</sub>: hasil pengukuran penerapan budaya keselamatan pasien pada kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi program mentoring keperawatan pada kelompok intervensi
- O<sub>4</sub>: hasil pengukuran penerapan budaya keselamatan pasien pada kelompok kontrol sesudah dilakukan intervensi program mentoring keperawatan pada kelompok intervensi
- X : intervensi program mentoring keperawatan
- O<sub>2</sub>–O<sub>1</sub> : perbedaan hasil pengukuran penerapan budaya keselamatan pasien pada kelompok intervensi sesudah dan sebelum dilakukan program mentoring keperawatan

$O_4 - O_3$  : perbedaan hasil pengukuran penerapan budaya keselamatan pasien pada kelompok kontrol sesudah dan sebelum dilakukan program mentoring keperawatan pada kelompok kontrol

$O_2 - O_4$  : perbedaan hasil pengukuran penerapan budaya keselamatan pasien pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah dilakukan program mentoring keperawatan

#### 4.2 Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang akan diteliti dan memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Populasi pada penelitian ini seluruh perawat rawat inap. Sampel adalah sebagian dari jumlah yang mewakili populasi (Sugiyono, 2011).

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *probability sampling* yaitu *simple random sampling*. Sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dipilih secara acak dengan menggunakan undian.

Pertimbangan dalam pemilihan sampel yang dilakukan peneliti adalah dengan menentukan kriteria yang terdiri dari kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah semua perawat yang bersedia menjadi responden dan kriteria eksklusi antara lain:

1. Perawat yang sedang cuti (cuti hamil, cuti menikah, cuti sakit).
2. Perawat yang sedang masa tugas/ijin belajar.
3. Perawat yang menjadi anggota tim keselamatan pasien di RS Sultan Agung Semarang

Perhitungan sampel pada penelitian menggunakan uji hipotesa beda proporsi dengan derajat kemaknaan 90% dan kekuatan uji 80% dengan rumus sebagai berikut:

$$n_1 = n_2 = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

$n_1$  : Besar sampel minimal untuk kelompok intervensi

$n_2$  : Besar sampel minimal untuk kelompok kontrol

$Z_{1-\alpha/2}$  : Nilai Z pada derajat kemaknaan tertentu yang ditetapkan peneliti  
(90%, 95%, 99% = 1,64; 1,96; 2,58)

$Z_{1-\beta}$  : Nilai Z pada kekuatan uji (power) tertentu yang ditetapkan peneliti  
(80%, 90%, 95%, 99% = 0,84; 1,28; 1,64; 2,33)

$P_1$  : Proporsi efek yang diteliti

$P_2$  : Proporsi efek yang standar

$P_1-P_2$  : selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna (*judgment* peneliti)

$P$  : Rata-rata  $P_1$  dan  $P_2 = (P_1+P_2)/2$

(Sastroasmoro & Ismael, 2010; Dahlan, 2009).

Estimasi dilakukan pada derajat kemaknaan 10%, kekuatan uji 80%. Berdasarkan rumus besar sampel minimal di atas didapatkan adalah:

$$n_1 = n_2 = \frac{[1,64 \sqrt{2(0,53)(0,47)} + 0,84 \sqrt{0,43(0,57) + 0,73(0,37)}]^2}{(0,73-0,43)^2}$$

$$n_1 = n_2 = 41,2$$

Sampel minimal pada penelitian ini adalah 41 perawat. Untuk mengantisipasi adanya kemungkinan sampel yang *droup out*, maka dilakukan penambahan subyek dengan rumus:

$$n' = \frac{n}{1-f} = \frac{41}{1-0,1} = 45$$

Keterangan;

$n$  = jumlah sampel yang dihitung

$f$  = perkiraan proporsi *droup out* sebesar 10%

Hasil perhitungan di atas di ketahui bahwa minimal sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 45 perawat untuk masing-masing kelompok. Dengan demikian jumlah sampel pada penelitian ini adalah 90 perawat. Sampel dianggap *droup out* jika program mentoring keperawatan tidak selesai dilakukan.

Saat penelitian jumlah sampel tidak berubah dan pada kelompok intervensi semua responden mengikuti seluruh proses penelitian tanpa ada satu responden pun yang absen dalam kegiatan penelitian

#### **4.3 Tempat Penelitian**

Penelitian dilakukan pada dua tempat yaitu di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang sebagai kelompok intervensi, dan Rumah Sakit Muhammadiyah Semarang sebagai kelompok kontrol, karena memiliki karakteristik rumah sakit yang sama, yaitu ciri rumah sakit yang sama, yaitu sebagai rumah sakit bercirikan islami dan sama-sama sedang mengembangkan program keselamatan pasien.

#### **4.4 Waktu Penelitian**

Waktu penelitian dimulai dari tahap penyusunan proposal pada minggu kedua Februari hingga minggu ketiga Maret 2012. Ujian proposal pada minggu keempat Maret 2012 dan pengambilan data dilakukan peneliti pada minggu keempat April sampai minggu ketiga Mei 2012. Sebelum dimulai kegiatan mentoring terlebih dahulu dilakukan *pre test* pada minggu keempat April 2012 dan kegiatan dilakukan selama 4 sesi pada minggu keempat April 2012 sampai minggu kedua Mei 2012. Kegiatan diakhiri dengan *posy test* pada minggu kedua Mei 2012, sedangkan pada kelompok kontrol pada minggu ketiga Mei 2012. Rincian kegiatan penelitian yang dilalui adalah sebagaimana yang tercantum dalam lampiran 2.

#### **4.5 Etika Penelitian**

Kode etik penelitian profesi keperawatan berdasarkan *American Nurses Assosiation* (ANA) dalam Burns & Grove (2009) terdiri dari lima, yaitu:

##### *1. Self Determination*

Setiap responden mempunyai hak secara otonomi untuk membuat keputusan secara sadar untuk berpartisipasi atau tidak dalam suatu penelitian. Responden mempunyai hak untuk menanyakan seputar penelitian, menolak memberikan informasi dan menghentikan partisipasinya (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Sebelum dilakukan intervensi, peneliti mengumpulkan responden kelompok



intervensi untuk diberikan penjelasan tentang tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien. Responden juga diberikan penjelasan tentang intervensi yang dilakukan bahwa intervensi dilakukan sebanyak empat sesi dengan alokasi waktu tiap sesi antara 30-60 menit. Responden diberikan kesempatan untuk memberikan persetujuan maupun menolak berpartisipasi dalam penelitian. Responden yang bersedia selanjutnya diberikan lembar persetujuan untuk ditandatangani oleh responden. Responden diberikan kesempatan untuk bertanya sebelum menandatangani *informed consent*.

Peneliti menjelaskan cara-cara pengisian kuesioner kepada responden dan memberikan kesempatan responden untuk bertanya hal-hal yang tidak dipahami berkenaan dengan intervensi yang akan dilakukan. Pada kelompok kontrol, responden juga diberikan penjelasan secara lisan dan tulisan bahwa data yang diperoleh digunakan sebagai data kontrol dan tidak mendapatkan intervensi apapun. Penjelasan diberikan secara berkelompok kepada responden. Pengisian baik *informed consent* maupun kuesioner dilakukan oleh responden dalam keadaan rileks dan terjaga kerahasiannya.

## 2. *Privacy* dan *Dignity*

Peneliti menjaga *privacy* responden. Peneliti menjaga *privacy* responden dengan cara menghargai setiap data yang diberikan responden (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Data yang telah diberikan hanya digunakan oleh peneliti untuk kepentingan penelitian dan tidak akan berpengaruh terhadap pengembangan karir responden di rumah sakit. Peneliti tidak memaksa responden untuk memberikan informasi sesuai dengan keinginan peneliti, dan peneliti tidak membagi informasi yang diberikan kepada orang lain. Pada kelompok intervensi, pada saat melakukan intervensi program mentoring keperawatan, peneliti menyediakan ruangan sendiri untuk menjaga *privacy* responden dan terbebas dari rutinitas kegiatan di ruangan. Peneliti menyediakan tempat di ruang rapat 1 dan 2 serta ruang komite medik.

### 3. *Anonymity dan Confidentiality*

Peneliti bertanggung jawab untuk menjaga *anonymity* responden dan menjaga *confidentiality* data. *Anonymity* pada penelitian ini dilakukan dengan cara peneliti tidak mencantumkan identitas responden, melainkan dengan memberikan kode responden. Data penelitian dari responden hanya diketahui oleh peneliti dan responden yang bersangkutan. Prinsip *confidentiality*, dilakukan peneliti dengan cara menjaga semua informasi yang diperoleh dari responden dan hanya memakainya untuk keperluan penelitian. Semua catatan dan data responden disimpan sebagai dokumen penelitian, untuk kemudian dimusnahkan setelah dokumen tersebut digunakan, maksimal dalam kurun waktu 5 tahun (Poerwandari, 2009).

### 4. *Fair Treatment*

*Fair Treatment* berarti setiap individu memiliki hak yang sama untuk terlibat didalam suatu penelitian tanpa diskriminasi (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Kelompok penelitian mendapatkan intervensi yang sama yaitu program mentoring keperawatan. Kelompok kontrol yang tidak mendapatkan intervensi untuk tetap menjaga *fair treatment*, setelah penelitian peneliti memberikan kepada rumah sakit modul program mentoring keperawatan yang dapat dilakukan di rumah sakit.

### 5. *Protection from Discomfort and Harm*

Peneliti mempertimbangkan kenyamanan responden dan risiko intervensi selama penelitian. Kenyamanan responden baik fisik, psikologis dan sosial tetap dipertimbangkan. Peneliti menekankan bahwa apabila responden merasa tidak nyaman selama dilakukan penelitian, maka responden diberikan pilihan untuk menghentikan partisipasinya atau terus melanjutkan (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Rasa tidak nyaman yang dapat timbul saat penelitian adalah ketika program mentoring berlangsung responden merasa tidak sepuas dengan mentor atau memiliki konflik personal. Ketika terjadi konflik atau tidak sepuas antara mentor dengan *mentee* maka responden dapat keluar dari intervensi. Selama kegiatan berlangsung responden merasa nyaman dan tidak ada responden yang keluar dari program mentoring keperawatan.

#### 4.6 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data pada penelitian terdiri dari:

1. Kuesioner A yang berisi karakteristik perawat terdiri dari lima item pertanyaan: usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan pelatihan yang pernah diikuti. Kuesioner A ini diisi langsung oleh perawat sebagai responden.
2. Kuesioner B, diisi oleh perawat, berisi tentang penerapan budaya keselamatan pasien yang meliputi, keterbukaan, keadilan, pelaporan dan pembelajaran. Kuesioner B merupakan modifikasi dari instrumen penelitian yang sudah ada sebelumnya yaitu Setiowati (2010) yang melakukan penelitian hubungan kepemimpinan efektif dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Peneliti melakukan modifikasi pada kuesioner dengan menambah jumlah item pada kuesioner. Kuesioner terdiri dari 42 pernyataan *pre* dan *post test*. Masing-masing pernyataan terdiri atas 4 pilihan, yaitu selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah.

Kuesioner terdiri dari pernyataan *favorable* dan *non-favorable*. Pernyataan *favorable*, adalah pernyataan yang mengandung makna positif dengan rentang nilai selalu=4, sering=3, kadang-kadang=2, dan tidak pernah=1. Sedangkan pernyataan *non-favorable* merupakan pernyataan yang mengandung makna negatif dengan rentang nilai: selalu=1, sering=2, kadang-kadang=3, tidak pernah=4. Kisi-kisi pernyataan kuesioner secara lengkap terdapat pada lampiran 1

3. Kuesioner C merupakan lembar observasi program mentoring yang akan diisi oleh observer digunakan untuk memastikan pelaksanaan program mentoring berjalan dengan baik. Kuesioner C berbentuk format observasi terdiri dari 15 pernyataan, dengan alternatif observasi “Ya” (bila tindakan dilakukan) dengan skor 1 dan “tidak” (bila tindakan tidak dilakukan) dengan skor nilai 0.

#### 4.7. Uji Instrumen

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan untuk mendapatkan instrumen (kuesioner) yang akurat dan objektif. Uji coba kuesioner dilakukan pada 30 perawat di RS Muhammadiyah Semarang pada tanggal 20 April 2012. Rumah Sakit tersebut dianggap mempunyai karakteristik yang sama dengan responden penelitian

Kuesioner B tentang penerapan budaya keselamatan pasien dilakukan dengan uji *pearson product moment*. Keputusan uji untuk menentukan validitas tersebut dengan membandingkan nilai  $r$  hitung dengan  $r$  tabel. Apabila  $r$  butir pertanyaan ( $r$  hitung pada *Corrected Item-Total Correlation*) bernilai lebih besar dari  $r$  tabel yaitu  $r = 0,361$  maka butir pertanyaan tersebut dikatakan valid (Sastroasmoro, 2011). Pada saat uji validitas didapatkan 5 nomor yang tidak valid, yaitu nomor 21, 31, 41, 44, dan 50 karena nilai  $r$  hitung  $< 0.361$ , rata-rata nilai  $r$  pada uji validitas antara 0.372-0.989. Kemudian jumlah soal yang tersisa diterapkan pada responden yang sesungguhnya, dalam rangka pemurnian data untuk pengolahan data yang benar-benar valid dan hanya item kuesioner yang benar-benar valid yang akan digunakan dalam pengolahan data. Apabila  $r$  butir pertanyaan bernilai lebih besar dari  $r$  yang ditetapkan, yaitu 0.3 maka butir pertanyaan tersebut dikatakan valid (Sugiyono, 2011). Pada hasil akhir diketahui bahwa terdapat 3 nomor yang tidak valid, yaitu nomor 11, 22, dan 30. Secara rinci disajikan dalam tabel (lampiran 1)

Pertanyaan yang valid secara bersama-sama diukur reliabilitasnya dengan *Cronbach's Alpha*. Apabila  $r$  Alpha  $\geq 0,70$  berarti pertanyaan tersebut reliabel (Polit & Hungler, 2001). Pernyataan yang tidak valid dihilangkan sepanjang butir pernyataan dari sub variabel sudah terwakili dan tidak mempengaruhi nilai *cronbach's alpha* yaitu  $\geq 0,70$ . Hasil akhir uji reliabilitas diperoleh nilai *Cronbach's Coefficient-Alpha* adalah 0.930, lebih besar 0,7, maka dengan demikian dapat disimpulkan bahwa instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah valid dan reliabel.

Kuesioner C berupa lembar observasi untuk mengevaluasi mentoring, dibantu oleh 3 observer yaitu tenaga pendidik dengan latar belakang pendidikan S2 Keperawatan yang berasal dari luar RS Islam Sultan Agung Semarang. Maka dilakukan uji *intereter reliability* dengan uji Kappa (Sastroasmoro, 2011), dengan ketentuan uji:

- a. Peneliti dan observer data bersama-sama mengobservasi
- b. Waktu mengobservasi antara peneliti dan observer tidak boleh ada perbedaan. Bila nilai koefisien kappa  $> 0,6$  atau  $p < \alpha (0,05)$ , maka persepsi antara peneliti dan observer sama.

Pada penelitian ini uji intereter dilakukan pada saat tahapan pelatihan mentor, pada waktu redemonstrasi mentor dan *mentee*. Hasil uji intereter didapatkan hasil bahwa uji Kappa signifikan, tidak ada perbedaan antara observer dengan peneliti mengenai aspek yang diobservasi dengan nilai Kappa sebesar 0.526 dengan  $p 0.039$ .

#### 4.8. Prosedur Pengumpulan Data

Proses penelitian ini dilaksanakan dalam dua tahap, yaitu tahap persiapan dan tahap pelaksanaan yang secara rinci dijelaskan pada tabel 4.1

Prosedur pengumpulan data meliputi:

1. Prosedur administrasi
  - a. Peneliti mengajukan kaji etik penelitian pada komite etik FIK UI setelah ujian proposal pada 30 Maret 2012 (lampiran 3)
  - b. Peneliti mengajukan surat ijin penelitian yang dikeluarkan oleh FIK UI dan ditujukan kepada Direktur RS Islam Sultan Agung Semarang dan Direktur RS Muhammadiyah Semarang (lampiran 4)
  - c. Setelah mendapatkan ijin penelitian, peneliti meneruskan surat ijin penelitian kepada ketua tim keselamatan pasien rumah sakit tempat penelitian
2. Prosedur teknis
  - a. Peneliti melakukan penelitian pada Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang sebagai kelompok intervensi dan Rumah Sakit Muhammadiyah Semarang sebagai kelompok kontrol.

- b. Peneliti mensosialisasikan kegiatan yang akan dilakukan pada kedua rumah sakit. Peneliti juga meminta kerjasama dari tim keselamatan pasien dan bagian diklat selama kegiatan berlangsung serta meminta ijin untuk disediakan ruangan untuk pelaksanaan program mentoring keperawatan.
- c. Peneliti dengan dibantu ketua tim keselamatan pasien memilih 7 orang mentor untuk mendampingi *mentee* selama proses, dengan perbandingan mentor *mentee* (1 : 7)
- d. Peneliti memberikan pelatihan mentor kepada tim keselamatan pasien yang terpilih
- e. Mentor yang terpilih dievaluasi setelah diberikan pelatihan dengan evaluasi tertulis menggunakan lembar penilaian mentor, keseluruhan mentor memiliki kemampuan yang baik yaitu dengan rata-rata skor 14.27 dari skor total 15
- f. Pada kelompok intervensi:
  - 1.) Peneliti membuat daftar nama responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
  - 2.) Peneliti memilih responden yang memenuhi kriteria eksklusi dengan dibantu oleh bagian diklat untuk mendapatkan daftar nama, kemudian dengan bagian diklat menuliskan nama dikertas kecil dan kemudian di ambil secara acak sampai jumlah responden terpenuhi
  - 3.) Peneliti memberikan penjelasan penelitian pada responden secara bersama-sama meliputi tujuan penelitian, manfaat yang akan diperoleh, gambaran singkat tentang kegiatan penelitian, peran yang diharapkan dari responden serta konsekuensi dari penelitian (lampiran 6). Responden diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang tidak dimengerti. Setiap responden diberikan kebebasan untuk memberikan persetujuan atau menolak menjadi subjek penelitian. Peneliti memberikan lembar persetujuan atau *informed consent* untuk ditandatangani oleh

responden jika bersedia berpartisipasi di dalam penelitian (lampiran 7).

- 4.) Peneliti meminta kepada responden untuk mengisi kuesioner sebagai *pre test*
- 5.) Peneliti membagi responden dan mentor yang bertanggung jawab di tiap kelompok dengan perbandingan 1 : 6/7
- 6.) Responden mengikuti program mentoring selama 2 minggu dengan empat sesi pertemuan dengan alokasi waktu tiap pertemuan 30-60 menit
- 7.) Jadwal pertemuan untuk masing-masing kelompok disusun seminggu 2 kali dan disesuaikan dengan kegiatan mentor dan responden. Semua jadwal pertemuan berlangsung pada pukul 12.30
- 8.) Sesi I: dilakukan penyamaan persepsi dan mengidentifikasi kemampuan *mentee*. Mentor dan *mentee* mendiskusikan mengenai budaya keselamatan pasien dan memotivasi *mentee* untuk mengungkapkan permasalahan yang dihadapi di ruangan.
- 9.) Sesi II: mentor dan *mentee* melakukan latihan dan simulasi tentang budaya keselamatan pasien. Dalam mentoring latihan yang dilakukan tentang budaya keselamatan pasien, yaitu membuat pelaporan
- 10.) Sesi III: mentor dan *mentee* mengevaluasi hasil dan hambatan dari simulasi yang telah dilakukan. Hambatan yang terjadi selama simulasi para *mentee* masih merasa kesusahan membuat pelaporan dan kemudian mentor menjelaskan kembali pada *mentee* dalam membuat pelaporan
- 11.) Sesi IV: mentor dan *mentee* mengevaluasi secara keseluruhan yang telah dicapai didalam program mentoring keperawatan. *Mentee* mendokumentasikan apa yang didiskusikan hambatan dan kesannya terhadap program mentoring keperawatan.
- 12.) Setelah empat sesi penerapan program mentoring keperawatan. Peneliti meminta responden perawat pelaksana untuk mengisi

kuesioner sebagai *post test* intervensi terhadap pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien

g. Pada kelompok kontrol

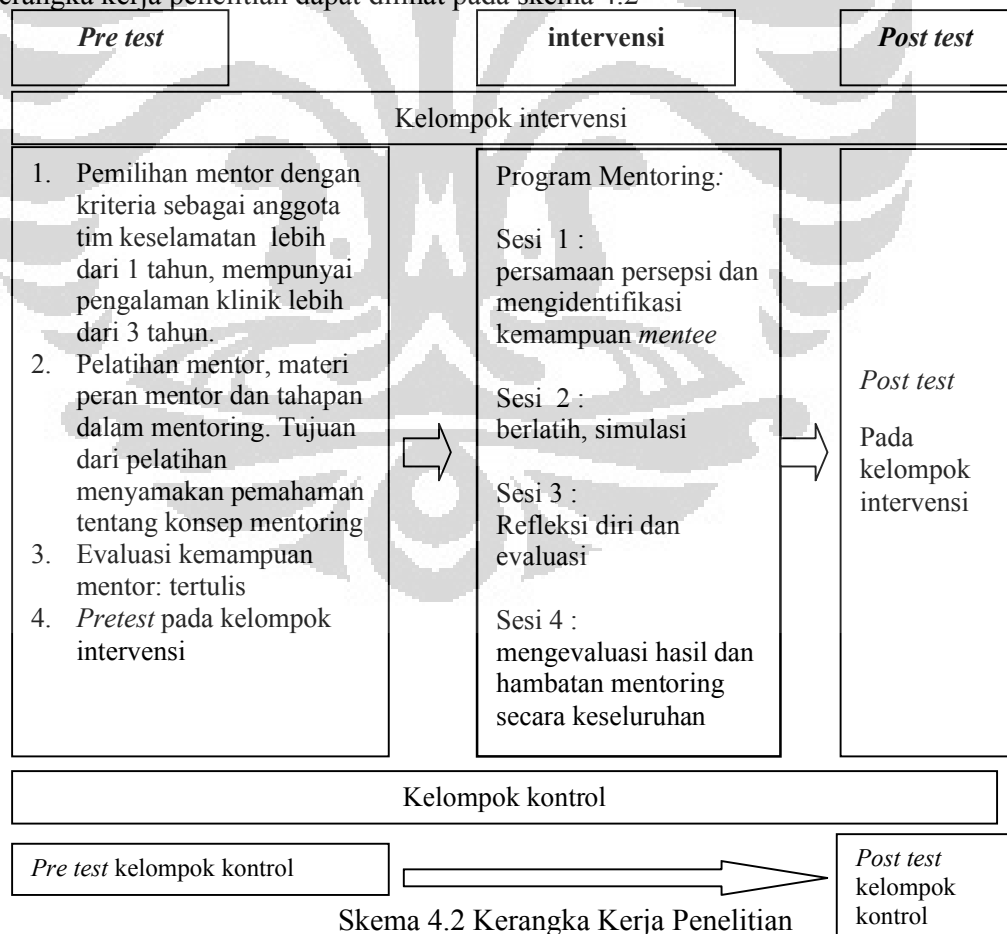
- 1.) Peneliti membuat daftar nama responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
- 2.) Peneliti memilih responden yang memenuhi dengan cara mengundi mengundi daftar nama yang ada sampai terkumpul sesuai dengan jumlah sampel yang dibutuhkan
- 3.) Peneliti menjelaskan tujuan dan prosedur penelitian serta meminta persetujuan dari responden untuk berpartisipasi dalam penelitian. Setiap responden diberikan kebebasan untuk memberikan persetujuan atau menolak menjadi subjek penelitian. Peneliti memberikan lembar persetujuan atau *informed consent* untuk ditandatangani oleh responden jika bersedia berpartisipasi didalam penelitian
- 4.) Peneliti meminta kepada responden untuk mengisi kuesioner
- 5.) Setelah seluruh data terkumpul, peneliti menawarkan tentang program mentoring keperawatan kepada rumah sakit yang akan dilakukan di luar waktu penelitian dan juga memberikan panduan pelaksanaan mentoring sehingga perawat dapat menerapkan sendiri program mentoring. Rumah sakit menyetujui untuk hanya diberikan panduan program mentoring keperawatan saja.



Tabel 4.1 Rincian Kegiatan Pengumpulan Data di RS Islam Sultan Agung Semarang dan RS Muhammadiyah Semarang, April- Mei 2012

Hari/Tanggal	Kegiatan
Selasa, 24 April 2012	Memilih mentor yang sesuai dengan kriteria, didapatkan 7 orang mentor
Sabtu, 28 April 2012	Pelatihan dan evaluasi mentor
Senin, 30 April 2012	Penjelasan penelitian, <i>pre test</i> dan pelaksanaan program mentoring sesi I untuk kelompok 1,2,3,4
Selasa, 1 Mei 2012	Penjelasan penelitian dan <i>pre test</i> kelompok kontrol
Rabu, 2 Mei 2012	Penjelasan penelitian, <i>pre test</i> dan pelaksanaan program mentoring sesi I untuk kelompok 5,6,7
Kamis, 3 Mei 2012	Program mentoring sesi II kelompok 1,2,3,4
Sabtu, 5 Mei 2012	Program mentoring sesi II kelompok 5,6,7
Selasa, 8 Mei 2012	Program mentoring sesi III kelompok 1,2,3,4
Rabu, 9 Mei 2012	Program mentoring sesi III kelompok 5,6,7
Kamis, 10 Mei 2012	Program mentoring sesi IV kelompok 1,2,3,4
Sabtu, 12 Mei 2012	Program mentoring sesi IV kelompok 5,6,7
Sabtu, 19 Mei 2012	<i>Post test</i> kelompok intervensi
Senin, 28 Mei 2012	<i>Post test</i> kelompok kontrol

Kerangka kerja penelitian dapat dilihat pada skema 4.2



Skema 4.2 Kerangka Kerja Penelitian

## 4.9. Analisis Data

### 4.9.1. Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan untuk mendapatkan informasi mengenai data yang sudah terkumpul. Pengolahan data dilakukan secara bertahap. Tahapan pengolahan data terdiri dari empat tahapan, antara lain:

#### 4.9.1.1. *Editing*

Data yang telah diperoleh kemudian diperiksa kelengkapan dan kebenarannya. Editing dilakukan di tempat pengumpulan data sehingga terdapat kekurangan, ketidakjelasan dapat segera dilengkapi. Kuesioner semua terisi lengkap dan tidak ada yang kurang

#### 4.9.1.2. *Coding*

Data yang telah didapat diklasifikasikan dan diberikan kode berupa angka untuk mempermudah proses pengolahan selanjutnya. Pada penelitian ini peneliti memberikan kode A diikuti nomor urut responden (A1,A2,A3,...) untuk hasil responden pada kelompok intervensi program mentoring keperawatan dan kode B diikuti nomor urut responden (1,2,3,...) untuk kelompok kontrol. Pada data demografi peneliti memberikan kode pada jenis kelamin, 1 untuk laki-laki dan 2 untuk perempuan, pada pendidikan, 1 untuk SPK, 2 untuk D3 Keperawatan dan 3 untuk S1 Keperawatan, sedangkan pada pelatihan keselamatan pasien yang pernah diikuti, kode 1 untuk belum pernah dan 2 untuk yang pernah mengikuti.

#### 4.9.1.3. *Entry data*

Data dimasukkan sesuai dengan nomor responden pada kuesioner. Peneliti memasukkan semua data ke dalam paket program komputer.

#### 4.9.1.4. *Cleaning*

Pada tahap *cleaning*, peneliti mengecek kembali data yang telah dimasukkan. Peneliti memastikan tidak terjadi kesalahan, maka dilakukan tahap analisis data sesuai dengan jenis data. Semua data yang ada telah di cek dan semua data telah terisi, tidak terjadi kesalahan, serta data siap dianalisis.

## 4.9.2. Tahapan analisis data

### 4.9.2.1. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan dari masing-masing variabel yang diteliti. Pada penelitian ini yang dilakukan analisis univariat adalah karakteristik perawat dan penerapan budaya keselamatan pasien. Karakteristik perawat yang merupakan data numerik seperti usia, dan masa kerja menggunakan tendensi sentral yang meliputi *mean*, *median*, standar deviasi, *confidence interval* dan nilai maksimum-minimum. Sedangkan jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pelatihan yang pernah diikuti merupakan data kategorik sehingga hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan proporsi. Skor pada penerapan budaya keselamatan pasien merupakan data kategorik maka peringkasan dan penyajian data juga menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi

### 4.9.2.2. Analisis bivariat

Table 4.2 menjelaskan tentang cara uji kesetaraan yang dilakukan dalam penelitian ini. Uji kesetaraan digunakan untuk mengidentifikasi kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada penelitian ini analisis bivariat digunakan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik responden pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Variabel dengan jenis data kategorik (nominal dan ordinal) dianalisis dengan uji *chi-square*, sedangkan jenis data numerik (interval) dianalisis dengan *t-test* independen (Sastroasmoro, 2011; Sugiyono, 2011). Apabila  $p$  bernilai lebih besar dari  $\alpha$  yaitu  $\alpha = 0.05$  maka distribusi normal atau setara (Hastono, 2007)

Analisis bivariat juga dilakukan untuk membuktikan pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien dan untuk melihat perbedaan penerapan budaya keselamatan pasien sesudah diberikan intervensi program mentoring pada kelompok intervensi dan kontrol. Analisis yang digunakan untuk melihat perbedaan proporsi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan menggunakan *chi-square*, dan *McNemar* yang dapat dilihat pada tabel 4.3

Tabel 4.2  
Uji Kesetaraan Variabel Penelitian Pengaruh Program Mentoring Keperawatan terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dan RS Muhammadiyah Semarang

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara analisis
<b>A Uji kesetaraan</b>			
1	Usia (data numerik)	Usia (data numerik)	<i>Independen t-test</i>
2	Jenis kelamin (data kategorik)	Jenis kelamin (data kategorik)	<i>Chi-square</i>
3	Tingkat pendidikan (data kategorik)	Tingkat pendidikan (data kategorik)	<i>Chi-square</i>
4	Masa kerja (data numerik)	Masa kerja (data numerik)	<i>Independen t-test</i>
5	Pelatihan yang pernah diikuti (data kategorik)	Pelatihan yang pernah diikuti (data kategorik)	<i>Chi-square</i>
6	Penerapan budaya keselamatan pasien (sebelum)	Penerapan budaya keselamatan pasien (sebelum)	<i>Chi-square</i>

Tabel 4.3  
Analisis Bivariat Beda Proporsi Variabel Penelitian Pengaruh Program Mentoring Keperawatan terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dan RS Muhammadiyah Semarang

No	Variabel	Variabel	Cara analisis
1	Penerapan budaya keselamatan pasien kelompok intervensi sebelum penelitian (data kategorik)	Penerapan budaya keselamatan pasien kelompok intervensi sesudah penelitian (data kategorik)	<i>McNemar</i>
2	Penerapan budaya keselamatan pasien kelompok kontrol sebelum penelitian (data kategorik)	Penerapan budaya keselamatan pasien kelompok kontrol sesudah penelitian (data kategorik)	<i>McNemar</i>
3	Penerapan budaya keselamatan pasien sesudah program mentoring pada kelompok intervensi (data kategorik)	Penerapan budaya keselamatan sesudah program mentoring pada kelompok kontrol (data kategorik)	<i>Chi-square</i>

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menyajikan hasil penelitian pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien di RS Islam Sultan Agung Semarang dan RS Muhammadiyah Semarang, yang dilaksanakan pada 24 April sampai 28 Mei 2012. Responden pada penelitian ini berjumlah 90 perawat dan mentor 7 perawat yang dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan jumlah sampel minimal setiap kelompok sebanyak 45 perawat. Kelompok intervensi mendapatkan intervensi berupa program mentoring keperawatan yang dilakukan sebanyak empat kali pertemuan dan dipandu oleh mentor. Perawat kelompok intervensi dibagi menjadi tujuh kelompok dan setiap kelompok dipimpin oleh satu mentor. Pengukuran penerapan budaya keselamatan pasien pada kedua kelompok dilakukan dua kali, yaitu *pre test* dan *post test* yang kemudian hasilnya dibandingkan. Penyajian hasil penelitian dikelompokkan menjadi analisis univariat dan bivariat

#### **5.1 Proses Pelaksanaan Program Mentoring Keperawatan**

Pelaksanaan program mentoring mulai dari persiapan penelitian, antara lain memilih mentor, pelatihan mentor, evaluasi kemampuan mentor, melakukan kontrak kegiatan, menjelaskan tujuan penelitian, dan menandatangani lembar persetujuan penelitian. Pelaksanaan penelitian dimulai dengan melakukan *pre test*, pelaksanaan program mentoring untuk kelompok intervensi, dan diakhiri dengan *post test*. Pelaksanaan program mentoring dilakukan di RS Islam Sultan Agung Semarang.

##### **5.1.1 Persiapan**

Persiapan penelitian adalah memilih mentor yang sesuai dengan kriteria, yaitu anggota dari tim keselamatan pasien lebih dari 1 tahun dan memiliki pengalaman klinik lebih dari 3 tahun. Mentor yang sesuai kriteria berjumlah 7 perawat kemudian dilakukan pelatihan mentor yang bertujuan menyamakan pemahaman tentang konsep

mentoring dan diakhir dilakukan evaluasi kemampuan mentor. Hasil evaluasi mentor menunjukkan semua mentor yang terpilih memiliki kemampuan yang baik dengan skor rata-rata 14.27. Hasil kemampuan mentor ditampilkan dalam tabel 5.1

Tabel 5.1 Hasil Kemampuan Mentor di RS Islam Sultan Agung Semarang April 2012

Kelompok	n	Mean	SD	Min-max	CI 90%
Mentor	7	14.27	1.214	11-15	13.96-14.57

Pemilihan sampel dilakukan dengan sistem *random sampling* dan setelah teridentifikasi calon responden, peneliti memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian, manfaat penelitian, proses penelitian, aturan penelitian serta konsekuensi peserta pelatihan dan dilanjutkan dengan penandatanganan lembar persetujuan penelitian pada kelompok intervensi. Kegiatan penelitian dilanjutkan dengan pembentukan kelompok serta kontrak kegiatan. Responden yang berjumlah 45 perawat dibagi menjadi 7 kelompok dan tiap kelompok terdiri dari 6-7 perawat.

### 5.1.2 Pelaksanaan

Pelaksanaan program mentoring keperawatan dilakukan selama empat sesi pertemuan sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat. Pelaksanaan program mentoring keperawatan diikuti oleh seluruh perawat tanpa ada satupun responden yang menolak atau berhenti dari empat sesi yang direncanakan. Program mentoring keperawatan dilaksanakan 28 April – 12 Mei 2012. Anggota tetap tim keselamatan pasien bertindak sebagai mentor dan perawat pelaksana sebagai *mentee*.

Peneliti melibatkan bagian diklat dalam proses penelitian untuk mengumpulkan *mentee* dan membuat jadwal untuk kegiatan mentoring keperawatan tiap-tiap kelompok. Kegiatan mentoring keperawatan dilakukan di ruang rapat 1 & 2 serta ruang komite medik. Ruangan cukup kondusif untuk melakukan kegiatan mentoring keperawatan, karena ruangan cukup luas dan berada cukup jauh dari ruang perawatan. Kegiatan dilakukan dalam posisi duduk melingkar, posisi ini menciptakan suasana

lebih akrab dan relaks serta memudahkan mentor memonitor seluruh anggota kelompok. Ruang yang cukup jauh dari ruang perawatan membuat *mentee* bisa leluasa mengikuti kegiatan mentoring karena tidak diganggu oleh rutinitas di ruangan. Program mentoring keperawatan dilakukan pada rentang waktu 30-60 menit untuk tiap sesinya. Pelaksanaan mentoring keperawatan dilakukan pada pukul 12.30, waktu ini dipilih karena menyesuaikan jadwal jaga *mentee*.

*Post test* dilakukan satu minggu setelah program mentoring, yaitu 19 Mei 2012 Sedangkan pada kelompok kontrol dilakukan pada tanggal 28 Mei 2012.

Pelaksanaan mentoring keperawatan secara keseluruhan berjalan dengan baik dan dari hasil observasi didapatkan hasil bahwa 100% mentoring keperawatan berjalan dengan baik dengan nilai minimal 12 dan maksimal 15. Hasil observasi kegiatan mentoring keperawatan dapat dilihat pada tabel 5.2

Tabel 5.2 Hasil Kegiatan Program Mentoring Keperawatan di RS Islam Sultan Agung Semarang, April-Mei 2012

Variabel	n	Mean	SD	Min-max	Kategori baik
Mentoring	45	14.33	1.044	12-15	100%

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa kegiatan mentoring keperawatan secara keseluruhan dilakukan dengan baik dengan nilai rata-rata 14.33 dan nilai minimal 12 dan maksimal 15.

## 5.2 Analisis Univariat

### 5.2.1 Karakteristik Perawat

Karakteristik perawat disajikan sesuai jenis data, yaitu data numerik dan kategorik. Data numerik meliputi usia dan masa kerja digunakan nilai mean, median, standar deviasi. Data kategorik terdiri dari jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pelatihan yang pernah diikuti dilakukan dengan menjelaskan jumlah dan persentase masing-masing kelompok.

Tabel 5.3 Distribusi Karakteristik Perawat di RS Islam Sultan Agung Semarang dan RS Muhammadiyah Semarang, April-Mei 2012 (N=90)

No	Variabel	Kelompok		Total (N=90)
		Kontrol (n=45)	Intervensi (n=45)	
1.	<b>Umur</b>			
	Mean	32.8	25.7	-
	Min-max	23-45	21-41	-
	90% CI	31.11-34.53	24.83-26.59	-
2	<b>Masa Kerja</b>			
	Mean	5.22	2.42	-
	Min-max	1-10	1-8	-
	90% CI	4.49-5.95	2.05-2.79	-
3	<b>Jenis Kelamin <math>\Sigma</math> (%)</b>			
	Laki-laki	9 (20)	4 (8.9)	13 (14.4)
	Perempuan	36 (80)	41 (91.9)	77 (85.6)
4	<b>Pendidikan, <math>\Sigma</math> (%)</b>			
	DIII Keperawatan	41 (51.3)	39 (86.7)	80 (88.9)
	S1 Keperawatan	4 (8.9)	6 (13.3)	10 (11.1)
5	<b>Pelatihan, <math>\Sigma</math> (%)</b>			
	Pernah	15 (33.3)	9 (20)	24 (26.7)
	Tidak Pernah	36 (66.7)	36 (80)	66 (73.3)

Tabel 5.3 menunjukkan karakteristik perawat berdasarkan usia, masa kerja, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pelatihan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa usia responden pada kedua kelompok tidak berdistribusi normal. Rentang usia pada kedua kelompok antara 21 sampai 45 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 90% diyakini usia perawat kelompok intervensi antara 24.83 sampai 26.59 tahun, sedangkan usia perawat kelompok kontrol antara 31.11 sampai 34.53 tahun

Rentang masa kerja perawat pada kedua kelompok antara 1 sampai 10 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan 90% diyakini masa kerja perawat kelompok intervensi antara 2.05-2.79 tahun, sedangkan masa kerja perawat kelompok kontrol antara 4.49-5.95 tahun.



Jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status pelatihan tentang keselamatan pasien antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan persebaran yang sama. Mayoritas perawat berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 77 perawat (85.6%). Tingkat pendidikan perawat sebagian besar adalah DIII Keperawatan sebesar 80 (88.9%). Perawat mayoritas belum pernah mengikuti pelatihan tentang keselamatan pasien yaitu sebesar 66 perawat (73.3%).

### **5.2.2 Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Sebelum dan Sesudah Dilakukan Program Mentoring Keperawatan**

Penerapan budaya keselamatan pasien sebelum dan sesudah program mentoring keperawatan disajikan dalam bentuk proporsi penerapan budaya secara keseluruhan dan per dimensi. Hasil analisis dituangkan pada tabel 5.4.

Data hasil penelitian pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien sebelum mendapat program mentoring keperawatan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mayoritas berada pada kategori budaya lemah yaitu sebesar 53.3% dan 51.1%. Budaya keselamatan pasien meliputi empat dimensi, yaitu dimensi keterbukaan, keadilan, pelaporan dan pembelajaran. Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua dimensi pada budaya keselamatan pasien sebelum program mentoring keperawatan berada pada kategori budaya lemah, dan perbedaan proporsi antara kedua kelompok juga tidak terlalu besar hanya saja pada dimensi keadilan yang menunjukkan perbedaan yang besar yaitu kelompok intervensi budaya lemah sebesar 68.9% sedangkan kelompok kontrol 37.8%.

Sesudah intervensi program mentoring keperawatan, kelompok intervensi mengalami peningkatan dalam penerapan budaya keselamatan pasien sebesar 20% sedangkan kelompok kontrol mengalami penurunan budaya keselamatan pasien sebesar 4.5%.

Kelompok intervensi juga mengalami peningkatan dari setiap dimensi budaya keselamatan pasien dan peningkatan paling besar pada dimensi keadilan yaitu sebesar

24.5%. Pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan program mentoring keperawatan, dimensi budaya keselamatan pasien juga mengalami peningkatan, hanya saja peningkatannya tidak merata dan hanya mengalami sedikit peningkatan dari sebelumnya. Dimensi yang mengalami peningkatan antara lain dimensi pelaporan sebesar 2.3%; dimensi pembelajaran 2.2%,, dan yang paling banyak mengalami peningkatan adalah dimensi keterbukaan sebesar 22.3%. Sedangkan dimensi keadilan mengalami penurunan 2.2% dari sebelumnya.

Table 5.4 Proporsi Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Sebelum dan Sesudah Program Mentoring Keperawatan di RS Islam Sultan Agung Semarang dan RS Muhammadiyah Semarang, April-Mei 2012 (N=90)

Perlakuan	Kelompok / kategori	Budaya keselamatan pasien $\Sigma$ (%)	Dimensi Keterbukaan $\Sigma$ (%)	Dimensi Keadilan $\Sigma$ (%)	Dimensi Pelaporan $\Sigma$ (%)	Dimensi Pembelajaran $\Sigma$ (%)
Sebelum	<b>Kelompok kontrol</b>					
	Kurang baik	23 (51.1)	25 (55.6)	17 (37.8)	25 (55.6)	26 (57.8)
	Baik	22 (48.9)	20 (44.4)	28 (62.2)	20 (44.4)	19 (42.2)
	<b>Kelompok intervensi</b>					
	Kurang baik	24 (53.3)	25 (55.6)	31 (68.9)	23 (51.1)	27 (60)
	Baik	21 (46.7)	20 (44.4)	14 (31.1)	22 (48.9)	18 (40)
Sesudah	<b>Kelompok kontrol</b>					
	Kurang baik	25 (55.6)	15 (33.3)	18 (40)	24 (53.3)	25 (55.6)
	Baik	20 (44.4)	30 (66.7)	27 (60)	21 (46.7)	20 (44.4)
	<b>Kelompok intervensi</b>					
	Kurang baik	15 (33.3)	21 (46.7)	20 (44.4)	17 (37.8)	18 (40)
	Baik	30 (66.7)	24 (53.3)	25 (55.6)	28 (62.2)	27 (60)

### 5.3 Hasil Analisis Bivariat

#### 5.3.1 Uji Kesetaraan

Validitas hasil penelitian kuasi eksperimen ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan untuk melihat tingkat kerancuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Data kategorik uji kesetaraan dengan menggunakan uji *chi-square* seperti pada data jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pelatihan serta penerapan budaya keselamatan pasien sebelum dilakukan intervensi. Sedangkan data numerik dilakukan dengan *independent t-test* seperti pada data usia dan masa kerja. Hasil analisis kesetaraan disajikan pada tabel 5.5

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, artinya bahwa karakteristik perawat sebelum diberikan intervensi adalah homogen atau setara ( $p > \alpha$ ,  $\alpha = 0.05$ ). Tetapi, pada karakteristik usia dan masa kerja disimpulkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak setara ( $p < \alpha$ ,  $\alpha = 0.05$ ). Penerapan budaya keselamatan pasien perawat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara ( $p > \alpha$ ,  $\alpha = 0.05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa *starting point* pada penelitian ini setara.

Tabel 5.5 Uji Kesetaraan antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol di RS Islam Sultan Agung Semarang dan RS Muhammadiyah Semarang, April-Mei 2012 (N=90)

No	Variabel	Kelompok		p
		Kontrol (n=45)	Intervensi (n=45)	
1.	<b>Umur</b>			
	Mean	32.8	25.7	0.000*
	Min-max	23-45	21-41	
90% CI	31.11-34-53	24.83-26.59		
2	<b>Masa Kerja</b>			
	Mean	5.22	2.42	0.000*
	Min-max	1-10	1-8	
90% CI	4.49-5.95	2.05-2.79		
3	<b>Jenis Kelamin <math>\Sigma</math> (%)</b>			
	Laki-laki	9 (20)	4 (8.9)	0.230
	Perempuan	36 (80)	41 (91.1)	
4	<b>Pendidikan, <math>\Sigma</math> (%)</b>			
	DIII Keperawatan	41 (51.3)	39 (86.7)	0.737
	S1 Keperawatan	4 (8.9)	6 (13.3)	
5	<b>Pelatihan, <math>\Sigma</math> (%)</b>			
	Pernah	15 (33.3)	9 (20)	0.233
	Tidak Pernah	36 (66.7)	36 (80)	
6	<b>Penerapan budaya keselamatan pasien, sebelum intervensi</b>			
	Budaya kuat	22 (48.9)	21 (46.7)	1.000
	Budaya lemah	23 (51.1)	24 (53.3)	

\*tidak bermakna ( $p > \alpha: 0.05$ )

### 5.3.2 Uji Beda Proporsi

#### 5.3.2.1 Analisis Penerapan Budaya Keselamatan Pasien pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Dilakukan Program Mentoring Keperawatan

Penerapan budaya keselamatan pasien pada kelompok intervensi sebelum program mentoring keperawatan berada pada kategori lemah, yaitu sebesar 53.3%. Budaya keselamatan pasien meningkat 20% setelah mendapatkan program mentoring keperawatan yang secara klinis dan statistik bermakna ( $p = 0.049$ ;  $\alpha = 0.1$ )

Proporsi dimensi budaya keselamatan pasien paling rendah pada dimensi keadilan, yaitu hanya 31.1% perawat yang memiliki budaya keadilan kuat. Dimensi keselamatan pasien pada kelompok intervensi secara keseluruhan mengalami peningkatan secara klinis, tetapi hanya satu dimensi yang peningkatan tidak bermakna secara statistik yaitu pada dimensi keterbukaan ( $p = 0.424$ ;  $\alpha = 0.1$ ).

Penerapan budaya keselamatan pasien pada kelompok kontrol sebelum program mentoring keperawatan berada pada kategori lemah, yaitu sebesar 51.1%. Sesudah kelompok intervensi mendapatkan program mentoring keperawatan, penerapan budaya keselamatan pasien pada kelompok kontrol mengalami penurunan sebesar 4.5% dan penurunan ini secara statistik tidak bermakna ( $p = 0.727$ ;  $\alpha = 0.1$ )

Dimensi keselamatan pasien pada kelompok kontrol mayoritas mengalami peningkatan sebesar 2.2% dan secara statistik tidak bermakna ( $p = 1.000$ ;  $\alpha = 0.1$ ) hanya satu dimensi yang mengalami peningkatan secara klinis paling besar dan secara statistik bermakna yaitu pada dimensi keterbukaan sebesar 22.3% ( $p = 0.006$ ;  $\alpha = 0.1$ )

Perbedaan proporsi penerapan budaya keselamatan pasien sebelum dan sesudah intervensi program mentoring keperawatan secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.6

Tabel 5.6 Penerapan Budaya Keselamatan Pasien pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Dilakukan Program Mentoring Keperawatan di RS Islam Sultan Agung Semarang, April-Mei 2012 (N=90)

Variabel/ kelompok	Sebelum		Sesudah		P
	Lemah $\Sigma$ (%)	Kuat $\Sigma$ (%)	Lemah $\Sigma$ (%)	Kuat $\Sigma$ (%)	
<b>Budaya penerapan pasien</b>					
Kontrol	23 (51.1)	22 (48.9)	25 (55.6)	20 (44.4)	0.727
Intervensi	24 (53.3)	21 (46.7)	15 (33.3)	30 (66.7)	0.049*
<b>Dimensi keterbukaan</b>					
Kontrol	25 (55.6)	20 (44.4)	15 (33.3)	30 (66.7)	0.006*
Intervensi	25 (55.6)	20 (44.4)	21 (46.7)	24 (53.3)	0.424
<b>Dimensi keadilan</b>					
Kontrol	17 (37.8)	28 (62.2)	18 (40)	27 (60)	1.000
Intervensi	31 (68.9)	14 (31.1)	20 (44.4)	25 (55.6)	0.043*
<b>Dimensi pelaporan</b>					
Kontrol	25 (55.6)	20 (44.4)	24 (53.3)	21 (46.7)	1.000
Intervensi	23 (51.1)	22 (48.9)	17 (37.8)	28 (62.2)	0.086*
<b>Dimensi pembelajaran</b>					
Kontrol	26 (57.8)	19 (42.2)	25 (55.6)	20 (44.4)	1.000
Intervensi	27 (60)	18 (40)	18 (40)	27 (60)	0.093*

\*bermakna pada  $\alpha$ : 0.1

### 5.3.3 Analisis Penerapan Budaya Keselamatan Sesudah Dilakukan Program Mentoring Keperawatan pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Tabel 5.7 menunjukkan perbandingan perawat dalam penerapan budaya keselamatan pasien antara kelompok yang mendapatkan program mentoring keperawatan dengan kelompok yang tidak mendapatkan program mentoring keperawatan, maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi penerapan budaya keselamatan pasien antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ( $p = 0.056$ ;  $\chi^2$  4.5; 0.1) Hasil analisis

diperoleh nilai  $RR= 2.5$ , artinya kelompok yang tidak mendapatkan program mentoring keperawatan akan beresiko mengalami penurunan dalam penerapan budaya keselamatan pasien sebesar 2.5 kali lebih besar dibandingkan dengan kelompok yang mendapatkan program mentoring keperawatan.

Tabel 5.7 Penerapan Budaya Keselamatan Pasien pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RS Islam Sultan Agung Semarang dan RS Muhammadiyah Semarang Sesudah Dilakukan Program Mentoring Keperawatan, April-Mei 2012 (N=90)

Variabel	Kategori budaya	Kelompok kontrol (N= 45)		Kelompok intervensi (N= 45)		Jumlah		$\chi^2$	p	RR
		$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%			
Budaya	Budaya kurang baik	25	55.6	15	33.3	40	44.5	4.5	0.056	2.5
	Budaya baik	20	44.4	30	66.7	50	55.5			

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan pembahasan yang berisi telaah hasil dari penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian. Telaah hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan tinjauan pustaka dan hasil-hasil penelitian yang relevan. Keterbatasan penelitian akan menguraikan keterbatasan yang ditemui selama proses sehingga penelitian tidak dapat berjalan secara ideal yang seharusnya dicapai. Implikasi penelitian akan menguraikan pengembangan lebih lanjut bagi pelayanan keperawatan, pendidikan dan penelitian. Berikut akan dibahas satu persatu.

#### **6.1 Telaah Hasil Penelitian**

##### **6.1.1. Karakteristik Perawat**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa karakteristik responden meliputi jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pelatihan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol secara statistik tidak ada perbedaan bermakna ( $p > 0.05$ ). Karakteristik responden yang meliputi usia dan masa kerja antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol secara statistik terdapat perbedaan bermakna ( $p > 0.05$ ), artinya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak setara dalam hal usia dan masa kerja.

Perbedaan karakteristik tersebut mengindikasikan bahwa pengaruh karakteristik responden terhadap penerapan budaya keselamatan pasien belum dapat di kontrol dalam hal usia dan masa kerja. Ketidaksetaraan ini kemungkinan dapat mempengaruhi hasil penelitian.

##### **6.1.1.1 Usia**

Perkembangan usia merupakan periode yang dapat dijelaskan melalui perkembangan fisik, kognitif dan psikososial. Masing-masing tahapan usia memiliki daya tangkap dan pola pikir yang berbeda. Semakin bertambah usia



maka semakin bertambah pengetahuan yang ditangkap karena semakin berkembang daya tangkap dan pola pikirnya (Papalia, 2001).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas perawat berada pada usia dewasa muda (20 sampai 40 tahun). Pada tahapan usia dewasa muda, individu memiliki kepribadian yang relatif stabil, kemampuan kognitif dan penilaian moral yang lebih kompleks. Individu menggunakan apa yang dimiliki untuk mencapai sesuatu dengan hasil terbaik. Usia pada dewasa muda dianggap lebih mudah menerima terhadap perubahan (Papalia, 2001 & Levinson dalam Stolte, 2003). Oleh karena itu, hal tersebut dapat mempengaruhi dalam mempersepsikan budaya keselamatan pasien setelah pelaksanaan program mentoring keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi ketidaksetaraan usia antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Data menunjukkan bahwa usia pada kelompok intervensi sebagian besar berada pada usia 25 tahun sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata berusia 32 tahun. Levinson (dalam Stolte, 2003) membagi masa dewasa muda menjadi 4 sub periode yang meliputi: peralihan masa dewasa awal (17-22 tahun), memasuki dewasa (22-28 tahun), peralihan usia (30 tahun), dan puncak dari masa dewasa muda (32-40 tahun). Berdasarkan pembagian periode dewasa muda menurut Levinson, pada kelompok intervensi berada pada periode memasuki dewasa, yaitu masa ketika seseorang menyiapkan dan mencoba karir dan gaya hidup, sedangkan pada kelompok kontrol pada periode puncak dari dewasa muda, yaitu ketika seseorang mempunyai stabilitas yang lebih besar.

Semakin bertambah usia akan mempengaruhi pola pikir dan daya tangkap terhadap sesuatu. Teori perkembangan Erikson, tugas perkembangan yang utama pada dewasa adalah generativitas vs stagnansi. Generativitas adalah keinginan untuk merawat dan membimbing orang lain. Orang dewasa menciptakan, merenovasi atau memelihara kebudayaan yang akhirnya akan diturunkan pada generasi berikutnya dan bertahan (Potter & Perry, 2005). Pada penelitian ini, tugas perkembangan pada perawat yaitu membimbing, menciptakan dan memelihara kebudayaan keselamatan pasien sehingga dapat terwujud keselamatan pasien.

berdasarkan tugas perkembangan tersebut, dapat disimpulkan bahwa budaya organisasi bergantung pada generasi usia muda tentang apa yang akan diwariskan pada generasi berikutnya. Perawat pada kedua kelompok perlu mendapatkan paparan budaya yang baik sehingga dapat mewariskan pada generasi dibawahnya sesuatu yang baik pula.

Perkembangan psikososial pada dewasa mempunyai pola tertentu. Pada kelompok intervensi yang rata-rata perawat berusia 25 tahun mempunyai pola untuk memperbaiki persepsi diri dan kemampuan berhubungan. Sedangkan pada kelompok kontrol yang rata-rata perawat berusia 32 tahun mempunyai perkembangan psikososial untuk mengarahkan kelebihan energinya terhadap pencapaian dan penguasaan dunia sekitar serta lebih resisten terhadap perubahan (Potter & Perry, 2005).

#### **6.1.1.2 Masa Kerja**

Masa kerja dapat mencerminkan pengalaman kerja yang dapat meningkatkan pengetahuan terhadap sesuatu. Individu yang masa kerjanya lebih lama akan mendapatkan pengetahuan yang lebih banyak daripada individu yang junior oleh karena itu kinerja individu yang senior menjadi *role model* bagi junior sehingga dapat membentuk budaya organisasi (Hubber, 2006).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat di kelompok intervensi masa kerjanya kurang dari 3 tahun. Hal ini berdasarkan PP no 22 tahun 1948 tentang Penghargaan dan Pengalaman Kerja, bisa dikatakan perawat masih belum berpengalaman karena memiliki masa kerja yang kurang dari 3 tahun sehingga hal ini mempengaruhi budaya keselamatan pasien.

Pada kelompok kontrol rata-rata perawat memiliki masa kerja 5 tahun Pengalaman yang tergolong sudah banyak yang dimiliki oleh perawat kelompok kontrol seharusnya pengetahuan yang dimiliki juga mengiringi pengalaman yang dimiliki.

Masa kerja akan memberikan pengalaman yang lebih. Pengalaman kerja merupakan proses pembentukan pengetahuan, ketrampilan tentang metode suatu pekerjaan karena keterlibatan karyawan dalam pelaksanaan tugas pekerjaan. Pengalaman kerja dapat diartikan tingkat penguasaan pengetahuan serta ketrampilan seseorang dalam pekerjaannya yang dapat diukur dari masa kerja dan dari tingkat pengetahuan serta ketrampilan yang dimiliki.

Pengalaman kerja mengiringi produktifitas. Perawat yang memiliki masa kerja lama seharusnya akan mengalami peningkatan dalam kinerja dan produktifitas, tetapi hal ini juga dapat terjadi sebaliknya seperti yang diungkapkan oleh Robbins (2001) bahwa orang yang telah lama bekerja belum tentu lebih produktif dibandingkan dengan karyawan dengan pengalaman yang rendah. Perawat yang memiliki pengalaman kerja adalah perawat yang mempunyai kemampuan jasmani, memiliki pengetahuan dan ketrampilan bekerja serta tidak membahayakan bagi diri dan lingkungan dalam bekerja.

Hasil penelitian menunjukkan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol masa kerja yang dimiliki tidak setara, tetapi *starting point* pada penerapan budaya sebelum dilakukan program mentoring keperawatan setara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Masa kerja yang lebih banyak seharusnya dengan bekal pengalaman yang mengikutinya diharapkan pengetahuan juga meningkat. Perawat dengan masa kerja yang lebih lama dapat menjadi *role model* bagi perawat baru.

Pengalaman kerja memudahkan dalam memberikan arahan. Karyawan yang memiliki pengalaman mampu mentafsirkan arahan, memberi perhatian serta melaksanakan arahan kerja dengan lebih baik. Tetapi, karyawan yang kurang berpengalaman akan berusaha meningkatkan kemampuannya sehingga dapat dengan mudah menerima perubahan (Awang, 2004). Karyawan yang mempunyai masa kerja yang lebih lama akan cenderung lebih merasa nyaman di dalam perusahaannya karena telah beradaptasi dengan lingkungan kerjanya yang cukup lama, sehingga cenderung resisten terhadap perubahan (Hasibuan, 2008). Hal ini

terbukti pada penelitian, yaitu dengan adanya perbedaan pengalaman kerja pada kelompok intervensi dan kontrol. kelompok intervensi yang memiliki usia dan masa kerja yang jauh di bawah kelompok kontrol mampu belajar dan menerima perubahan dalam upaya untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien.

### 6.1.1.3 Jenis Kelamin

Keperawatan merupakan suatu profesi yang mayoritas didominasi oleh perempuan. Walaupun lebih banyak perempuan, namun bukan berarti perempuan merupakan kekuatan satu-satunya yang mendominasi dalam pekerjaan. Wanita dan laki-laki memiliki peran yang sama dalam organisasi.

Hasil penelitian menunjukkan jenis kelamin kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara dengan mayoritas perempuan (85.6%). Hal ini wajar karena berdasarkan Kozier, Erb, Berman, dan Synder (2004) menyatakan bahwa keperawatan muncul sebagai profesi yang sejarahnya berasal dari perspektif perempuan. Laki-laki masih merupakan kaum minoritas di dalam keperawatan. Dick et al. (2009) dalam Abdou (2011) menunjukkan hasil penelitian bahwa hanya sekitar 10% perawat laki-laki di Amerika Serikat sedangkan di Canada tahun 2001 sekitar 9%. Perawat laki-laki di United Kingdom tahun 2003 juga hanya terdapat 10% sedangkan di Netherland sedikit lebih baik yaitu 23%.

Stereotip bahwa perawat akan membuat laki-laki menjadi feminin menyebabkan laki-laki tidak mau masuk di dunia keperawatan. Perbedaan gender tidak menjadi masalah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Robbins (2001) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan kemampuan memecahkan masalah, motivasi dan kemampuan belajar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa laki-laki yang menjadi perawat memiliki kategori yang baik dalam maskulin dan feminin (Bararah, 2011).

Faktor personal, lingkungan/sosial, dan media turut berperan dalam minoritasnya kaum laki-laki di keperawatan. Faktor personal antara lain: sejarahnya berkembangnya keperawatan, stereotype bahwa perawat laki-laki adalah *gay*, dan

perkembangan perilaku yang tidak normal serta perawat yang dianggap lemah dalam memberikan kekuatan dan keuangan. (Roth&Coleman, 2008 dalam Abdou, 2011). Faktor lingkungan, seperti persepsi publik terhadap perawat laki-laki, konflik peran apabila bekerja di dalam ruang anak dan obstetry, kurangnya tenaga pengajar laki-laki serta isolasi sosial (O'Lynn, 2004; Evans, 2002; Kelly, 1996 dalam Abdou, 2011; Meadus, 2000). Media yang memberikan kontribusi bahwa perawat cenderung perempuan turut berdampak pada minat kaum laki-laki untuk menjadi perawat (Abdou, 2011; Meadus 2000; Wolfanden, 2011).

#### **6.1.1.4 Tingkat Pendidikan**

Pendidikan merupakan suatu indikator yang menunjukkan pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki untuk menyelesaikan pekerjaan. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi motivasi kerja individu (Gibson, 1996 dalam Hasibuan, 2008). Individu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan tingkat pendidikan lebih rendah. Pendidikan dapat mempengaruhi persepsi. Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa pendidikan merupakan faktor dalam mempengaruhi persepsi, karena masing-masing tingkat pendidikan memiliki perbedaan pengetahuan dan cara pandang.

Tingkat pendidikan pada penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat mempunyai tingkat pendidikan DIII Keperawatan yaitu sebesar 88.9%. pada tingkat pendidikan ini, perawat tergolong pada level pendidikan keperawaatn dasar. Keperawatan dasar merupakan tingkat pendidikan keperawatan non professional yaitu SPK dan DIII Keperawatan, sedangkan tingkat lanjutan merupakan keperawatan professional, yaitu S1 dan S2 Keperawatan.

Keperawatan merupakan profesi dimana didalamnya terdapat *body of knowledge* yang jelas. Profesi keperawatan mempunyai dasar pendidikan yang kuat, sehingga dapat dikembangkan. Hal ini menyebabkan profesi keperawatan selalu dituntut untuk berpartisipasi aktif dalam Sistem Pendidikan Nasional.

Profesionalisme keperawatan sulit tercapai apabila pendidikan vokasional lebih banyak dari pada pendidikan yang bersifat profesional. Profesionalisme perawat dapat dicapai dengan membentuk sistem pendidikan tinggi keperawatan yang profesional, yaitu menyeimbangkan antara teori dan praktik. UU Sisdiknas no 20 tahun 2003 pasal 15 telah menggariskan bahwa yang dimaksud dengan pendidikan profesi adalah pendidikan yang ditempuh setelah program sarjana. Oleh karena itu diperlukan adanya pengembangan sistem pendidikan dari vokasional (DIII Keperawatan) yang merupakan pendidikan ketrampilan menjadi professional (S1 Keperawatan).

#### **6.1.1.5 Pelatihan**

Pelatihan merupakan porses mengajarkan kepada individu mengenai ketrampilan dasar yang dibutuhkan yang dapat meningkatkan kemampuan untuk mencapai tujuan organisasi. Pelatihan bertujuan untuk meningkatkan keahlian, ketrampilan dan moral kerja individu. Pelatihan juga termasuk jenis dalam pengembangan karyawan, sehingga dengan adanya pelatihan akan memotivasi individu untuk bekerja lebih baik lagi (Hasibuan, 2008).

Pelatihan merupakan salah satu usaha untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia dalam dunia kerja. Pelatihan merupakan proses yang sistematis untuk mengubah perilaku kerja seseorang dalam usaha meningkatkan kinerja organisasi (Ivancevich, 2008). Setiap karyawan yang bekerja memerlukan pelatihan karena tuntutan pekerjaan yang berubah-ubah karena perubahan lingkungan kerja ataupun strategi. (Dessler, 2009). Pelatihan yang sukses akan meningkatkan kemampuan karyawan dalam menyelesaikan tugas dan merubah perilaku yang tercermin pada sikap, disiplin dan etos kerja.

Pelatihan diperlukan oleh karyawan bukan hanya untuk menyesuaikan diri dan tugas yang lebih spesifik dalam organisasi tetapi juga untuk meningkatkan perkembangan dasar, proses dan tujuan organisasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat belum pernah mengikuti pelatihan yang berhubungan dengan keselamatan pasien, yaitu sebesar 73.3%. Pelatihan erat kaitannya dengan pengalaman. Pelatihan yang berkaitan dengan keselamatan pasien akan meningkatkan pengetahuan, sikap dan berdampak pada perilaku perawat. Pelatihan yang tepat akan meningkatkan produktifitas dan meningkatkan kemahiran (Awang, 2004).

Masih banyaknya perawat yang belum mengikuti pelatihan tentang keselamatan pasien berdampak pada penerapan budaya keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nilasari (2010) yang membuktikan bahwa pelatihan dapat meningkatkan ketrampilan perawat klinik dalam penerapan keselamatan pasien. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian oleh Setiowati (2010) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan antara perawat yang sudah mendapatkan pelatihan dengan perawat yang belum mendapatkan pelatihan dalam penerapan budaya keselamatan pasien.

### **6.1.2 Penerapan Budaya Keselamatan Pasien**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan budaya keselamatan pasien antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum mendapatkan program mentoring secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna ( $p > 0.05$ ), artinya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara dalam hal penerapan budaya keselamatan pasien.

Hasil penelitian ini menjawab hipotesis bahwa intervensi program mentoring keperawatan mempunyai pengaruh dalam meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien. Peningkatan proporsi budaya baik pada penerapan budaya sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi bermakna secara klinis dan statistik (nilai  $p$ : 0.049;  $\alpha$ : 0.1). Intervensi program mentoring yang diberikan pada kelompok intervensi meningkatkan proporsi budaya sebesar 20%.

Keselamatan pasien di kelompok intervensi dan kelompok kontrol masih bersifat reaktif terhadap insiden yang terjadi dan belum berkembang untuk ke arah

penataan sistem yang baik. Berdasarkan *Manchester Patient Safety Framework* tingkat maturitas budaya keselamatan pasien pada kedua kelompok berada pada kategori tingkat maturitas reaktif, yaitu organisasi hanya berfikir tentang keselamatan pasien setelah terjadi insiden, sistem dikembangkan hanya pada saat akreditasi dan reaktif terhadap insiden yang terjadi.

Penerapan budaya keselamatan pasien tidak terlepas dari pembentukan *capacity building*. Pembentukan kelompok kecil sangat efektif dalam peningkatan *capacity building* budaya keselamatan pasien dan mampu menyediakan lingkungan yang baik dalam proses belajar (Felming, 2005; Ali&Panther,2008). Anggota kelompok harus meningkatkan pengetahuan tentang budaya keselamatan pasien (Fleming, 2005; NPSA, 2004).

Hasil yang didapat ini menunjukkan bahwa mentoring keperawatan sangat efektif dalam mengubah persepsi dan tindakan seseorang. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dadge & Casey (2009) yang menyatakan bahwa mentoring mampu memberikan dukungan untuk menguatkan mental, mengembangkan mekanisme baru yang lebih baik untuk mempertahankan kontrol diri dan mengembalikan keseimbangan yang adaptif, sehingga mampu mencapai tingkat kemandirian yang lebih tinggi serta mampu mengambil keputusan secara otonom. Planning of Instutue of Australia juga menyatakan bahwa mentoring berkontribusi dalam perencanaan profesionalisme perawat.

Hasil pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol yang mengalami penurunan. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya bahwa lingkungan yang kondusif akan meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien (Jaw, Law & Baker, 2007; Sammer et al, 2009). Mentoring merupakan metode untuk menciptakan lingkungan yang kondusif, sehingga dapat memudahkan dalam proses belajar (Ali&Panther, 2008; Noorwood, 2010).

Peningkatan yang hanya 20% membuktikan bahwa membangun budaya keselamatan pasien memerlukan waktu yang lama dan melibatkan semua elemen



dalam organisasi, tidak hanya perawat (Reason, 2000, 2003). Efektifitas program mentoring akan lebih terlihat jika dilakukan selama satu tahun ajaran (Ali & Panther, 2008). Hal ini sejalan dengan penelitian Cottingham (2010) yang menyatakan bahwa mentoring yang dilakukan selama 18 bulan dapat meningkatkan produktifitas perawat. Penelitian yang lain oleh Gagliardi (2009) juga menyatakan bahwa mentoring sangat bermanfaat dalam menurunkan stress dan konflik kerja sehingga dapat meningkatkan produktifitas dan kecil kemungkinan meninggalkan organisasi.

Insiden keselamatan pasien tidak selamanya terjadi karena kesalahan manusia. Keselamatan pasien berhubungan dengan semua elemen di rumah sakit, dan setiap insiden pada keselamatan pasien banyak faktor yang mempengaruhi tidak hanya kesalahan individu melainkan juga sistem juga ikut berperan atas kejadian tersebut (Reason, 2000). Sistem yang kurang tertata merupakan kondisi laten yang mejadi predisposisi terjadinya kesalahan. Metode pengarahan yang tidak sesuai juga merupakan kondisi laten yang memberikan kontribusi terhadap budaya keselamatan pasien. Tim keselamatan pasien terdiri dari anggota tetap dan *champion* (penggerak), tetapi selama ini etos kerja dari *champion* belum terlihat sehingga berkesan hanya anggota tetap saja yang menggerakkan keselamatan pasien. Kondisi seperti ini kurang efektif karena rentang kendali anggota keselamatan pasien menjadi lebih lebar. Pengarahan yang efektif akan terjadi apabila rentang kendali tidak terlalu besar (Hasibuan, 2008).

Pembentukan budaya bukan merupakan suatu hal yang mudah dan cepat. Budaya merupakan karakteristik yang abadi yang dapat dilihat dari luar organisasi yang terrefleksikan dari perilaku individu didalam organisasi (Wiegman & Thanden, 2007). Hasil yang positif tentang pengaruh program mentoring keperawatan ini perlu mendapat perhatian untuk tetap menciptakan lingkungan yang kondusif dengan program mentoring guna mengembangkan budaya keselamatan pasien.

Budaya keselamatan pasien menurut Charthey dan Clarke (2010) terbagi menjadi empat dimensi, yaitu dimensi keterbukaan, dimensi keadilan, dimensi pelaporan

dan dimensi pembelajaran. Hasil penelitian ini memberikan gambaran bahwa ditinjau dari 4 dimensi tersebut perbedaan proporsi pada kelompok intervensi yang signifikan pada dimensi keadilan, dimensi pelaporan dan dimensi pembelajaran, sedangkan pada kelompok kontrol perubahan yang signifikan pada dimensi keterbukaan.

**a. Dimensi keterbukaan**

Dimensi keterbukaan erat kaitannya dengan komunikasi. Bersikap terbuka prinsip yang harus dipegang oleh tenaga kesehatan dalam berkomunikasi dengan pasien, keluarga dan rekan satu tim berkaitan dengan kejadian keselamatan pasien. Keterbukaan berarti perawat merasa nyaman berdiskusi tentang adanya kejadian dan issue tentang keselamatan pasien dengan teman satu tim atau dengan manajer. Fokus dari keterbukaan merupakan media pembelajaran dan bukan untuk mencari kesalahan perawat (NPSA, 2004; Reilling, 2006).

Keterbukaan pada kelompok intervensi memiliki nilai rendah pada keterlibatan dalam berdiskusi mengenai keselamatan pasien. Sebagian besar merasa takut jika mendiskusikan masalah keselamatan pasien, selain itu juga perawat tidak mendapatkan *feedback* dari atasan mengenai keselamatan pasien yang telah dilakukan.

Keterbukaan merupakan salah satu komponen dari budaya keselamatan pasien. Kepercayaan dan kepribadian merupakan pedoman bagi seseorang dalam bersikap terbuka. Program mentoring keperawatan bertujuan untuk memberi dukungan emosional sehingga diharapkan perawat sebagai *mantee* mempunyai *trust* dengan mentor. Hubungan saling percaya antara mentor dan *mentee* serta tim satu kelompok diharapkan mampu membentuk kepercayaan diri *mentee* untuk mau terbuka sehingga dapat belajar dari kesalahan yang telah diperbuat (Ali& Panther, 2008, Reilling, 2006).

Karakteristik kelompok kontrol yang mayoritas usia perawat berada pada tahapan puncak dari dewasa ikut mempengaruhi hasil dari penelitian. Tahapan usia pada puncak dewasa memiliki kepribadian yang relatif stabil dan kematangan mental sehingga tidak merasa malu dalam berkomunikasi dengan siapapun. Didukung dengan masa kerja yang relatif lebih lama, memberikan kontribusi dalam pengembangan diri. Sesuai dengan temuan Setiowati (2010) bahwa usia dan masa kerja secara signifikan mempengaruhi persepsi terhadap penerapan budaya keselamatan pasien walaupun hubungannya lemah.

Program mentoring yang singkat juga menjadi faktor yang dapat mempengaruhi keterbukaan dari perawat. Mentoring yang hanya terjadi selama dua minggu kurang mencukupi untuk menimbulkan sikap terbuka. Waktu seringkali menjadi kendala dalam proses mentoring, seperti pada penelitian Van Eps et al dalam Noorwood (2010) menyatakan bahwa waktu yang singkat membuat harapan dari *mantee* tidak terpenuhi sehingga menimbulkan ketidakpuasan.

#### **b. Dimensi keadilan**

Perbedaan proporsi yang lebih besar pada kelompok intervensi terjadi pada dimensi keadilan, yaitu sebesar 24.5%. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa program mentoring keperawatan dapat meningkatkan penerapan pada dimensi keadilan.

Dimensi keadilan berfokus pada respon tidak menghukum terhadap kesalahan dan melihat suatu kejadian dari dua sisi. Selain melihat dari akuntabilitas perawat juga memperhatikan kesalahan dari sistem (Sammer et al, 2009). Fokus pada kesalahan yang diperbuat perawat akan mempengaruhi kinerja perawat karena mempunyai dampak pada psikologis perawat (Yahya, 2006). Fokus pada kesalahan sistem akan lebih efektif dibandingkan fokus pada kesalahan yang diperbuat, karena kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara tunggal (Reason, 2000, 2003). Hikmah (2008) menyatakan bahwa perawat merasa kesalahan akan membawa dampak

negatif sehingga kesalahan yang ada tidak dilaporkan. *National Patient Safety Agency* (2004) menyatakan bahwa respon tidak menghukum akan meningkatkan pelaporan.

Program mentoring keperawatan bersifat lebih fokus terhadap permasalahan yang dialami *mantee*. Kualitas hubungan antara mentor dan *mantee* akan menentukan outcome. Hubungan positif yang telah terbina antara mentor dan *mantee* menjadi hal yang penting bagi perawat sebagai *mantee*, karena bagi *mantee* mentor adalah *role model* yang layak diikuti. Sesuai dengan pernyataan Ali&Panther (2008) dan Noorwood (2010) yang menyatakan bahwa mentor memiliki beberapa peran sebagai guru, panutan, pelindung, penasihat dan pelindung sedangkan *mantee* cenderung mengikuti apa yang dianjurkan mentor.

Kelompok intervensi sebelum mendapat program mentoring keperawatan mayoritas merasa takut untuk membuat pelaporan karena beranggapan bahwa laporan yang dibuat akan membuat aib dan mempengaruhi penilaian kinerja dari manajemen. Kemudian hal ini yang mendapatkan perhatian lebih pada saat program mentoring keperawatan. Mentor lebih menekankan bahwa *blaming culture* akan membuat perawat tidak akan berkembang dan akan berdampak pada keselamatan pasien.

Faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan program mentoring keperawatan dalam meningkatkan dimensi keadilan tidak terlepas dari kontribusi mentor yang efektif dalam mentoring. Mentor mampu menunjukkan empati, menciptakan lingkungan belajar, memahami kebutuhan dari *mantee* akan menciptakan mentoring yang efektif (Anderson, 2011). Lingkungan belajar yang efektif didukung oleh mentor yang mempunyai pengetahuan dan pengalaman yang lebih dari mentor. Pada penelitian ini memilih tim keselamatan pasien sebagai mentor, karena tim keselamatan pasien memiliki pengalaman dan pengetahuan yang lebih tentang budaya keselamatan pasien, sehingga dapat tercipta lingkungan belajar yang positif.

### c. Dimensi pelaporan

Pelaporan merupakan unsur penting dari keselamatan pasien. Informasi yang adekuat akan dijadikan sebagai proses pembelajaran untuk meningkatkan keselamatan pasien (Jeff, Law & Baker, 2007). Perawat yang merasa aman bahwa akan diperlakukan secara adil dan tidak mendapat hukuman karena laporan tersebut akan mendorong untuk membuat dalam pelaporan. Hambatan dalam pembuatan laporan bisa dikarenakan beberapa hal antara lain: perasaan takut disalahkan, bingung bentuk pelaporan, kurang menyadari keuntungan pelaporan (Bird, 2005; Jaw, Law & Baker, 2007).

Pelaporan yang adekuat, termasuk Kejadian Nyaris Cidera (KNC) akan memberikan manfaat yang signifikan. Manfaat utama adalah keselamatan pasien, manfaat lainnya antara lain: keterlibatan staff pada manajemen resiko dan kesadaran staff akan meningkat, organisasi akan merespon keluhan dari pasien secara lebih cepat dan efektif, mencegah pengeluaran rumah sakit yang berlebih karena keluhan pasien berkurang, kejadian dapat dicegah dan biaya perkara (Hudson, 1999; Bird, 2005; Jaw, Law & Baker, 2007).

Pada penelitian, mayoritas perawat merasa kesulitan dalam membuat pelaporan. Pada program mentoring keperawatan yang berlangsung dipilih pelaporan sebagai bahan untuk simulasi dan diskusi. Mentor membantu *mentee* dalam pembuatan laporan yang baik. Sehingga didapatkan hasil di akhir sesi/*post test* hasil dari dimensi pelaporan mengalami peningkatan. Mentor bertindak sebagai guru dengan memberikan pengetahuan dan pengalaman yang dimilikinya serta menciptakan lingkungan yang kondusif untuk proses belajar (Ali & Panther, 2008; Noorwood, 2010).

Simulasi dilakukan untuk mempraktekkan cara penulisan laporan sesuai prosedur rumah sakit dengan didampingi oleh mentor. Hal ini sesuai dengan pernyataan Setiawati dan Dermawan (2008) yang menyatakan bahwa metode simulasi melibatkan lebih banyak indra, yaitu indra penglihatan, pendengaran,

peraba, penciuman sehingga mempermudah dalam penerimaan informasi. Penilaian dan koreksi diberikan setelah perawat melakukan simulasi sampai selesai. Hal ini bertujuan untuk menurunkan kecemasan dan kekhawatiran pada saat melakukan simulasi.

Mentoring keperawatan dengan cara simulasi terbukti efektif meningkatkan dimensi budaya pelaporan. Hasil penelitian ini menunjukkan kelompok intervensi mengalami peningkatan dari sebelum dan sesudah pelaksanaan program. Sebelum pelaksanaan program mentoring keperawatan, pelaporan berada pada kategori lemah 48.9% sesudah program mentoring keperawatan menjadi kategori kuat dengan 62.2%.

Pelaporan akan tercipta jika organisasi menciptakan lingkungan yang aman untuk pelaporan dan proses belajar. Kepemimpinan dapat berkontribusi terhadap jalannya pelaporan (Jaw, Law & Baker, 2007). Pemimpin dapat menggunakan proses manajemen pengarahan untuk mendorong, memotivasi perawat dalam pembuatan laporan kejadian (Marquis, 2011; Jaw, Law & Baker, 2007).

Mentoring keperawatan merupakan model dari pengarahan yang tepat dalam menciptakan budaya pelaporan. Mentoring merupakan hubungan antara dua orang atau lebih yang memberikan kesempatan untuk berdiskusi yang menghasilkan refleksi, melakukan tugas dan pembelajaran yang didasarkan pada umpan balik yang konstruktif, kepercayaan, dan keinginan untuk belajar dan berbagi (Anderson, 2011; Noorwood, 2010; Gagliardi, 2009; Ali & Panther, 2008). Tim keselamatan pasien dalam hal ini bertindak sebagai pemimpin mendorong untuk menciptakan lingkungan yang aman dan sebagai *role model* dalam menciptakan budaya pelaporan.

#### **d. Dimensi pembelajaran**

Budaya pembelajaran terbentuk ketika individu belajar dari kesalahan dan mampu meningkatkan kemampuan sebagai bagian dari sistem Pembelajaran

dimulai ketika pemimpin menjadi *role model* bagi perawat tidak hanya pada budaya yang lemah melainkan juga budaya yang kuat (Sammer et al, 2010; Reilling 2006).

Kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien merupakan proses belajar untuk lebih menjadi baik. Perawat merupakan bagian dari budaya keselamatan pasien mampu belajar dari laporan kejadian keselamatan pasien baik itu kejadian tidak diinginkan dan kejadian nyaris cedera (Jaw, Law & Baker, 2007). Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terdapat perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah pelaksanaan program mentoring keperawatan ( $p= 0.093$ ;  $\alpha= 0.1$ ).

Pembelajaran dilakukan untuk mengambil nilai dari kesalahan yang terjadi sehingga dapat mencegah terjadinya kesalahan berulang (Reilling, 2006). Pembelajaran didukung oleh *feedback* dan dukungan dari organisasi serta rekan satu tim di rumah sakit. Pembelajaran efektif untuk mencegah proses yang tidak aman dan mencegah kesalahan. Evaluasi dari proses belajar meningkatkan kesempatan untuk berbagi ilmu yang didapat serta meningkatkan proses belajar. (Sammer et al, 2010; Clancy, 2011, Fleming, 2006).

Mentoring keperawatan merupakan metode pengarahan yang dapat menciptakan pembelajaran didalamnya. Mentoring membantu *mentee* belajar untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien. Hasil penelitian Bondas (2006) menyatakan bahwa pentingnya memiliki mentor dan *role model* untuk menciptakan lingkungan belajar yang berkesinambungan.

Hasil penelitian ini memberikan informasi bahwa program mentoring keperawatan merupakan salah satu upaya positif dalam pengembangan budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien yang terdiri dari beberapa dimensi tidak dapat berdiri sendiri melainkan dimensi yang satu dengan yang lain saling mempengaruhi (Jaw, Law & Baker, 2007). Penerapan budaya

keselamatan pasien dikatakan berhasil apabila semua elemen yang ada di dalam rumah sakit menerapkan budaya keselamatan pasien dalam pekerjaannya sehari-hari (Hudson, 1999; Reilling, 2006).

Fokus program mentoring keperawatan selain menciptakan lingkungan yang kondusif untuk proses belajar juga mampu meningkatkan profesionalisme perawat. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa mentoring efektif dalam meningkatkan produktifitas dan mencegah *turn over*. Perawat yang mengikuti mentoring menjadi lebih kompeten dan percaya diri dalam memberikan asuhan keperawatan, meningkatkan kepemimpinan dan perasaan puas terhadap pekerjaannya sehingga menurunkan angka *turn over* (Dyer, 2008; Gagliardi, 2009; Cottingham, 2010).

Mentoring juga memberikan dampak psikososial pada *mentee*, antara lain meningkatkan harga diri, percaya diri, *friendship*, dan meningkatkan kemampuan personal seperti sikap, pengetahuan dan kompetensi yang baru (Wong & Prekumar, 2007; Dudge, Jean & Casey, 2009; Noorwood, 2010)

Organisasi seharusnya menerapkan program mentoring keperawatan untuk mengurangi stress dan meningkatkan kemampuan. Penurunan stress kerja dapat meningkatkan produktifitas, mengurangi pengeluaran biaya kesehatan, dan meningkatkan efektifitas organisasi dalam menciptakan budaya (Noorwood, 2010).

## **6.2 Keterbatasan Penelitian**

Setiap penelitian memiliki keterbatasan. Keterbatasan pada penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain: proses pelaksanaan penelitian, karakteristik responden, pengambilan sampel.

### **6.2.1 Proses Pelaksanaan Penelitian**

Pengumpulan data dan pengukuran variabel dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah pelaksanaan program mentoring



keperawatan pada kelompok intervensi. Waktu penelitian yang singkat membuat peneliti melakukan evaluasi program mentoring keperawatan hanya satu minggu setelah program mentoring berakhir, sementara evaluasi perilaku paling cepat 3 bulan setelah perlakuan baru dapat diamati. Penelitian ini tidak dapat terlihat jelas pada perubahan perilaku perawat bersifat sementara atau permanen.

Secara keseluruhan singkatnya waktu penelitian ini membatasi perawat untuk melakukan internalisasi terhadap informasi yang diterima, yang tentunya akan mempengaruhi hasil akhir yang dicapai oleh perawat.

Terbatasnya waktu membuat program mentoring keperawatan dilakukan di siang hari dengan asumsi tidak mengganggu aktivitas di pagi hari dan perawat yang mendapat dinas siang atau malam dapat datang. Ada beberapa perawat yang kurang menepati waktu yang telah ditentukan pada program. Hal ini mempengaruhi kualitas dari pelaksanaan mentoring keperawatan karena menurunkan semangat dan konsentrasi anggota kelompok yang lain dalam mengikuti proses mentoring keperawatan.

Meskipun demikian dalam penelitian ini peneliti mendapatkan dukungan dari tim keselamatan pasien dan bagian diklat dalam membuat kelompok dan jadwal untuk masing-masing kelompok. Selain itu bagian diklat juga berkoordinasi dengan kepala ruang dari masing-masing ruangan untuk mengatur jadwal perawat yang terpilih menjadi responden sehingga program mentoring keperawatan dapat berjalan baik dan tidak mengganggu aktifitas di ruangan. Tim keselamatan pasien memberikan kesempatan pada peneliti untuk menggunakan fasilitas yang tersedia di rumah sakit.

### **6.2.2 Karakteristik Responden**

Pada penelitian ini kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki ciri yang sama sebagai rumah sakit Islam dan sedang berupaya dalam pengembangan keselamatan pasien. RS Muhammadiyah Semarang sebagai kelompok kontrol lebih lama berdiri daripada RS Islam Sultan Agung Semarang. Oleh karena itu

usia dan lama kerja perawat yang ada di kelompok kontrol lebih lama dibandingkan dengan kelompok intervensi. Perbedaan usia dan lama kerja menurut peneliti turut mempengaruhi hasil penelitian ini yang dapat menjadi *confounding* dalam penelitian ini.

### **6.2.3 Pengambilan Sampel**

Pada penelitian ini pengambilan sampel yang dilakukan dengan *simple random sampling*. Pada penelitian setiap ruangan terwakili dengan sistem *sampling* ini, hanya saja proporsi perawat dari tiap-tiap ruangan tidak sama.

## **6.3 Implikasi Penelitian**

Penelitian ini memiliki implikasi bagi pelayanan keperawatan, penelitian keperawatan dan bagi pendidikan keperawatan.

### **6.3.1 Pelayanan keperawatan**

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien. Peningkatan penerapan budaya keselamatan pasien ditunjukkan oleh kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Keselamatan pasien yang hanya bertumpu pada sekelompok orang seperti hanya bertumpu kepada anggota tetap keselamatan pasien sulit mewujudkan keselamatan pasien, *champion* dan setiap elemen di rumah sakit harus ikut terlibat langsung dalam keberhasilan keselamatan pasien. Metode pengarahan dengan cara mentoring keperawatan belum pernah diterapkan. Hal ini memberikan implikasi bagi pelayanan keperawatan bahwa masalah budaya keselamatan pasien akan mencapai hasil yang lebih optimal jika diintervensi dengan pendekatan yang tepat seperti perubahan metode dalam memberikan pengarahan dengan program mentoring keperawatan.

Budaya keselamatan pasien yang tidak optimal akan mengancam keselamatan pasien sehingga akan berdampak pada kualitas perawatan dan penurunan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit. Implikasi penelitian ini

memberikan pemahaman bahwa pelayanan keperawatan harus senantiasa mencerminkan budaya keselamatan pasien, karena perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling berperan dalam menciptakan keselamatan pasien.

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien. Peningkatan penerapan budaya keselamatan pasien masih belum mencapai 100%, tetapi hal ini sudah menunjukkan adanya hasil positif dari program mentoring keperawatan. Implikasi yang lain dalam pelayanan keperawatan adalah penting untuk menjaga peningkatan budaya keselamatan pasien yang sudah dicapai pada saat penelitian, jika program mentoring ini tidak diberikan secara rutin maka dapat mempengaruhi hasil yang sudah dicapai pada saat penelitian dan penerapan budaya keselamatan pasien berangsur-angsur akan menurun seperti saat sebelum penelitian. Kepuasan terhadap pelayanan juga akan mengalami penurunan dan akhirnya loyalitas pelanggan berkurang.

Penelitian ini mendapat dukungan dari berbagai pihak, bagian diklat, tim keselamatan pasien maupun perawat yang terlibat dalam penelitian. Hasil positif yang dicapai dalam penelitian ini meningkatkan motivasi tim keselamatan pasien untuk menindaklanjuti kegiatan yang telah dilakukan. Hal ini membuka peluang bagi perawat manajemen untuk membina kerjasama dalam mengatasi masalah perawat dengan melibatkan tim keselamatan pasien yang ada di rumah sakit.

### **6.3.2 Penelitian Keperawatan**

Penelitian tentang budaya keselamatan pasien merupakan penelitian yang banyak dikembangkan. Penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien belum ditemukan oleh peneliti, penelitian ini merupakan sesuatu yang baru dalam upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien. Hasil penelitian yang positif menunjukkan adanya pengaruh dari pelaksanaan program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien meskipun belum cukup optimal.

Hasil penelitian ini menjadi data dasar untuk penelitian selanjutnya diantaranya dengan pelaksanaan program yang lebih lama. Implikasi hasil penelitian juga menekankan pentingnya pengembangan penelitian lain untuk melihat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi budaya keselamatan pasien dan keberhasilan program mentoring keperawatan.

### **6.3.2 Pendidikan Keperawatan**

Rumah sakit merupakan tempat pembelajaran bagi peserta didik. Apabila hal ini tidak diperhatikan dengan cermat maka perawat akan memberikan contoh yang tidak baik bagi peserta didik sehingga dalam hal ini perawat tidak dapat menjadi *role model* yang baik dalam pendidikan.

Hasil penelitian yang menunjukkan adanya pengaruh dari program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien dapat dimasukkan ke dalam program pembelajaran peserta didik. Program keselamatan pasien yang sudah ada di dalam kurikulum pendidikan keperawatan, diharapkan dapat dikembangkan mulai dari budaya keselamatan pasien. Hal ini bertujuan agar peserta didik sudah tertanam budaya keselamatan pasien sejak awal guna meningkatkan mutu dan profesionalisme lulusan perawat.

## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Simpulan

Budaya keselamatan pasien merupakan pondasi utama dalam mewujudkan keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien secara garis besar dipengaruhi oleh 4 elemen yaitu terbuka (*open*), adil (*just*) dan informatif dalam melaporkan kejadian yang terjadi (*reporting*), dan belajar dari kesalahan yang ada (*learning*). Pembentukan budaya yang positif tergantung dari support yang diberikan untuk perubahan persepsi dan perilaku.

Mentoring keperawatan merupakan cara yang tepat dan *support* yang lebih *powerful* dalam proses belajar dalam membentuk budaya keselamatan pasien. Penelitian tentang mentoring menunjukkan mentoring merupakan cara yang tepat menciptakan lingkungan yang kondusif dalam perubahan persepsi dan perilaku perawat. *Transfer of knowledge* dari perawat yang berpengalaman ke perawat yang kurang pengalaman dengan tujuan untuk merubah persepsi dapat lebih mudah.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa karakteristik perawat rata-rata berada pada usia dewasa muda (20-40 tahun), dengan rata-rata lama kerja pada kelompok intervensi 3 tahun dan kelompok kontrol rata-rata memiliki lama kerja 5 tahun, mayoritas berjenis kelamin perempuan, dengan tingkat pendidikan sebagian besar DII Keperawatan serta mayoritas belum pernah mengikuti pelatihan tentang keselamatan pasien. Secara statistik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pelatihan ( $p > 0.05$ ), tetapi terdapat perbedaan pada usia dan masa kerja.

Intervensi program mentoring terbukti mempunyai pengaruh dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Terdapat perbedaan yang bermakna sebelum dan

sesudah intervensi pada kelompok intervensi. Dimensi keselamatan pasien (keadilan, pelaporan dan pembelajaran) juga terdapat perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah program mentoring keperawatan, sedangkan pada dimensi keterbukaan tidak terdapat perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah program mentoring.

Pada kelompok kontrol, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah dilakukan program mentoring pada kelompok intervensi. Dimensi budaya keselamatan pasien (keadilan, pelaporan dan pembelajaran) juga tidak terdapat perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah, hanya pada dimensi keterbukaan yang terdapat perbedaan yang bermakna.

Hasil penelitian juga menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah dilakukan program mentoring keperawatan dan kelompok yang tidak mendapatkan program mentoring keperawatan akan beresiko mengalami penurunan dalam penerapan budaya keselamatan pasien sebesar 2.5 kali lebih besar dibandingkan dengan kelompok yang mendapatkan program mentoring keperawatan ( $p= 0.056$ ;  $x^2= 4.5$ ;  $RR= 2.5$ ;  $\alpha= 0.1$ )

Program mentoring keperawatan terbukti berpengaruh dalam meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien. Proses perubahan budaya memerlukan waktu yang lama. Oleh sebab itu, diperlukan proses yang terus menerus dalam memberikan mentoring keperawatan, sehingga pencapaian budaya keselamatan pasien mencapai hasil yang optimal. Hasil penelitian ini memberikan implikasi bagi pelayanan dan pendidikan keperawatan untuk mengembangkan metode pengarahan sesuai dengan kebutuhan perawat di rumah sakit.

## 7.2 Saran

Peneliti mengusulkan beberapa saran sebagai berikut:

### 7.2.1 Bagi Aplikasi Keperawatan

Interaksi yang rutin dan berkelanjutan memberikan kesempatan tim keselamatan pasien mengidentifikasi permasalahan perawat dan memberikan pengarahan dengan teknik yang tepat untuk meningkatkan keselamatan pasien. Dukungan dari berbagai pihak termasuk direktur rumah sakit diperlukan untuk mengoptimalkan program mentoring keperawatan terhadap budaya keselamatan pasien. Hasil positif dari penelitian ini perlu mendapat tindak lanjut dari Direktur Rumah Sakit, Tim Keselamatan Pasien dan bagian Diklat Rumah Sakit.

#### 7.2.1.1 Direktur Rumah Sakit

- a. Memasukkan program mentoring keperawatan ke dalam suatu kebijakan keselamatan pasien
- b. Menetapkan mentor dengan SK Direktur

#### 7.2.1.2 Tim Keselamatan Pasien

- a. Membuat standarisasi program mentoring keperawatan bagi keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Mengaktifkan *champion* untuk dapat menjadi mentor di tiap-tiap unit
- c. Membuat standarisasi mentor dan *mentee* yang akan mengikuti program
- d. Membuat daftar kelompok untuk mentoring
- e. Berkoordinasi dengan bagian diklat untuk pelaksanaan program mentoring
- f. Mengevaluasi program mentoring dan budaya keselamatan pasien secara berkala
- g. Mensosialisasikan budaya keselamatan pasien, seperti adanya poster-poster terkait dengan budaya keselamatan pasien

#### 7.2.1.3 Diklat Rumah Sakit

- a. Berkoordinasi dengan Tim Keselamatan Pasien dalam pengaturan jadwal untuk pelaksanaan kegiatan mentoring keperawatan
- b. Ikut mengevaluasi pelaksanaan mentoring keperawatan
- c. Mengadakan perlombaan tentang budaya keselamatan pasien

### 7.2.3 Bagi Keilmuan

Hasil penelitian ini meningkatkan keilmuan tentang peran perawat dalam keberhasilan program penerapan budaya keselamatan pasien dengan menambah sumber pustaka untuk program keselamatan pasien dalam prespektif keperawatan khususnya penerapan budaya keselamatan pasien. Pendidikan keperawatan hendaknya mengembangkan berbagai metode pengarahan untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien.

### 7.2.4 Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data awal untuk penelitian selanjutnya. Pengembangan desain penelitian perlu dilakukan untuk dapat mengeksplorasi lebih jauh tentang pengalaman mentor, serta mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap pelaksanaan mentoring maupun budaya keselamatan pasien. Penelitian selanjutnya juga perlu memperhatikan faktor usia dan masa kerja sebagai perancu dalam keberhasilan program mentoring keperawatan. Selain itu juga perlu memperhatikan metode pengambilan sampling sehingga semua ruangan dapat terwakili. Metode *sampling* yang dipilih secara tepat, yaitu dengan metode *stratified sampling*.. Pelaksanaan program mentoring keperawatan akan lebih maksimal dengan waktu penelitian yang lebih lama dan juga evaluasi hasil (*post tes*) yang sesuai dengan teori perubahan perilaku yaitu 3-6 bulan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Abdou, L.B.(2011). *Impact of gender in nursing*. Saint-Joseph: University of Beirut
- Agency for Healthcare Research & Quality. (2007). *Patient safety primers*. Rockville: U.S. Department of Health & Human Service
- Al-Teeq. E. A. (2008). *The relationship between registered nurses perception of their work environment & their perceptions of patient safety culture*. Disertasi. United State : George Mason University
- Ali, P. A., & Panther, W. (2008). Professional development & the role of mentorship. *Journal of Nursing Standard*, 22(42), 35-39.
- Anderson, L. (2011). A learning resource for developing effective mentorship in practice. *Journal of Nursing Standard*, 25(51), 48-56.
- Arikunto, S. (2010). *Manajemen penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- Awang, A.H. (2004). *Kemahiran bolehkerja: keseimbangan antara tuntutan majikan dan penguasaan pelatih*. Malaysia: UPM
- Bararah, V.F. (2011). *Perawat laki-laki lebih maskulin disbanding profesi lain*. <http://health.detik.com/read/2011/11/16/110213/perawat-laki-laki-lebih-maskulin-dibanding-profesi-lain>
- Bird, D. (2005). Patient safety: Improving incident reporting. *Journal of Nursing Standar*. 20(14-16), 43.
- Blauvelth, M.J., & Spath, M.L. (2008). Mentoring Prespektives. *Nursing Education Prespectives*, 29(1), 29-33.
- Bondas, T. (2006). Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing management*, 14, 332-339.
- Carthey, J.& Clarke, J. (2010). *Implementing human factor in healthcare: How to guide*. London: Patient Safety First
- Clancy, M.C. (2011). New research highlight the role of patient safety culture & safer care. *Journal of Nurs Care Quality*, 26(3), 193-196
- Cottingham, S., DiBartolo, M. C., Battistoni, S., & Brown, T. (2010). Partners in nursing: A mentoring initiative to enhance nurse retention. *Nursing Education Research*, 32(4).

- Dadge, J., & Casey, D. (2009). Supporting mentors in clinical practice. *Journal Nursing Children and Young People*, 21(10), 35
- Dahlan S. (2010). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran & kesehatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Dariyo, A. (2004). *Psikologi perkembangan dewasa muda*. Jakarta: Grasindo
- Dessler, G. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Index
- Dyer, L. (2008). The continuing need for mentors in nursing. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24(2), 86-90.
- European Union Network for Patient Safety (2010). *Patient safety culture report*. Aarhus: EUNetPaS
- Fleming, M. (2005). Patient safety culture measurement & improvement: a “how to” guide. *Journal Healthcare Quarterly*, 8.
- Fleming, M. (2006). *Patient safety culture: sharing & learning from each other*. <http://www.capch.org/patientsafetyculture>. Diperoleh tanggal 12 Februari 2012
- Fleming, M., & Wentzell, N. (2008). Patient safety culture improvement tool: Development & guidelines for use. *Healthcare Quarterly*, 11.
- Gagliardi, A. R., Perrier, L., Webster, F., Leslie, K., Bell, M., Levinson, W., . . . Straus, S. E. (2009). Exploring mentorship as a strategy to build capacity for knowledge translation research and practice: protocol for a qualitative study. *BioMed Central* 4(55).
- Gilmour, J.A., Kopeikin, A., & Douche, J. (2007). Student nurses as peer-mentors: Collegiality in practice. *Nurse Education in Practice*, 7, 36-43.
- Haider, E. (2007). Coaching & mentoring nursing students. *Nursing Management*, 14(8), 32-35.
- Hasibuan, M.S.P. (2008). *Organisasi & motivasi dasar peningkatan produktivitas*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Hikmah, S. (2008). *Persepsi staf mengenai patient safety di IRD RSUP Fatmawati*. Skripsi. Jakarta: FKM-UI
- Huber, D. (2006). *Leadership & nursing care management third edition*. Philadelphia: Saunders Elsevier

- Hudson, P. (1999). *Safety culture-theory and practice*. <http://www.ftprta.nato.int/public/PubFulltext/RTO/MP/RTO-MP-032//MP-032-08.pdf>. Diperoleh tanggal 12 Februari 2012.
- IOM. (1999). *To err is human: building a safer health sistem*. <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>. Diperoleh tanggal 12 Februari 2012.
- Ivancevich, J.M. (2008). *Perilaku dan Manajemen Organisasi*. Jakarta: Erlangga
- Jeffs, L., Law, M., & Baker, G. R. (2007). Creating reporting & learning cultures in health-care organizations. *The Canadian Nurse*, 103(3), 16.
- Johnson, W.B. (2002). The intentional mentor: Strategies & guidelines for practice of mentoring. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(1), 88-96.
- Joint Commission Accreditation of Health Organization (2010). *National patient safety goals*.
- KKP-RS (2008). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP)*. Jakarta: KKP-RS
- Koop, E. M., & Hinkle, J.L. (2006). Understanding mentoring relationship. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(2), 126-131.
- Lennox, S.; Skinner, J. & Faoureur, M. (2008). Mentorship, preceptorship & clinical supervision: Three key processes for supporting midwives. *New Zeland College of Midwives Journal*, 39, 7-12.
- McKimm, J., Jolie, C., & Hatter, M. (2007). Mentoring: Theory and practice. *Preparedness to Practice, mentoring scheme*. <http://www.faculty.londondeanery.ac.uk/elearning/feedback/files/judul.pdf> Diperoleh tanggal 10 Februari 2012.
- Meadus, R.J. (2000). Men in nursing: Barriers to recruitment. *Nursing Forum*, 35 (3), 5-12
- Mentor/National Mentoring Partnership. (2005). *How to build a successful mentoring program using the "elements of effective practice"*. Alexandria: Mentor/ national Mentoring Partnership.
- National Patient Safety Agency (NPSA). (2004). *Seven step to patient safety: the full reference guide*. London: National Patient Safety Agency
- National Patient Safety Agency. (2006). *Manchester patient safety framework (MaPSaF)*. Manchester: The University of Manchester.

- Nazham, D. M. (2009). Celebrating nurse: Operating at the sharp end of safe patient care. *Journal of Nursing Standar, Maret 08,2010*.
- Nieva, V., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in health care organizations. *Quality & Safety in Health Care, 12(suppl 2), ii17-ii23*.
- Nilasari. (2010). *Pengaruh pelatihan tentang patient safety terhadap peningkatan pengetahuan dan ketrampilan perawat klinik pada penerapan patient safety di IRNA C RSUP Fatmawati*. Tesis. Depok: FIK-UI
- Norwood, A. W. (2010). *The Lived Experience of Nurse Mentors: Mentoring nurses in the profession*. Disertasi. Missouri: Faculty of The Graduate School University of Missouri-Columbia.
- Marquis, B. L. & Huston, C. J. (2012). *Leadership roles & management function: Theory & application.. 7<sup>th</sup> edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Papalia, D., Feldman, R. & Olds, S. (2001). *Human development (9th ed)*. New York: McGraw-Hill
- Peraturan Pemerintah No 22 Tahun 1948. *Penghargaan dan pengalaman kerja*.
- Planning Institute Australia (2011). *Mentoring program guidelines for mantees & mentors*. New South Wales: PIA NSW Division
- Poerwandari, K. (2009). *Pendekatan kualitatif untuk perilaku manusia*. (ed.3). Depok: LPSP3 Fakultas Psikologi Universitas Indonesia
- Potter, P.A & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses dan praktik. Ed 4*. Alih bahasa, Yasmin; editor, devi Y. & Monica Ester. Jakarta: EGC
- Pronovost, P., & Sexton, B. (2005). Assessing safety culture: guidelines & recommendations. *Quality & Safety in Health Care, 14(231-233)*.
- Ragins, et.al. (2000). Marginal mentoring: the effect of type mentor, quality of relationship, and program design on work and career attitudes. *The Academy of Management Journal, 43(6), 177-194*.
- Reason, J. & Hobbs, A. (2003). *Managing maintenance error: A practical guide*. Hampshire : Ashgate Publishing Company.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *Journal BMJ, 320*.

- Reilling, J. G. (2006). Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. *Journal Advanced in Patient Safety*, 2(20), 1-15.
- Roberts, A. (1999). The origins of term mentor. *History of Education Society Bulletin Journal*, 64, 313-329.
- Robbins, S. (2001). *Organizational behavior (10th ed)*. USA: Prentice-Hall
- Sabri, Luknis & Hastono. (2010). *Statistik kesehatan*. Jakarta: Rajawali Press
- Sammer, E. C.; Lykens, K.; Singh, K.P; Mains, D.A. & Lackan, N.A. (2009). What is patient safety culture? A review literature. *Journal Nursing Scholarship*, 42(2), 156
- Santrok, J. W. 2002. *Life Span Development: Perkembangan Masa Hidup, Edisi 5 Jilid 2*. Jakarta: Erlangga
- Sastroasmoro, S. (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto
- Seniati, L. (2006). Pengaruh masa kerja, traits kepribadian, kepuasan kerja dan iklim psikologis terhadap komitmen dosen pada Universitas Indonesia. *Makara, Sosial Humaniora*, 10(2), 88-97.
- Setiowati, D. (2010). *Hubungan Kepemimpinan Efektif Head Nurse dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo*. Tesis. Depok: FIK-UI.
- Stamps, P. L. (1997). *Nurses & work satisfaction: An index for measurement*, 2<sup>nd</sup> ed. Chicago: Health Administration Press
- Stolte, K.M. (2003). *Diagnosa keperawatan sejahtera (wellness nursing diagnosis for health promotion)*; alih bahasa, Eni Novieastari; editor, Monica Ester. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. (2011). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan r & d*. Bandung: Alfabeta.
- Swasti, K.G. (2011). *Pengaruh terapi suportif terhadap ansietas siswa kelas XII SMAN I kutasari dalam menghadapi ujian nasional*. Tesis tidak dipublikasikan. Jakarta: FIK-UI
- Undang-Undang No 22 Tahun 1948. *Sistem Pendidikan Nasional*.

- Wiegmann, D. A., Zhang, H., Thaden, T. V., Sharma, G., & Mitchell, A. (2002). Synthesis of safety culture and safety climate research (Vol. ARL-02-3/FAA-02-2). <http://www.humanfactors.uiuc.edu/Reports&PropersPDFs/TechReport/02-03.pdf>. Diperoleh tanggal 6 Maret 2012
- Wiegmann, D. A., & Thaden, T.V. (2007). A review of safety culture theory and its potential application to traffic safety. <http://www.aaafoundation.org/pdf/WiegmanVonThadenGibbons.pdf>. Diperoleh tanggal 6 Maret 2012.
- Wilkie, Z. (2006). The student – mentor relationship : A review of literature. *Journal of Nursing Standar*, 20(37), 42-47.
- Wolfenden, J.(2011). Men in nursing. *Journal of Allied Health Science and Practice*, 9(2).
- Wong, A.T. & Prekumar. (2007). *An introduction to mentoring principles, processes & strategy for facilitating mentoring relationship at a distance*. <http://www.usask.ca/gmcte/drupal/?q=resources>. Diperoleh tanggal 24 Februari 2012.
- Yahya, A. (2006, November). *Konsep dan program patient safety*. Disampaikan pada konvensi nasional mutu rumah sakit ke VI. Bandung.

Tabel 1. Sebaran item pertanyaan Kuesioner B

No	Komponen	Nomor pernyataan <i>favorable</i>	Nomor tidak valid pada uji	Nomor pertanyaan <i>unfavorable</i>	Nomor tidak valid pada uji	Jumlah	Setelah ujicoba	Sebaran pernyataan
1	Budaya Keterbukaan	4,5,18, <b>21</b> , 23,32, 43	21	2,15,26,28,36,49		13	12	2,4,5,15,18,23 26,28,32,36,43, 49
2	Budaya Keadilan	19, <b>22</b> , <b>30</b> , 39	22, 30	8, 16, 29, 40, <b>41</b>	41	9	6	8,16,19,29,39,4 0
3	Budaya Pelaporan	<b>11</b> , 13, 17, 33	11	7, 9, 10,12, 24, 25, <b>44</b> , 45, 46, 47	44	14	12	7,9,10,12,13,17, 24, 25, 33, 45, 46, 47
4	Budaya Pembelajaran	3, 14, 20, 27, 38, 42, 48		1, 6, <b>31</b> , 34, 35, 37, <b>50</b>	31, 50	14	12	1,3,6,14,27,34,3 5, 37, 38, 42,48
<b>Total</b>						<b>50</b>	<b>42</b>	
<b>Nomor pernyataan yang tidak valid</b>						<b>11,21,22,30,31,41,44,50</b>		

### Jadwal Penelitian

No.	Kegiatan	Februari			Maret					April				Mei					Juni				Juli		
		2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	
1.	Penyusunan Proposal																								
2.	Seminar proposal																								
3.	Perbaikan Proposal																								
4.	Pelaksanaan Penelitian																								
5.	Analisa Data																								
6.	Penyusunan Laporan																								
7.	Seminar Hasil																								
8.	Perbaikan Hasil																								
9.	Sidang Tesis																								
10.	Perbaikan Tesis																								
11.	Pengumpulan Tesis																								





# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : [humasfik@ui.ac.id](mailto:humasfik@ui.ac.id) Web Site : [www.fik.ui.ac.id](http://www.fik.ui.ac.id)

## KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

**Pengaruh Program Mentoring terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RS Islam Sultan Agung Semarang.**

Nama peneliti utama : Devi Nurmalia

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 11 April 2012

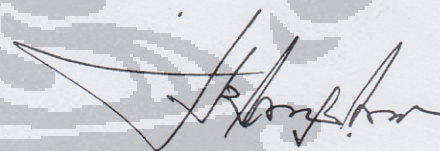
Dekan,

Ketua,



  
Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001





# YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

Jl. Raya Kaligawe Km 4 PO Box 1235 Telp. (024) 6580019 (5 saluran) Fax. (024) 6581928  
Website: www.rsisultanagung.co.id Email : rs@rsisultanagung.co.id  
SEMARANG

*Bismillahirrahmanirrahiim*

Nomor : 298 / B/RSI-SA / IV / 2012

Semarang, 20 April 2012

Lamp : -

Hal : **Ijin Penelitian Pengambilan Data**

Kepada Yth  
**Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia  
Di Jakarta**

*Assalamu'alaikum Wr.Wb.*

Puji syukur kita panjatkan Allah SWT, Semoga kita selalu dalam Lindungan dan mendapat Petunjuk serta RidhoNya, Amin.

Menjawab surat saudara nomor: 153/H2.F12.D/PDP.04.00/2012, Perihal permohonan ijin melakukan pengambilan data di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang guna melaksanakan kegiatan Tesis, maka dengan ini kami dapat memberikan ijin kepada :

Nama : DEVI NURMALIA  
NPM : 1006748482  
Judul : **"Pengaruh Program Mentoring Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien"**

Adapun ketentuan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung :

- \* Mentaati peraturan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung
- \* Mempresentasikan dan memberikan hasil penelitian untuk kepentingan Rumah Sakit Islam Sultan Agung
- \* Membayar biaya administrasi / tarip sesuai yang telah ditetapkan

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

*Billahittaufiq wal hidayah  
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.*

RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG

  
Dr. Hj. NUR ANNA C.S., SpPD

Direktur Pendidikan & Penunjang Medis

Tembusan Yth :

1. Sdr. Devi Nurmalia
2. Ketua PSIK FK UNDIP
3. Bagian K3
4. Bagian KPRS
5. Arsip





Rumah Sehat  
Keluarga Islami

# RUMAH SAKIT ROEMANI MUHAMMADIYAH

Jl. Wonodri 22 Telp. (024) 8444623 (Hunting) Fax. (024) 8415752 Semarang - 50242  
e-mail : rs\_roemani@yahoo.co.id

Nomor : B-3.3/ 545 /RSR/IV/2012

Lamp : -

Hal : Ijin Penelitian

Kepada Yth :  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Program Pendidikan Magister  
Universitas Indonesia  
Di -  
JAKARTA

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Memperhatikan surat Saudara Nomor : 1532/h2.f12.d/pdp.04.00/2012 tanggal 5 April 2012 perihal permohonan ijin penelitian mahasiswa :

Nama : Devi Nurmalia  
NPM : 1006748482  
Judul : Pengaruh Program Mentoring terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien

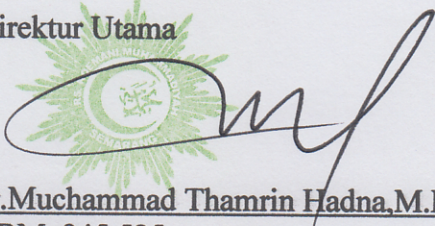
Pada prinsipnya kami **dapat mengijinkan** Mahasiswa tersebut untuk melaksanakan penelitian dalam rangka pelaksanaan Tesis di RS Roemani Muhammadiyah Semarang, dengan ketentuan sanggup mematuhi peraturan yang berlaku dan teknis pelaksanaannya diharapkan yang bersangkutan menghubungi bagian Diklat lebih dulu.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Billahit Taufiq Wal Hidayah  
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Semarang, 03 Jum Tsaniyah 1433 H *Hu*  
25 April 2012 M

Direktur Utama

  
dr. Muchammad Thamrin Hadna, M.Kes  
NBM. 945.525

Tembusan :

1. Manajer Pelayanan Medis & Patient Safety
2. Manajer PSDI & BI / Asman Diklat
3. Manajer Keperawatan
4. Arsip. Pengaruh program..., Devi Nurmalia, FIK UI, 2012



**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

**Biodata:**

Nama : Devi Nurmalia  
Tempat/Tanggal Lahir : Semarang, 22 April 1984  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : JL. Seudati III Blok E-1 No 12A Perum P4A, Pudak  
Payung, Banyumanik, Semarang

**Riwayat Pendidikan :**

SD M. ST. Theresia : Lulus tahun 1996  
SMPN 3 Semarang : Lulus tahun 1999  
SMAN 1 Semarang : Lulus tahun 2002  
PSIK Undip : Lulus tahun 2006  
PSIK Undip (Profesi) : Lulus tahun 2007

**Riwayat Pekerjaan:**

Pengajar Stikes Harapan Bangsa Purwokerto : Tahun 2008 – 2009  
Pengajar PSIK FK UNDIP : Tahun 2009 – 2010

## PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : “Pengaruh Program Mentoring Keperawatan terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

Peneliti : Devi Nurmalia

Pembimbing I : Hanny Handiyani, M.Kep

Pembimbing II : Hening Pujasari, S.Kp., M.Biomed, MN

Program Studi : Magister Keperawatan FIK-UI

Alamat : Jl. Seudati III no 12A Blok E-1 Perum P4A, Pudak Payung, Semarang

No. Telpon : 08122556654

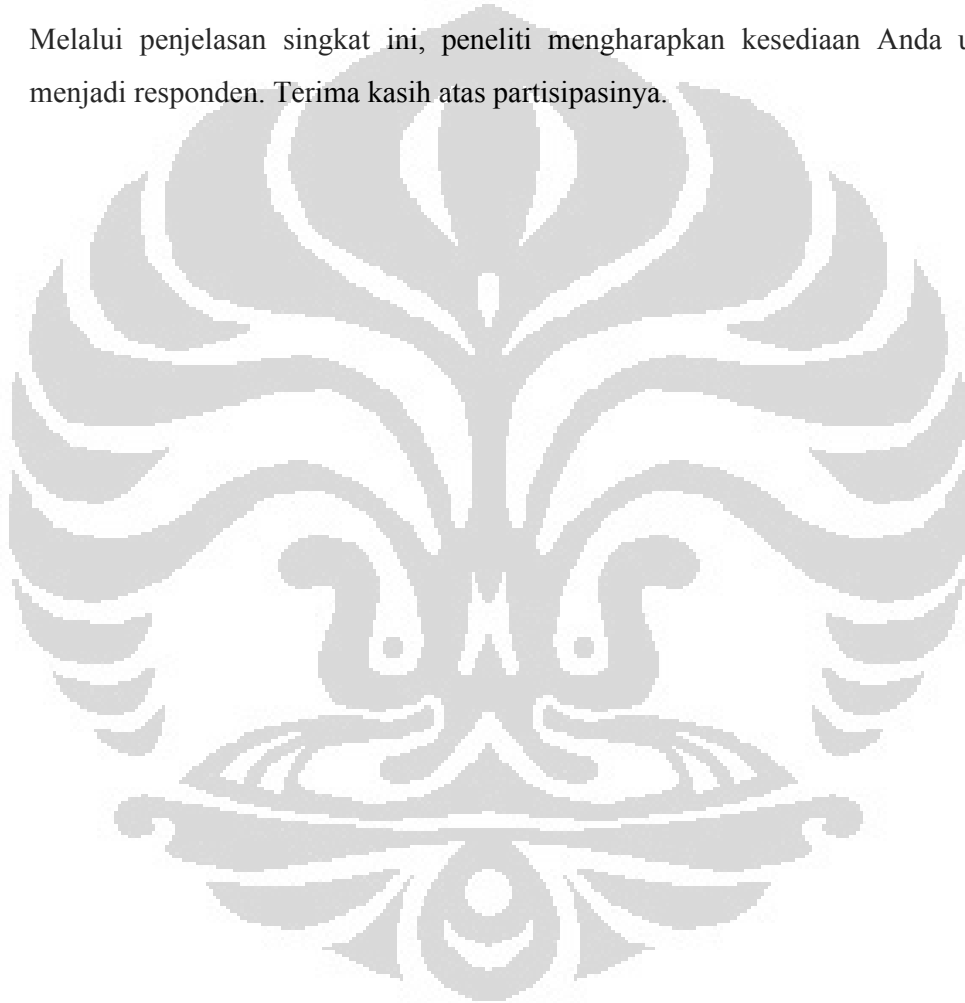
Saya Devi Nurmalia (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Responden penelitian akan dibagi dalam dua kelompok, yaitu kelompok yang diberikan intervensi program mentoring dan kelompok yang tidak diberikan intervensi program mentoring. Proses penelitian ini terdiri dari tiga tahapan, yaitu *pre test*, intervensi dan *post test*. Intervensi program mentoring yang akan dilakukan pada kelompok intervensi terdiri dari empat sesi dimana setiap sesi dilaksanakan dalam waktu 30-60 menit. Responden diharapkan mengikuti proses intervensi secara keseluruhan pada kelompok yang sama dengan mematuhi aturan yang akan disepakati pada pertemuan pertama.

Peneliti menjamin sepenuhnya bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi pengembangan karir responden di rumah sakit terkecuali menambah jenis kegiatan perawat di rumah sakit. Peneliti berjanji akan

menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara: menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, analisa data maupun penyajian hasil penelitian nantinya, menjaga kerahasiaan identitas responden kecuali individu yang terlibat dalam penelitian, dan menghargai responden yang menolak terlibat dalam penelitian ini dan mengundurkan diri dalam proses penelitian.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan kesediaan Anda untuk menjadi responden. Terima kasih atas partisipasinya.



**PERSETUJUAN MENJADI RESPODEN**

Setelah membaca dan memahami penjelasan penelitian, saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh:

Nama : Devi Nurmalia

NPM : 1006748482

Judul : Pengaruh Program Mentoring terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya. Oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dan mematuhi segala ketentuan pada penelitian ini.

Nama : .....

Unit : .....

Semarang, April 2012

Responden

(.....)

## PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : “Pengaruh Program Mentoring Keperawatan terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

Peneliti : Devi Nurmalia

Pembimbing I : Hanny Handiyani, M.Kep

Pembimbing II : Hening Pujasari, S.Kp., M.Biomed, MN

Program Studi : Magister Keperawatan FIK-UI

Alamat : Jl. Seudati III no 12A Blok E-1 Perum P4A, Puduk Payung, Semarang

No. Telpn : 08122556654

Saya Devi Nurmalia (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui pengaruh program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

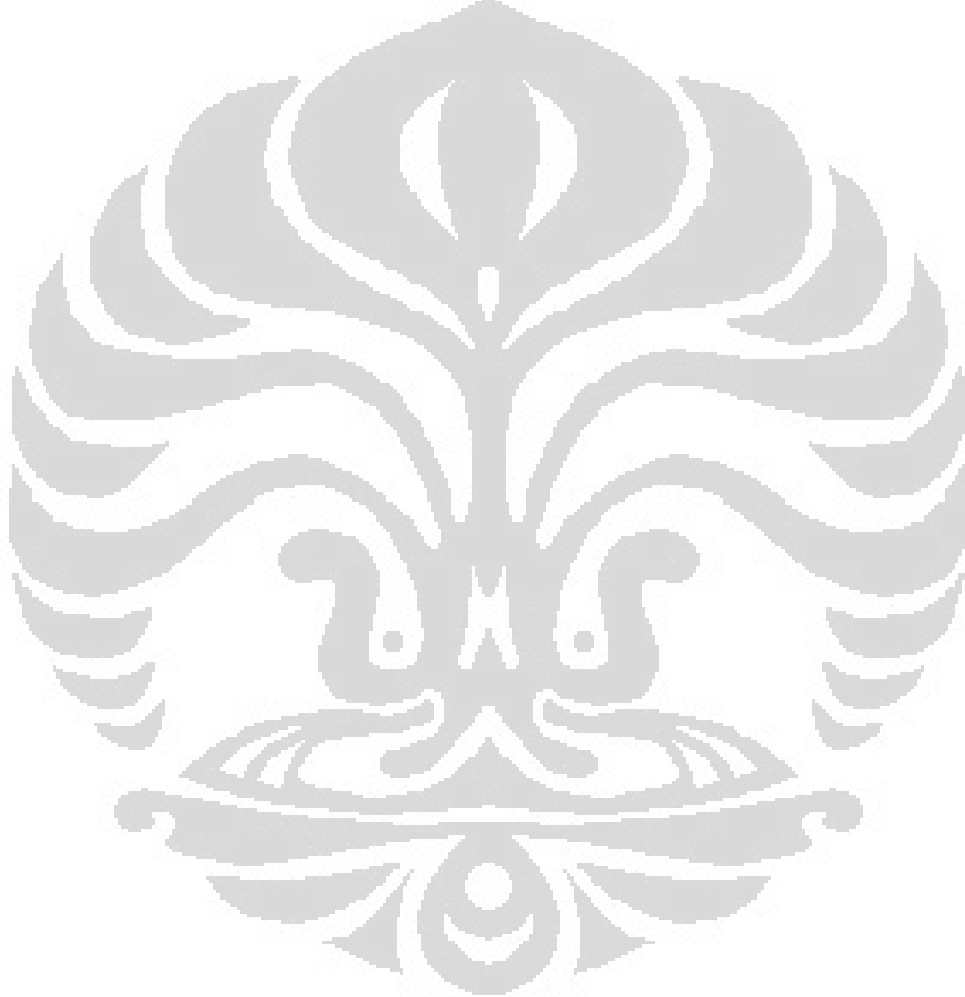
Responden penelitian akan dibagi dalam dua kelompok, yaitu kelompok yang diberikan intervensi program mentoring dan kelompok yang tidak diberikan intervensi program mentoring. Responden di RS Muhammadiyah Semarang merupakan kelompok kontrol sehingga responden tidak diberikan program mentoring. Responden diharapkan mengisi kuesioner sebanyak dua kali untuk *pre test* dan *pos test*. Intervensi program mentoring juga dapat dilakukan di kelompok kontrol pada lain waktu jika pihak rumah sakit menyetujui.

Peneliti menjamin sepenuhnya bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi pengembangan karir responden di rumah sakit terkecuali menambah jenis kegiatan perawat di rumah sakit. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara: menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, analisa data maupun



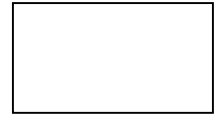
penyajian hasil penelitian nantinya, menjaga kerahasiaan identitas responden kecuali individu yang terlibat dalam penelitian, dan menghargai responden yang menolak terlibat dalam penelitian ini dan mengundurkan diri dalam proses penelitian.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan kesediaan Anda untuk menjadi responden. Terima kasih atas partisipasinya.



## KUESIONER B

### PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN



#### A. Petunjuk

1. Bacalah dengan cermat setiap item pertanyaan
2. Pilihlah salah satu alternatif jawaban yang menurut Anda paling tepat sesuai dengan yang Anda lakukan dalam bekerja dengan memberikan tanda (√) pada kotak jawaban yang tersedia di sebelah kanan
3. Jawaban Anda akan dijaga dan dijamin kerahasiaannya dan tidak akan mempengaruhi penilaian kinerja Anda

#### B. Pilihan Jawaban

SL = Selalu

SR = Sering

KD= Kadang-kadang

TP = Tidak Pernah

#### C. Sebaran Pernyataan

No	Pernyataan	SL	SR	KD	TP
1	Atasan saya mengabaikan masalah keselamatan pasien yang terus terjadi secara berulang				
2	Saya memberikan informasi seadanya kepada unit lain terkait dengan masalah keselamatan pasien				
3	Saya mendapatkan pelajaran berharga dari kesalahan yang saya perbuat				
4	Saya di unit ini ikut terlibat dalam diskusi mengenai keselamatan pasien				
5	Atasan saya mempertimbangkan secara serius setiap saran yang menyangkut peningkatan keselamatan pasien				
6	Setiap kali muncul tekanan, atasan saya menginginkan saya bekerja lebih cepat, meskipun tidak memperhatikan keselamatan pasien				
7	Saya melaporkan kejadian (identifikasi pasien, komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, prosedur dan tepat pasien dioperasi, pengurangan resiko infeksi dan pengurangan pasien jatuh) hanya pada saat atasan melakukan supervisi				

No	Pernyataan	SL	SR	KD	TP
8	Saya khawatir bahwa kesalahan (identifikasi pasien, komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, prosedur dan tepat pasien dioperasi, pengurangan resiko infeksi dan pengurangan pasien jatuh) yang saya lakukan akan dicatat di data kepegawaian				
9	Pelaporan kejadian membuat pekerjaan saya terganggu				
10	Saya kesulitan dalam membuat laporan kejadian				
11	Ketika suatu kesalahan terjadi, tapi kemudian hal tersebut disadari dan segera diperbaiki sebelum memberikan dampak negatif terhadap pasien, seberapa sering hal tersebut dilaporkan?				
12	Ketika suatu kejadian (identifikasi pasien, komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, prosedur dan tepat pasien dioperasi, pengurangan resiko infeksi dan pengurangan pasien jatuh) dilaporkan, hal tersebut terasa seperti mencatat aib sendiri, daripada mencatat masalahnya.				
13	Ketika suatu kesalahan terjadi, tapi tidak berpotensi merugikan pasien seberapa sering hal tersebut dilaporkan?				
14	Informasi keselamatan pasien membuat saya bekerja lebih baik lagi				
15	Mendiskusikan masalah keselamatan pasien membuat saya takut				
16	Saya merasa kurang nyaman (misalnya: dalam berkomunikasi, pembagian tugas) apabila bekerjasama dengan unit lain				
17	Ketika suatu kesalahan yang berpotensi merugikan pasien terjadi, tapi kemudian tidak terjadi seberapa sering hal tersebut dilaporkan?				
18	Dalam unit ini mendiskusikan langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk mencegah suatu kesalahan terjadi lagi				
19	Saya diberitahukan kesalahan-kesalahan apapun yang terjadi dalam unit ini				

SL = Selalu

SR = Sering

KD= Kadang-kadang

TP = Tidak Pernah

No	Pernyataan	SL	SR	KD	TP
20	Kesalahan-kesalahan yang dilaporkan berperan penting membawa perubahan yang positif				
21	Saya memberitahukan kepada pasien dan keluarganya apabila telah terjadi kejadian keselamatan pasien				
22	Saya bersikap biasa pada teman yang berbuat kesalahan				
23	Saya bebas mengemukakan pendapat jika melihat sesuatu yang berdampak negatif bagi keselamatan pasien				
24	Saya melaporkan kejadian keselamatan pasien hanya sewaktu-waktu saat dibutuhkan saja				
25	Informasi penting yang berkaitan dengan perawatan pasien seing hilang disaat pergantian shift kerja				
26	Saya merasa takut untuk bertanya jika ada sesuatu yang tidak benar dalam memberikan pelayanan kepada pasien				
27	Kesalahan yang saya perbuat membuat saya semangat bekerja karena saya sudah mendapatkan pembelajaran untuk kebaikan dari kesalahan tersebut				
28	Saya mendapatkan penyelesaian masalah yang buntu saat berdiskusi mengenai keselamatan pasien				
29	Saya merasa bekerja dengan teman sejawat yang telah melakukan kesalahan akan mengancam nama baik saya				
30	Saya memberikan masukan kepada teman yang melakukan kesalahan untuk bekerja lebih baik lagi				
31	Saya menumpuk laporan kejadian di meja kerja karena data tersebut tidak ada manfaatnya				
32	Saya merasa bebas bertanya tentang keputusan maupun tindakan keselamatan pasien di unit ini				
33	Saya membuat laporan kejadian sesuai prosedur yang ada di rumah sakit				
34	Kesalahan yang diperbuat teman sejawat saya, akan mempengaruhi kualiatas pekerjaan saya				
35	Pihak manajemen rumah sakit memperhatikan masalah keselamatan pasien hanya setelah kejadian yang tidak diinginkan terjadi				
36	Saya tidak diberikan <i>feedback</i> (umpan balik) mengenai perubahan yang terjadi berdasarkan laporan kejadian				

SL = Selalu  
SR = Sering

KD = Kadang-kadang  
TP = Tidak Pernah

No	Pernyataan	SL	SR	KD	TP
37	Hanya suatu kebetulan jika kesalahan serius (identifikasi pasien, komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, prosedur dan tepat pasien dioperasi, pengurangan resiko infeksi dan pengurangan pasien jatuh) tidak terjadi di unit ini				
38	Kesalahan-kesalahan yang dilaporkan berperan penting untuk membawa perubahan yang positif				
39	Dalam unit ini, setiap karyawan memperlakukan rekan kerja yang lain dengan baik				
40	Saya merasa kesalahan yang saya perbuat akan memberikan dampak negative bagi karir saya				
41	Keselamatan pasien tidak pernah dikorbankan hanya untuk menyelesaikan pekerjaan yang lebih banyak				
42	di unit tempat saya bekerja mengevaluasi efektifitas setiap upaya peningkatan keselamatan pasien				
43	Atasan saya memberikan pujian ketika melihat suatu pekerjaan dilakukan sesuai prosedur keselamatan pasien				
44	Hal-hal buruk yang tidak diinginkan (identifikasi pasien, komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, prosedur dan tepat pasien dioperasi, pengurangan resiko infeksi dan pengurangan pasien jatuh) sering terjadi ketika memindahkan pasien ke unit lain seperti ICU, dsb				
45	Informasi penting yang berkaitan dengan perawatan pasien sering hilang disaat pergantian shift kerja				
46	Pergantian shift menimbulkan masalah bagi pasien di rumah sakit				
47	Sering muncul masalah saat melakukan pertukaran informasi antar unit				
48	Kami memiliki prosedur dan sistem yang baik untuk mencegah timbulnya kesalahan apapun				
49	Dalam unit ini, kami memiliki masalah dalam keselamatan pasien				
50	Kami bekerja dalam situasi krisis, yaitu pekerjaan yang kompleks, mencoba melakukan banyak hal dengan cepat (waktu yang cukup singkat)				

SL = Selalu  
SR = Sering

KD = Kadang-kadang  
TP = Tidak Pernah

## Lembar *Checklist* Kegiatan Mentoring

### A. Petunjuk

1. Bacalah dengan cermat setiap item pertanyaan
2. Berilah tanda (√) pada kotak jawaban yang tersedia di sebelah kanan sesuai dengan yang Anda observasi
3. Jawaban Anda akan dijaga dan dijamin kerahasiaannya dan tidak akan mempengaruhi penilaian kinerja Anda

No	Observasi	Ya	Tidak
1	Mentor dan <i>mentee</i> menyamakan persepsi dan tujuan dari program mentoring		
2	Mentor memberikan deskripsi kegiatan secara umum		
3	Mentor dan <i>mentee</i> membuat komitmen bersama selama program mentoring		
4	Mentor mendorong <i>mentee</i> untuk menyampaikan pendapat atau perasaannya		
5	Mentor mendengarkan secara aktif		
6	Mentor memberikan masukan		
7	Mentor membantu memberikan solusi atas permasalahan yang dihadapi <i>mentee</i> tentang penerapan budaya keselamatan pasien		
8	Mentor memberikan contoh dalam penerapan budaya keselamatan pasien		
9	Mentor memberikan <i>feedback</i> kepada <i>mentee</i>		
10	Mentor memberikan <i>reinforcement</i> kepada <i>mentee</i>		
11	<i>Mentee</i> ikut terlibat aktif selama proses kegiatan		
12	Mentor dan <i>mentee</i> menyimpulkan hasil yang didapat dari kegiatan mentoring		
13	<i>Mentee</i> membuat komitmen untuk dapat meningkatkan kemampuan		
14	Kegiatan mentoring berjalan sesuai dengan waktu yang disepakati		
15	<i>Mentee</i> melakukan refleksi diri terhadap tindakan yang dilakukan selama bekerja		

**KUESIONER A**  
**Karakteristik Perawat**

Kode Responden :  (diisi oleh peneliti)

Tanggal :

Nama/inisial :

**Petunjuk :**

1. Jawablah pertanyaan pada kolom yang tersedia dengan mengisi mengisi titik-titik atau memberikan tanda (√) pada kotak jawaban yang tersedia di sebelah kanan
2. Pada pernyataan usia: isilah sesuai dengan usia anda saat ini
3. Jawaban Anda akan dijaga dan dijamin kerahasiaannya dan tidak akan mempengaruhi penilaian kinerja Anda

**Karakteristik Perawat**

1. Jenis kelamin :

Laki-laki

Perempuan

2. Usia

3. Pendidikan terakhir

a. SPK

b. D III

c. S1 Keperawatan

4. Masa kerja

 .....tahun

5. Pelatihan keselamatan pasien yang pernah diikuti :

a. tidak pernah

b. pernah

## Lembar penilaian mentor

### Petunjuk

1. Bacalah dengan cermat setiap item pertanyaan
2. Berilah tanda (√) pada kotak jawaban yang tersedia di sebelah kanan sesuai dengan yang Anda ketahui tentang peran dan tanggung jawab mentor
3. Jawaban Anda akan dijaga dan dijamin kerahasiaannya dan tidak akan mempengaruhi penilaian kinerja Anda

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Mentor dan mantee menyamakan persepsi dan tujuan dari program mentoring		
2	Mentor hanya membacakan deskripsi kegiatan secara sepintas		
3	Mentor dan mantee membuat komitmen bersama selama program mentoring		
4	Mentor mendorong mantee untuk menyampaikan pendapat atau perasaannya		
5	Mentor mendengarkan secara aktif		
6	Mentor mendesak mantee untuk mengikuti semua arahan mentor		
7	Mentor membantu memberikan solusi atas permasalahan yang dihadapi mantee tentang penerapan budaya keselamatan pasien		
8	Mentor tidak memberikan contoh dalam penerapan budaya keselamatan pasien		
9	Mentor memberikan <i>feedback</i> kepada mantee		
10	Mentor memberikan <i>reinforcement</i> kepada mantee		
11	Mentor tidak terlibat setiap kegiatan mantee		
12	Hanya mantee yang menyimpulkan hasil didapat dari kegiatan mentoring		
13	Mentor mendesak mantee untuk mau menceritakan permasalahan yang dialami		
14	Mentor memimpin mentoring sesuai dengan waktu yang disepakati		
15	Mentor meminta mantee melakukan refleksi diri terhadap tindakan yang dilakukan selama bekerja		



## KUESIONER EVALUASI PROGRAM MENTORING

### A. Petunjuk

1. Bacalah dengan cermat setiap item pertanyaan
2. Pilihlah salah satu alternatif jawaban yang menurut Anda paling tepat sesuai dengan yang Anda lakukan dalam bekerja dengan memberikan tanda (√) pada kotak jawaban yang tersedia di sebelah kanan
3. Jawaban Anda akan dijaga dan dijamin kerahasiaannya dan tidak akan mempengaruhi penilaian kinerja Anda

### B. Pilihan Jawaban

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

### C. Sebaran Pernyataan

No	Pernyataan	S	TS
1	Mentor membantu saya dalam meningkatkan pengetahuan tentang keselamatan pasien		
2	Mentor menjadi pendengar yang baik ketika saya menceritakan hambatan yang saya alami		
3	Mentor membantu memecahkan masalah saya		
4	Kemampuan saya bertambah setelah mengikuti program mentoring		
5	Saya merasa puas dengan program mentoring yang sudah berlangsung		
6	Setiap kali ada pertemuan dengan mentor saya merasa takut		
7	Saya menjadi lebih percaya diri setelah mengikuti program		
8	Mentor tidak memfasilitasi kebutuhan saya		
9	Saya tidak dapat percaya kepada mentor		
10	Saya dapat menjadikan mentor sebagai panutan dalam bertindak		
11	Mentor menguasai materi yang diberikan		
12	Mentor tidak memberikan contoh dalam penerapannya di ruangan		
13	Mentor tidak menyimpulkan hasil dari materi yang disampaikan		
14	Mentor tidak terlibat dalam diskusi		
15	Mentor memberikan <i>feedback</i> kepada <i>mentee</i>		

KUESIONER PENELITIAN

**PENGARUH PROGRAM MENTORING KEPERAWATAN  
TERHADAP PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN  
DI RUANG RAWAT INAP RS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**



UNIVERSITAS INDONESIA

**Devi Nurmalia**

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
DEPOK  
April, 2012

## MODUL PROGRAM MENTORING

### PENDAHULUAN

Mentoring program merupakan program pengarahan untuk membantu perawat dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keterampilan klinis. Mentoring program merupakan *transfer of knowledge* dari perawat yang berpengalaman kepada perawat yang kurang berpengalaman. Pengarahan dengan model mentoring akan lebih dirasakan dampaknya bagi mentor maupun mantee. Mentor akan lebih merasa senang karena telah membantu mantee dalam peningkatan kualitas, sedangkan mantee akan lebih merasa puas karena kebutuhan dan keinginannya didengarkan dan difasilitasi.

Tujuan dari panduan ini adalah untuk menyediakan kerangka kerja bagi mentor dan mantee. Panduan ini menyediakan informasi seputar konsep dan cara melakukan mentoring. Program mentoring menyediakan forum bagi kualitas hubungan mentor dan mantee dengan pertemuan rutin dan diskusi bersama untuk merencanakan tujuan yang ingin dicapai.

### Pengertian Mentoring

Mentoring berasal dari *mythology* Yunani, kata mentor berarti berperan sebagai adviser, role model, conseller, tutor dan atau guru. Mentoring merupakan proses pembelajaran dimana mentor mampu membuat mantee (peserta mentoring) yang tadinya tergantung menjadi mandiri. Mentoring merupakan bentuk support, umpan balik yang konstruktif bagi mantee dalam meningkatkan kemampuannya

Mentor menyediakan dukungan, pengetahuan, panduan, dan umpan balik yang konstruktif kepada mantee untuk meningkatkan kemampuan dan potensi. Mantee merupakan seseorang yang aktif mencari dukungan dan panduan untuk peningkatan profesionalisme.

Mentoring merupakan suatu metode pengarahan dari manager atau supervisor untuk memberikan dukungan kepada mantee dalam peningkatan kemampuan dan

pengembangan karir. Program mentoring yang efektif akan membantu mantee dalam kemandirian untuk meningkatkan kualitas kemampuan mantee.

### **Manfaat Mentoring**

Manfaat yang didapat dari program mentoring dapat dirasakan oleh mentor maupun mantee, antara lain:

#### Mentors

- Berkontribusi dalam peningkatan profesionalisme
- Meningkatkan kemampuan komunikasi
- Transfer kemampuan dan pengetahuan
- Pengakuan dari organisasi
- Peningkatan prestasi kerja

#### Mantees

- Peningkatan pengetahuan dan kemampuan
- Peningkatan kepercayaan diri dalam memberikan pelayanan
- Percaya diri dalam berdiskusi tentang keselamatan pasien
- Penurunan stress kerja dan konflik dalam pekerjaan
- Dapat berdiskusi setiap saat dengan teman mengenai isu-isu yang berkembang di rumah sakit
- Menurunkan kemungkinan terjadinya kesalahan dalam memberikan pelayanan
- Peningkatan kepuasan kerja

### **Peran dan Tanggung Jawab Mentor dan Mantee**

Tanggung jawab mentor dan mantee

- Saling menghargai dan respect antara mentor dan mantee
- Menjaga kerahasiaan mentor dan mantee
- Komitmen untuk selalu mengikuti pertemuan selama program mentoring
- Mendiskusikan harapan dari mantee yang diinginkan dicapai selama program mentoring

Peran Mentor :

- Guru (*teacher*)
- Penasihat (*advisor*)
- Pelindung (*guide*)
- Panutan (*role model*)
- Penilai (*evaluator*)
- Obyektifitas
- Empati
- Jujur
- Dapat dipercaya
- Berpikir kritis
- *Problem solver*

Peran mentor dalam penelitian sebagai berikut:

- a. Membentuk kelompok (menentukan *setting*, memutuskan lamanya sesi pertemuan, mengidentifikasi sifat kelompok)
- b. Membangun dan mempertahankan lingkungan yang kondusif
- c. Memimpin jalannya program *mentorship*
- d. Melibatkan semua mantee dalam proses *mentorship*, dengan memfasilitasi anggota yang kurang aktif untuk menyampaikan pendapat dan mengekspresikan perasaannya

Peran mantee adalah mengikuti jalannya proses terapi dengan mematuhi kesepakatan yang telah dibuat antara mantee dan mentor. Mantee juga berpartisipasi aktif selama proses kegiatan berlangsung dengan memberikan umpan balik, masukan serta melakukan simulasi

### **KETENTUAN PARTISIPAN**

Semua partisipan, mentor dan mantee, merupakan anggota di lingkungan rumah sakit yang sudah dipilih dan bersedia mengikuti selama sesi program mentoring

Mentors

Mentor idealnya memiliki pengalaman klinik selama 3 tahun. Mentor harus mempunyai kemampuan komunikasi yang bagus, kemampuan mendengar dan

mempunyai cita-cita untuk berkontribusi dalam pengembangan profesi keperawatan di masa mendatang.

#### Mantees

Mantee merupakan perawat pelaksana di rumah sakit yang tergolong perawat baru atau kurang pengalaman. Mantee dipilih oleh kepala ruang, ketua tim atau anggota satu tim.

Karakteristik mantee pada penelitian ini adalah:

1. terdiri dari 5-9 perawat
2. sukarela
3. perawat yang tidak menjadi anggota dari tim pasien safety rumah sakit sultan agung semarang
4. bersedia mengikuti seluruh proses *mentorship* dan berpartisipasi aktif
5. dipimpin oleh mentor dari tim keselamatan pasien

#### **Durasi Mentoring**

Program mentoring berlangsung selama dua kali seminggu dengan waktu 30-60 menit. Kelanjutan dari program ini dapat berlangsung di luar waktu yang telah ditentukan sebagai “*career-long support system*”.

Jenis mentoring yang akan diberikan kepada perawat mengenai budaya keselamatan pasien yang diberikan secara formal mentoring melalui grup mentoring. Formal mentoring dilakukan berdasarkan tujuan organisasi yaitu meningkatkan perilaku perawat dalam budaya keselamatan pasien. Grup mentoring dilakukan dengan cara satu orang mentor memfasilitasi beberapa mantee dan tidak lebih dari 8 mantee.

*Mentorship* dilakukan di lingkungan rumah sakit dengan memanfaatkan ruangan yang tersedia dan kondusif untuk melakukan *mentorship*.

## **Aturan Program *Mentorship***

Aturan dalam program *mentorship* meliputi:

- a. Mentor menghindari konfrontasi dan umpan balik negatif
- b. Setiap anggota kelompok saling memberikan dukungan
- c. Pengalaman anggota kelompok digunakan secara positif
- d. Menjaga hubungan harmonis dalam kelompok, menghargai *privacy* antar anggota kelompok

## **Hubungan Mentor-Mantee**

Hubungan mentor dan mantee meliputi tiga fase, antara lain fase inisiasi, fase pelaksanaan, dan fase terminasi. Pada penelitian ini terdiri dari 4 sesi yaitu: sesi pertama, menyamakan persepsi dan mengidentifikasi kemampuan mantee (fase inisiasi), sesi kedua dan ketiga merupakan fase kerja, berlatih dan simulasi serta melakukan penerapan di ruangan. Sesi empat merupakan fase terminasi yaitu mengevaluasi hasil dan hambatan penerapan di ruangan.



Fase inisiasi merupakan fase awal dalam tahap program mentoring, yang bertujuan untuk menyatukan tujuan dan harapan-harapan dari mentor dan mantee. Pertemuan pertama merupakan pondasi dalam pembentukan kualitas hubungan. Sebelum memulai program mentoring, mantee menuliskan harapan dan tujuan selama mengikuti program mentoring. Mentor dan mantee juga harus menandatangani lembar persetujuan untuk mengikuti program mentoring sampai dengan jangka waktu yang telah ditentukan.

Pada penelitian ini, fase inisiasi merupakan fase pertama yang berujuan untuk menyamakan persepsi dan mengidentifikasi kemampuan mantee. Hasil pada sesi ini adalah mantee mampu mengidentifikasi tujuan program, menggambarkan kemampuan yang dimiliki terkait keselamatan pasien, menyadari pentingnya penerapan budaya keselamatan pasien.

Fase kerja berfokus pada pertumbuhan dan perkembangan hubungan dalam pencapaian tujuan. Mantee secara bertahap menjadi lebih mandiri dalam melakukan tindakan. Mentor terus memantau perkembangan yang diraih mantee. Setiap kali pertemuan mentor meminta mantee untuk melakukan refleksi diri atas kemajuan-kemajuan yang diraih.

Sesi kedua dan ketiga pada program mentoring di penelitian ini merupakan fase kerja. Sesi kedua yaitu berlatih dan simulasi. Pada sesi ini yang dilakukan adalah mendiskusikan dimensi pada budaya keselamatan pasien, melatih dan mensimulasikan penerapan budaya keselamatan pasien. Hasil dari sesi kedua ini, perawat mampu menjelaskan dimensi pada budaya keselamatan pasien, melakukan *role play* penerapan budaya keselamatan pasien, dan mampu menganalisa hambatan-hambatan yang akan terjadi serta mengantisipasi tindakannya.

Sesi ketiga berfokus pada penerapan budaya keselamatan pasien di ruangan tempat kerja mantee. Setelah mantee mempunyai pengetahuan tentang budaya keselamatan pasien dan kemampuan dalam mendemonstrasikannya, mentor memberikan kesempatan kepada mantee untuk aplikasi di ruangan dengan pengawasan mentor. Aplikasi di ruangan dilakukan secara kelompok sesuai dengan kelompok yang sudah terbentuk.

Fase terminasi, merupakan fase akhir dari program mentoring. Mantee dapat bekerja secara mandiri dan percaya diri dalam melakukan tindakan. Mantee dapat meningkatkan budaya keselamatan pasien dengan perilaku keterbukaan terhadap



insiden yang ada di ruangan, keadilan dengan tidak memberikan respon negatif terhadap teman yang melakukan insiden, membuat pelaporan insiden dan mampu belajar dari kesalahan yang telah diperbuat.

Sesi keempat, mengevaluasi hasil dan hambatan penerapan di ruangan. Pada sesi ini yang dilakukan adalah mengevaluasi pengalaman yang dipelajari dan pencapaian tujuan, mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan terkait penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit dan mendiskusikan rencana tindak lanjut dari program. Hasil dari sesi ini, perawat mampu mengungkapkan hambatan dan upaya dalam mengatasi hambatan tersebut.

Pelaksanaan program *mentorship* dilakukan di lingkungan rumah sakit dengan menggunakan ruangan yang nyaman untuk melakukan kegiatan *mentorship*. Metode yang digunakan adalah dinamika kelompok, diskusi, Tanya jawab, dan *role play* dengan formasi melingkar.

## IMPLEMENTASI PROGRAM *MENTORSHIP*

### Sesi I : Persamaan Persepsi dan Mengidentifikasi Kemampuan Mantee

1. Tujuan
  - a. Mantee mampu menyepakati kontrak program *mentorship* yang akan dilakukan
  - b. Mantee mengetahui tujuan program *mentorship*
  - c. Mantee mampu mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki terkait keselamatan pasien
  - d. Mantee mampu mengidentifikasi budaya keselamatan pasien selama ini di ruangan
2. Waktu : 30-60 menit
3. Setting
  - a. Mantee dan mentor duduk dalam formasi lingkaran
  - b. Ruangan dalam kondisi nyaman
4. Alat
  - a. Alat tulis
  - b. Buku kerja
5. Metode
  - a. Diskusi
  - b. Tanya jawab
6. Langkah-langkah pelaksanaan

Kegiatan	Mentor	Mantee
<b>Pra interaksi</b>	Membuat kontrak dengan kelompok Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan	Menyepakati kontrak Membantu mentor mencarikan ruangan
<b>Orientasi</b>	Menanyakan perasaan mantee hari ini Meminta mantee memperkenalkan diri	Menjawab mentor dengan semangat Seluruh mantee memperkenalkan diri

Kegiatan	Mentor	Mantee
	Menjelaskan tujuan mentoring dan peraturan	Menyepakati program mentoring yang akan berlangsung
<b>Kerja</b>	Meminta mantee menyebutkan kemampuan yang dimiliki terkait keselamatan pasien	Menyebutkan dan menuliskan di buku kerja
	Meminta mantee menyebutkan budaya keselamatan pasien yang diketahui	Menjawab pertanyaan
	Meminta mantee menceritakan tentang budaya keselamatan pasien yang ada di ruangan saat ini	Menyebutkan dan menuliskan di buku kerja
<b>Terminasi</b>	Menanyakan kepada mantee perasaan setelah mengikuti program mentoring	Menjawab dengan antusias
	Memotivasi mantee untuk terus mengikuti program mentoring	Menyatakan kesanggupannya
	Membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya	Menyepakati kontrak yang telah dibuat

## 7. Evaluasi dan Dokumentasi

### 1.) Mengevaluasi kehadiran dan keaktifan mantee

#### Format Evaluasi

Hari/tanggal : .....

No	Kegiatan	Anggota				
		1	2	3	4	5
1	Hadir dalam kegiatan <i>mentorship</i>					
2	Menyepakati kontrak kegiatan					
3	Aktif di dalam kegiatan					
4	Menyampaikan kemampuan yang dimiliki					

Keterangan: berilah tanda  $\checkmark$  pada kolom yang tersedia jika kegiatan dilakukan

- 2.) Di dokumentasikan pada yang telah diungkapkan mantee tentang kemampuan yang dimiliki

#### Format Dokumentasi

Hari/tanggal :.....

No	Mantee	Kemampuan positif mantee	Budaya keselamatan pasien selama ini

#### Sesi II : berlatih dan simulasi

1. Tujuan
  - a. Mantee mampu mengidentifikasi dimensi budaya keselamatan pasien
  - b. Mantee mampu mendemostrasikan penerapan budaya keselamatan pasien
  - c. Mantee mampu mengidentifikasi hambatan yang pada pelaksanaan penerapan budaya keselamatan pasien
  - d. Mantee mengidentifikasi sistem pendukung penerapan budaya keselamatan pasien
2. Waktu: 30-60 menit
3. Setting
  - a. Mentor dan mantee duduk dalam formasi lingkaran
  - b. Ruang yang nyaman
4. Alat
  - a. Alat tulis
  - b. Buku kerja
5. Metode
  - a. Diskusi
  - b. Tanya jawab
  - c. *Role play*

6. Langkah-langkah pelaksanaan

<b>Kegiatan</b>	<b>Mentor</b>	<b>Mantee</b>
<b>Pra interaksi</b>	Mengingatn kontrak dengan kelompok Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan	Menyepakati kontrak Membantu mentor mencarikan ruangan
<b>Orientasi</b>	Menanyakan perasaan mantee hari ini Meminta mantee mengulang hasil diskusi sesi I	Menjawab mentor dengan antusias Mantee mampu mengulang hasil diskusi pada sesi I
<b>Kerja</b>	Mendiskusikan dimensi budaya keselamatan pasien  Meminta mantee untuk melakukan <i>role play</i> penerapan budaya keselamatan pasien Memberikan pujian atas kemampuan mantee Mendiskusikan hambatan yang muncul saat <i>role play</i>	Mantee memperhatikan dan bertanya apabila ada yang perlu dijelaskan kembali Mantee membuat 2 kelompok untuk mempraktekan <i>role play</i> Mantee terlihat senang Menyebutkan dan menuliskan di buku kerja
<b>Terminasi</b>	Menanyakan kepada mantee perasaan setelah mengikuti program mentoring Memotivasi mantee untuk menerapkannya di ruangan Membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya	Menjawab dengan antusias Menyatakan kesanggupannya Menyepakati kontrak yang telah dibuat

7. Evaluasi

- a. Mengevaluasi kehadiran, waktu pelaksanaan dan keterlibatan mantee

**Format Evaluasi**

Hari/tanggal :.....

No	Kegiatan	Anggota				
		1	2	3	4	5
1	Hadir dalam kegiatan <i>mentorship</i>					
2	Melakukan <i>role play</i>					
3	Aktif di dalam kegiatan					
4	Menyampaikan hambatan					

Keterangan: berilah tanda  $\checkmark$  pada kolom yang tersedia jika kegiatan dilakukan

- b. Dokumentasikan hambatan yang ada untuk penerapan budaya keselamatan pasien

**Format Dokumentasi**

Hari/tanggal :.....

No	Mantee	Hambatan

### Sesi III : penerapan di ruangan

1. Tujuan
  - a. Mantee mampu mendemonstrasikan penerapan budaya keselamatan pasien langsung di ruangan
  - b. Mantee mampu memantau dan menilai hasil penerapan di ruangan
  - c. Mantee mampu mengidentifikasi hambatan dalam penerapan di ruangan
2. Waktu: 30-60 menit
3. Setting
  - a. Mantee dan mentor duduk dalam formasi lingkaran
  - b. Ruangan yang nyaman
4. Alat
  - a. Alat tulis
  - b. Buku kerja
5. Metode
  - a. Diskusi
  - b. Tanya jawab
  - c. *Role play*
6. Langkah-langkah pelaksanaan

Kegiatan	Mentor	Mantee
<b>Pra interaksi</b>	Mengingatn kontrak dengan kelompok	Menyepakati kontrak
	Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan	Membantu mentor menyiapkan ruangan
<b>Orientasi</b>	Menanyakan perasaan mantee hari ini	Menjawab dengan antusias
	Meminta mantee mengulang hasil diskusi sesi II	Mantee mampu mengulang hasil diskusi pada sesi II
<b>Kerja</b>	Membagi mantee ke ruangan sesuai dengan kelompok yang telah dibentuk pada sesi II	Mantee memperhatikan dan mengikuti petunjuk mentor

Kegiatan	Mentor	Mantee
	Meminta mantee untuk mengamati di ruangan dan mengaplikasikan apa yang telah dipelajari	Mantee mengikuti arahan mentor
	Mantee di observasi oleh mentor dan teman mantee dalam satu kelompok	Mantee melakukan penerapan budaya keselamatan pasien dengan baik
	Meminta observer menuliskan hasil pengamatan	menuliskan di buku kerja
<b>Terminasi</b>	Menanyakan kepada mantee perasaan setelah praktik langsung di ruangan	Menjawab dengan antusias
	Memotivasi mantee untuk menerapkannya di ruangan	Menyatakan kesanggupannya
	Membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya	Menyepakati kontrak yang telah dibuat

7. Evaluasi

- a. Mengevaluasi kehadiran, pelaksanaan dan keterlibatan mantee

**Format Evaluasi**

Hari/tanggal :.....

No	Kegiatan	Anggota				
		1	2	3	4	5
1	Hadir dalam kegiatan <i>mentorship</i>					
2	Melakukan <i>role play</i>					
3	Aktif di dalam kegiatan					
4	Menyampaikan hambatan dan sistem pendukung					



Keterangan: berilah tanda  $\checkmark$  pada kolom yang tersedia jika kegiatan dilakukan

- b. Dokumentasikan sisi kelebihan dan kekurangan dalam penerapan budaya keselamatan pasien

#### Format Dokumentasi

Hari/tanggal :.....

No	Mantee	Kelebihan	Kekurangan

#### Sesi IV : mengevaluasi hasil dan hambatan

1. Tujuan
  - a. Mantee mampu mengevaluasi pengalaman yang dipelajari berkaitan dengan penerapan budaya keselamatan pasien di ruangan
  - b. Mantee mampu mengidentifikasi hambatan dan kebutuhan yang diperlukan dalam penerapan budaya keselamatan pasien di ruangan
  - c. Mantee mampu mengidentifikasi upaya untuk mengatasi hambatan dan memenuhi kebutuhan yang diperlukan dalam penerapan budaya keselamatan pasien di ruangan
  - d. Mantee mampu mengidentifikasi sistem pendukung yang ada di ruangan
  - e. Mantee mengungkapkan rencana tindak lanjut dari program *mentorship*
2. Waktu: 30-60 menit
3. Setting
  - a. Mantee dan mentor duduk dalam formasi lingkaran
  - b. Ruangan dalam kondisi nyaman
4. Alat
  - a. Alat tulis
  - b. Buku kerja

5. Metode
  - a. Diskusi
  - b. Tanya jawab
6. Langkah-langkah pelaksanaan

<b>Kegiatan</b>	<b>Mentor</b>	<b>Mantee</b>
<b>Pra interaksi</b>	Meingatkan kontrak dengan kelompok	Menyepakati kontrak
	Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan	Membantu mentor menyiapkan ruangan
<b>Orientasi</b>	Menanyakan perasaan mantee hari ini	Menjawab mentor dengan antusias
	Meminta mantee mengulang hasil diskusi sesi III	Mantee mampu mengulang hasil diskusi pada sesi III
<b>Kerja</b>	Menanyakan kepada mantee kemajuan yang didapat setelah program mentoring	Mantee memperhatikan dan mengikuti petunjuk mentor
	Mendiskusikan hambatan yang terjadi pada saat penerapan di ruangan	Mantee mampu menganalisa hambatan yang ada di ruangan dan menuliskan di buku kerja
	Mendiskusikan tindakan mantee untuk mengatasi hambatan	Mantee berpikir kritis dalam mengatasi hambatan dan menuliskan di buku kerja
	Mendiskusikan sistem pendukung penerapan budaya keselamatan pasien	Mantee menganalisa sistem di rumah sakit yang mendukung dari penerapan budaya

<b>Kegiatan</b>	<b>Mentor</b>	<b>Mantee</b>
	Menanyakan rencana tindak lanjut setelah program mentoring	Mantee mnyebutkan rencana tindak lanjut dan menuliskan di buku kerja
<b>Terminasi</b>	Menanyakan kepada mantee perasaan setelah mengikuti rangkaian mentoring	Menjawab dengan antusias
	Memotivasi mantee untuk menerapkannya di ruangan	Menyatakan kesanggupannya

7. Evaluasi

- a. Evaluasi kehadiran, keterlibatan mantee

**Format Evaluasi**

Hari/tanggal :.....

<b>No</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>Anggota</b>				
		1	2	3	4	5
1	Hadir dalam kegiatan <i>mentorship</i>					
2	Melakukan <i>role play</i>					
3	Aktif di dalam kegiatan					
4	Menyampaikan hambatan dan sistem pendukung					

Keterangan: berilah tanda √ pada kolom yang tersedia jika kegiatan dilakukan

- b. Dokumentasi ungkapan secara singkat yang telah disampaikan mantee yaitu mengidentifikasi hambatan dan upaya yang dilakukan untuk mengatasi hambatan

**Format Dokumentasi**

Hari/tanggal :.....

No	Mantee	Sistem Pendukung	Hambatan	Upaya yang dilakukan untuk mengatasi hambatan

## PERSETUJUAN MENGIKUTI PROGRAM MENTORING

Kami,.....(mentor) dan .....  
(mantee) pada hari.....tanggal.....bulan.....tahun.....secara sukarela  
berkomitmen mengikuti program mentoring selama satu bulan. Selama program  
berlangsung, kami akan :

1. Mengadakan pertemuan dua kali dalam seminggu selama satu jam
2. Menghadiri kegiatan mentoring sesuai dengan waktu yang telah disepakati
3. Bersikap obyektif, jujur, respect dan empati
4. Menjaga kerahasiaan
5. Mengikuti diskusi secara aktif, berkontribusi selama pertemuan
6. Berpartisipasi dalam evaluasi program

Kami membuat pernyataan ini secara sadar dan tanpa ada paksaan dari siapapun.

tanda tangan mentor

tanda tangan mantee

### **Kuesioner pada pertemuan pertama**

Kuesioner dibawah ini diisi oleh mantee pada awal pertemuan. Jawaban dari kuesioner ini tidak untuk disebarluaskan tapi sebagai dasar dalam melakukan hubungan mentor dan mantee.

Jawablah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan kondisi Anda.

1. Apa yang Anda tahu seputar program mentoring?

.....  
.....

2. Apa tujuan Anda mengikuti program mentoring?

.....  
.....

3. Apa yang ingin Anda capai dalam program mentoring?

.....  
.....

4. Apa kekurangan Anda dalam perilaku budaya keselamatan pasien?

.....  
.....

5. Bagaimana Anda menutupi kekurangan tersebut?

.....  
.....

6. Apa yang anda harapkan dari seorang mentor?

.....  
.....

## Evaluasi Program Mentoring

1. Apakah Anda merasa puas terhadap program mentoring yang sudah berlangsung?

.....  
.....

2. Apakah harapan Anda terakomodasi dengan baik oleh Mentor?

.....  
.....

3. Apakah mentor membantu proses belajar?

.....  
.....

4. Bagaimana perasaan Anda setelah mengikuti program mentoring?

.....  
.....

5. Bagaimana cara Mentor berperan dalam membantu memfasilitasi kekurangan Anda?

.....  
.....

6. Bagaimana menurut Anda program mentoring secara keseluruhan?

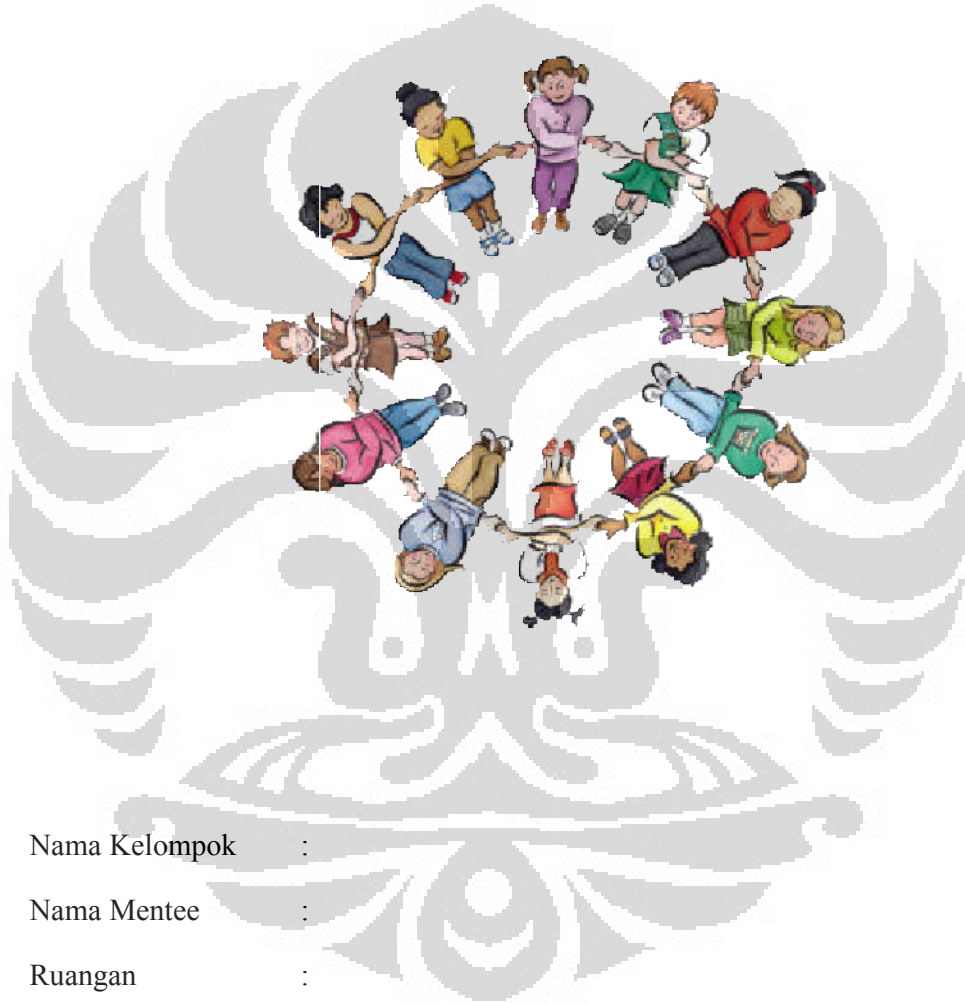
.....  
.....

7. Berikan saran dan kritik untuk perbaikan program mentoring!

.....  
.....

## BUKU KERJA

### MENTORING PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN RSI SULTAN AGUNG SEMARANG



Nama Kelompok :

Nama Mentee :

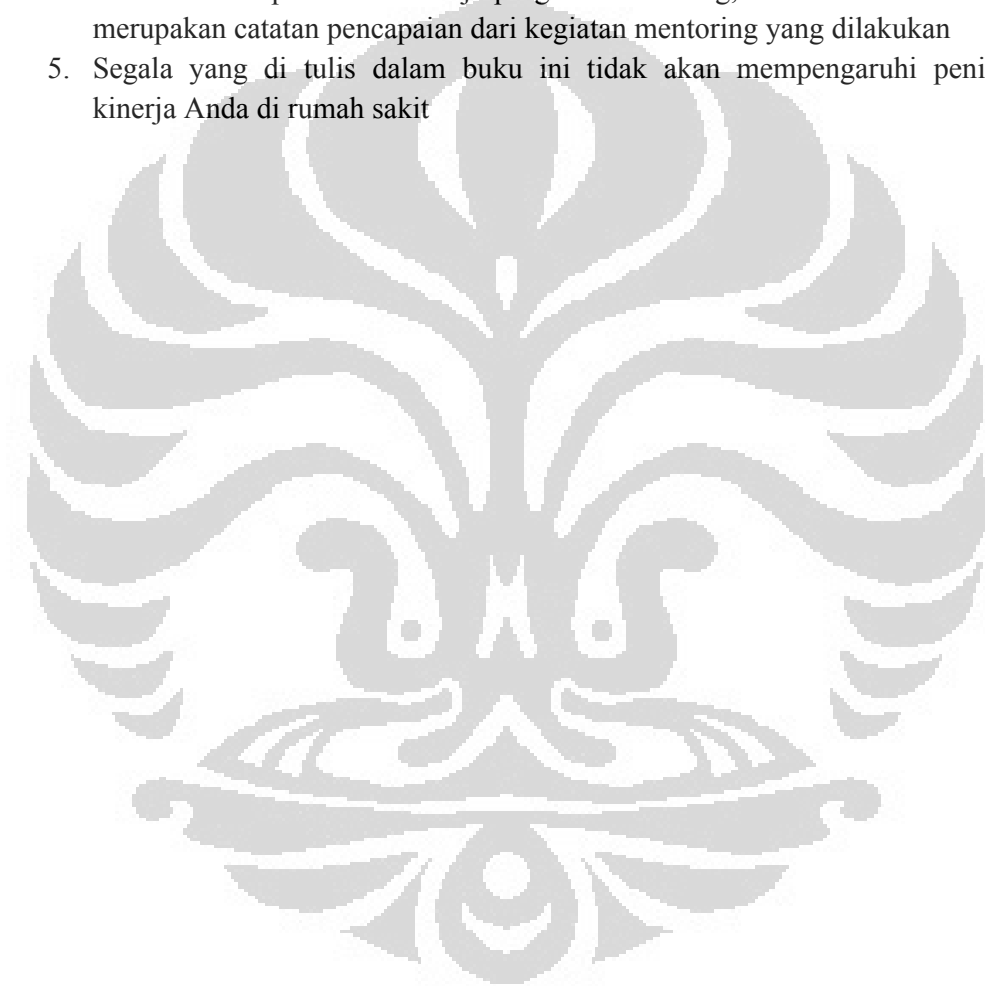
Ruangan :

No telp :



## **Petunjuk Penggunaan**

1. Tulislah nama, kelompok, nama mantee, ruangan dan nomor telp yang bisa dihubungi
2. Bawalah buku ini setiap kali mengikuti kegiatan terapi
3. Isi setiap bagian dalam buku ini sesuai sesi yang diikuti berdasarkan petunjuk yang diberikan
4. Buku ini merupakan buku kerja program mentoring, dimana isi dari buku ini merupakan catatan pencapaian dari kegiatan mentoring yang dilakukan
5. Segala yang di tulis dalam buku ini tidak akan mempengaruhi penilaian kinerja Anda di rumah sakit



**Sesi I : Persamaan Persepsi dan Mengidentifikasi Kemampuan Mantee**  
**Format Evaluasi**

Hari/tanggal : .....

No	Kegiatan	Ya	Tidak
1	Hadir dalam kegiatan <i>mentoring</i>		
2	Menyepakati kontrak kegiatan		
3	Aktif di dalam kegiatan		
4	Menyampaikan kemampuan yang dimiliki		

Keterangan: berilah tanda  $\checkmark$  pada kolom yang tersedia jika kegiatan dilakukan

**Format Dokumentasi**

Hari/tanggal : .....

No	Kemampuan positif mantee	Budaya keselamatan pasien selama ini

## Sesi II : Berlatih dan Simulasi

### Format Evaluasi

Hari/tanggal :.....

No	Kegiatan	Ya	Tidak
1	Hadir dalam kegiatan mentoring		
2	Menyepakati kontrak kegiatan		
3	Aktif di dalam kegiatan		
4	Menyampaikan kemampuan yang dimiliki		

Keterangan: berilah tanda  $\checkmark$  pada kolom yang tersedia jika kegiatan dilakukan

### Format Dokumentasi

Hari/tanggal :.....

No	Hambatan

### Sesi III : Penerapan di ruangan

#### Format Evaluasi

Hari/tanggal :.....

No	Kegiatan	Ya	Tidak
1	Hadir dalam kegiatan mentoring		
2	Menyepakati kontrak kegiatan		
3	Aktif di dalam kegiatan		
4	Menyampaikan kemampuan yang dimiliki		

Keterangan: berilah tanda  $\checkmark$  pada kolom yang tersedia jika kegiatan dilakukan

#### Format Dokumentasi

Hari/tanggal :.....

No	Kelebihan	Kekurangan

## Sesi IV : Mengevaluasi Hasil

### Format Evaluasi

Hari/tanggal :.....

No	Kegiatan	Ya	Tidak
1	Hadir dalam kegiatan mentoring		
2	Menyepakati kontrak kegiatan		
3	Aktif di dalam kegiatan		
4	Menyampaikan kemampuan yang dimiliki		

Keterangan: berilah tanda  $\checkmark$  pada kolom yang tersedia jika kegiatan dilakukan

### Format Dokumentasi

Hari/tanggal :.....

No	Sistem Pendukung	Hambatan	Upaya yang dilakukan untuk mengatasi hambatan

**Rencana Tindak Lanjut setelah program mentoring:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

