

Supervisi Klinik Berbasis 4S (Structure, Skills, Support, and Sustainable) terhadap Penerapan Keselamatan Pasien

Tri Asih Oktariani^{1*}, Yulastri Arif², Dewi Murni³

¹Departemen Magister Keperawatan, Universitas Andalas

^{2,3}Departemen Manajemen Keperawatan, Universitas Andalas

Correspondence email: asihocta2@gmail.com¹; yulastri.arif@gmail.com²; dewimurni.mkep@gmail.com³

Abstrak. Keselamatan pasien merupakan hal yang vital dari sebuah rumah sakit. Laporan terkait Insiden Keselamatan Pasien (IKP) terus mengalami peningkatan dari tahun 2018 hingga 2019 di dua rumah sakit yaitu RSUD Abdul Manap dan RSUD Raden Mattaher Jambi. Penelitian bertujuan untuk menganalisis pengaruh implementasi supervisi klinik berbasis 4S terhadap penerapan keselamatan pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUD Pemerintah Kota Jambi tahun 2019. Jenis penelitian adalah quasy experiment dengan pendekatan pre-post test design with control group. Sampel perawat pelaksana berjumlah 66 orang. Pengambilan sampel dengan proportional random sampling. Hasil penelitian ada pengaruh yang signifikan dari supervisi klinik berbasis 4S terhadap penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada kelompok intervensi di RSUD Raden Mattaher Jambi (0.012) dan tidak ada pengaruh pada penerapan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat pelaksana pada kelompok kontrol di RSUD Abdul Manap Kota Jambi (0.083). Diharapkan pihak rumah sakit dapat melaksanakan kegiatan supervisi 4S menjadi kegiatan rutin yang dengan cara membuat perencanaan yang matang tentang kegiatan supervisi dengan topik keselamatan pasien yang dilakukan sehingga supervisi dapat berjalan sesuai dengan arah dan tujuan yang telah ditentukan.

Kata Kunci: Supervisi Klinik Berbasis 4S (Structure, Skills, Support, And Sustainable); Keselamatan Pasien.

Abstract. Patient safety is a vital matter of a hospital. Reports related to Patient Safety Incident (IKP) continue to increase from 2018 to 2019 in two hospitals namely Abdul Manap Hospital and Raden Mattaher Hospital Jambi. The research aims to analyse the impact of the 4S-based clinical supervision clinic on patient safety implementation of nurse's practice at the Jambi Municipal public hospital in 2019. This type of research is quasy experiment with a pre-post approach test design with control group. A sample of implementing nurses amounted to 66 people. Sampling with proportional random sampling. There is a significant influence on the clinical 4S-based clinical supervision on the implementation of patient safety by the implementing nurses in the intervention group in the hospital of Raden Mattaher Jambi (0.012) and there is no influence on the application of safety of patients conducted by the implementing nurses in hospital Abdul Manap Jambi City (0.083). Hopefully, the hospital can make the 4S-based clinical supervision to be a routine activity that by making careful planning about the supervision activities performed so that supervision can work to objectives that have been determined.

Keywords: 4S-based clinical supervision (Structure, Skills, Support, And Sustainable, Patient Safety).

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien merupakan hal yang vital dari sebuah rumah sakit. Menurut *World Health Organization* (WHO) (2018), keselamatan pasien adalah upaya untuk mencegah kesalahan dalam perawatan kesehatan. Sedangkan menurut *Canadian Nurse Association* (2015) dan *National Institute Health Research* (2016) keselamatan pasien merupakan hal fundamental dalam perawatan kesehatan yang bertujuan mengurangi kesalahan tindakan untuk hasil asuhan keperawatan yang optimal. Jadi, keselamatan pasien adalah proses pencegahan untuk mengurangi kesalahan tindakan dalam praktik perawatan kesehatan. Untuk itu pemerintah membuat suatu program atau kebijakan.

Program dan kebijakan yang tepat akan bermanfaat dalam mengurangi insiden keselamatan pasien. WHO (2015) telah memfasilitasi upaya penanganan masalah keselamatan di semua negara. Begitupula di Indonesia dibentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dan dalam Permenkes RI No 11 Tahun 2017 mengenai praktik keselamatan pasien

dengan tujuan untuk meminimalkan insiden dengan memberikan pelayanan kesehatan berfokus pada pasien (Kemenkes RI, 2017). Jadi keselamatan pasien merupakan masalah serius yang menjadi perhatian baik di dunia maupun di Indonesia, namun perhatian ini belum cukup untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien. Maka perlu dibentuk strategi untuk mengurangi permasalahan keselamatan pasien.

Strategi keselamatan pasien telah dilakukan dengan berbagai upaya di lingkungan rumah sakit. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KKPRS) (2018) menjelaskan praktik keselamatan pasien harus memenuhi enam sasaran meliputi: ketepatan identifikasi pasien, komunikasi yang efektif, keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, pengurangan risiko infeksi dan pengurangan risiko pasien jatuh. *Joint Commission International* (2015) juga telah mengeluarkan "Nine Life-Saving Patient Safety Solutions". Sangat penting untuk diterapkan sistem keselamatan pasien di rumah sakit untuk mencegah dan mengurangi insiden

keselamatan pasien. Insiden keselamatan pasien dibagi menjadi beberapa klasifikasi.

Klasifikasi insiden keselamatan pasien (IKP) secara global di dunia itu sama. Menurut *Joint Commission International* (2015), KKPRS (2015) dan Kemenkes RI (2017), insiden keselamatan pasien diklasifikasikan menjadi lima yaitu : 1) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD); 2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC); 3) Kejadian Tidak Cedera (KTC); 4) Kondisi Potensial Cedera (KPC); dan 5) Kejadian Sentinel. Kenyataannya, insiden keselamatan pasien dengan berbagai klasifikasi masih banyak terjadi di seluruh negara di dunia. Hal ini terbukti dengan masih tingginya data terkait insiden keselamatan pasien di berbagai negara di dunia.

Insiden terkait keselamatan pasien diseluruh dunia masih cukup tinggi. Penelitian Lyphout *et al* (2018) selama 15 bulan di dua rumah sakit Belgium dilaporkan sebanyak 27 (10,3%) KTD, 58 (22%) KPC, 53 (20%) KTC, 126 (247,7%) KNC. Penelitian Pham (2016) dilakukan di 11 rumah sakit dari 5 negara terdapat 52 KTD yang terjadi di Australia 25%, India 23%, Amerika 12%, Hongkong 31%, dan Kanada 10%. Sementara di Inggris insiden keselamatan pasien dilaporkan meningkat 6,9% dalam 12 bulan (Juli 2016-Juni 2017), di United Kingdom dilaporkan bahwa dari 1000 kematian terdapat >50% kematian dapat dicegah dengan pemberian asuhan keperawatan yang tepat (*National Health Service*, 2017; Hogan *et al.*, 2015). Dari hasil penelitian ini bahwa insiden keselamatan pasien masih banyak di temukan di berbagai negara, termasuk di negara-negara Asia.

Beberapa penelitian di Asia terkait keselamatan pasien bahwa insiden keselamatan pasien masih banyak ditemukan di beberapa negara di Asia. Penelitian Khoo *et al.*, (2015) terdapat tingkat kesalahan diagnostik 3,6% di 12 perawatan primer klinik di Malaysia, meliputi insiden KTD 39,9% dan dapat dicegah 93,5%. Laporan WHO (2015) di wilayah Asia Tenggara insiden KTD 4% - 17% di rumah sakit dan 5% - 21% KTD ini mengakibatkan kematian. Sementara, di Vietnam infeksi dari perawatan kesehatan berkisar antara 5,9% dan 10,9%, di Indonesia insiden kesalahan pengobatan sebanyak 20,4% terjadi di bangsal rumah sakit geriatri, dan negara berkembang lebih beresiko tinggi 30% mengakibatkan kematian pasien dibanding negara maju (Harrison, Cohen, & Walton, 2015; Watson & Zecevic, 2016). Dari beberapa hasil penelitian diatas bahwa insiden keselamatan pasien masih menjadi permasalahan di berbagai negara di Asia, termasuk di Indonesia.

Pelaporan data insiden keselamatan pasien belum banyak dilakukan oleh rumah sakit di Indonesia. Data laporan KKPRS insiden keselamatan pasien di Indonesia dari September 2006-2012 berdasarkan jenis insiden; KTD sebanyak 249 laporan, KNC sebanyak 283 laporan. Sementara di rumah sakit panti waluya sawahan malang oleh Harus & Sutriningsih (2015) dilaporkan

data KTD 9 insiden (41%), KNC 6 insiden (27%), KPC 5 insiden (23%), KTC 2 insiden (9%). Di Klaten jumlah pelaporan insiden pada bulan Januari - Agustus 2013 sebanyak 31 insiden, dan insiden keselamatan pasiendi Batu Malang pada tahun 2013 sebanyak 179 (64%), tahun 2015 sebanyak 111 (29%) insiden (Rosa, Suparti, & Klaten, 2018; Elrifda, 2018). Insiden keselamatan pasien ini terjadi dalam lingkup enam sasaran keselamatan pasien.

Enam sasaran keselamatan pasien menjadi kriteria dasar dalam praktik keselamatan pasien di rumah sakit. Praktik enam sasaran keselamatan pasien tahun 2014-2015 di rumah sakit Malaysia yaitu identifikasi pasien 97,6%, komunikasi efektif 99,1%, peningkatan keamanan obat 100%, kepastian tepat lokasi, tepat pasien, tepat prosedur 100%, pengurangan infeksi 75,2%, dan pengurangan resiko jatuh 83,3% (Azis & Safina, 2016). Di China pada tahun 2012-2014 insiden sasaran kewaspadaan obat menurun sebesar 57%, identifikasi pasien menurun sebesar 50%, dan insiden ini lebih tinggi terjadi di intensif (1,81%) dibandingkan non intensif (0,24%) (Wang, 2015). Sementara itu di Rumah Sakit Muhammadiyah Yogyakarta insiden 21,55% dari target 80%, dengan identifikasi pasien 25%, komunikasi efektif 23%, kepastian tepat lokasi, tepat pasien, tepat prosedur 33,33%, pengurangan infeksi 31,25%, dan pengurangan resiko jatuh 11,11% (Sundoro, Rosa, & Risdiana, 2016). Berdasarkan laporan insiden diatas dapat dikatakan bahwa praktik sasaran keselamatan pasien diberbagai negara belum mencapai target. Hal ini dapat menimbulkan dampak negatif terhadap pelayanan kesehatan.

Dampak yang terjadi akibat rumah sakit tidak menerapkan keselamatan pasien dapat terjadi penurunan mutu pelayanan rumah sakit. Dampak yang akan muncul diantaranya yaitu penurunan mutu rumah sakit, penurunan kepuasan pasien, peningkatan *cost* terkait tambahan rawat inap, biaya proses pengadilan, pengobatan infeksi, dan kecacatan mengakibatkan kerugian US\$ 6 miliar - US\$ 29 milyar per tahun, sehingga keuntungan rumah sakit menurun (Cairns & Mccallum, 2017; Parand & Vincent, 2018). Dampak ini dapat terjadi karena keselamatan pasien yang tidak diterapkan sesuai standar sehingga target sasaran keselamatan pasien tidak tercapai.

Banyaknya dampak yang akan merugikan rumah sakit apabila keselamatan pasien tidak di terapkan secara optimal, tentunya dipengaruhi oleh beberapa faktor. Vincent (2017) mengemukakan teori "*The Seven Levels of Safety*", bahwa penerapan praktik keselamatan pasien dipengaruhi oleh tujuh faktor yaitu faktor pasien, faktor tugas dan teknologi, faktor individu, faktor tim yaitu fungsi supervisi dari manajer, faktor lingkungan kerja, faktor organisasi dan faktor konteks institusional. Menurut Vincent, dari tujuh faktor tersebut hal yang paling berpengaruh dalam penerapan keselamatan pasien

adalah faktor tim, dimana kebijakan manajer dalam sebuah timsangat berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien, termasuk kebijakan untuk memberikan pelatihan dan supervisi. Jadi supervisi dari manajer keperawatan merupakan faktor pendukung dalam penerapan keselamatan pasien.

Beberapa penelitian terkait keselamatan pasien menyatakan bahwa supervisi berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien di rumah sakit. Menurut Anderson & Kodate (2015) praktik keselamatan pasien dipengaruhi oleh faktor supervisi dan motivasi dari manajer keperawatan. Menurut Giles, Panagioti, Hernan, Sohi, & Lawton, (2015) dan Davis, Burke, & Kingston, (2015), faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien adalah faktor pemimpin yang memiliki jiwa *change agent* dalam memberikan supervisi kepada staf. Hasil penelitian Cruz, Carvalho, & Lopes (2016) dan Anggraeni, Hakim, & Widjiati (2015) bahwa supervisi efektif dalam pencegahan insiden jatuh (*high fall risk*) dan pelaksanaan identifikasi pasien. Jadi, supervisi berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien.

Menurut Henriksen, Dayton, Keyes, & Carayon (2018) melakukan studi mengenai "*human factors*", menyatakan bahwa didalam perawatan kesehatan faktor manusia adalah masalah utama yang bisa diatasi, dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat pelaksana melalui supervisi dari kepala ruangan untuk meningkatkan penerapan keselamatan pasien, karena kepala ruanganlah yang berhubungan langsung dengan perawat pelaksana. Selain itu dari beberapa penelitian didapatkan hasil bahwa faktor supervisi darsi kepala ruangan merupakan faktor yang sangat mempengaruhi praktik keselamatan pasien (Parand, Dopson, Renz, & Vincent, 2018; Streimelweger, Wac, & Seiringer, 2015; Cahyono, 2018; Lark, Kirkpatrick, & Chung, 2018). Dengan demikian penting bagi seorang manajer keperawatan untuk meningkatkan fungsi pengawasannya secara kontinu yaitu supervisi untuk mendukung penerapan keselamatan pasien.

Supervisi merupakan fungsi pengarahan (*actuating*) yang penting dari seorang pemimpin untuk menemukan hambatan dan mencari pemecahan masalah bersama demi tercapainya tujuan asuhan keperawatan secara efektif dan efisien Marquis & Huston (2013). Kenyataannya supervisi sendiri belum terlaksana dengan baik.

Pelaksanaan supervisi di dunia secara umum belum terlaksana secara efektif. Menurut penelitian Cruz et al. (2016), pelaksanaan supervisi kepala ruangan di rumah sakit Portugal tidak bersifat membimbing dan lebih bersifat mengawasi sehingga staf menjadi stress dan frustrasi. Penelitian Pambudi, Sutriningsih, & Yasin (2018) bahwa 50% pelaksanaan supervisi di Rumah Sakit Panti Waluya Malang tentang penerapan keselamatan pasien belum efektif. Sementara studi Nugroho & Sujianto (2017) bahwa di RSUD Lamongan

supervisi dilakukan oleh kepala ruangan hanya bersamaan dengan kegiatan *handover*, supervisi ini juga hanya berbentuk pengawasan dan tidak memberikan bimbingan, motivasi, evaluasi tidak disampaikan, tidak terjadwal dan tidak terstruktur dengan baik, serta bahan yang disupervisi tidak jelas. Belum efektifnya pelaksanaan supervisi kepala ruangan disebabkan oleh beberapa hambatan.

Pelaksanaan supervisi klinik kepala ruangan yang tidak efektif disebabkan oleh beberapa hambatan internal dan hambatan eksternal. Menurut Winarti (2017) ada beberapa hambatan pelaksanaan supervisi oleh kepala ruangan diantaranya hambatan internal yaitu kurangnya motivasi untuk melaksanakan supervisi, hambatan eksternal yaitu beban kerja ganda yang diemban oleh kepala ruangan, kurangnya apresiasi (*honorium*), dan sumber daya manusia (SDM) kepala ruangan yang kurang memadai untuk melaksanakan supervisi. Untuk meningkatkan SDM kepala ruangan dapat dilakukan dengan cara meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kepala ruangan tentang supervisi melalui pelatihan supervisi (Nugroho & Sujianto, 2017). Dengan demikian kepala ruangan akan termotivasi untuk selalu meningkatkan fungsi pengarahan yaitu supervisi sehingga akan terciptanya kualitas keselamatan pasien (Anwar, Rochadi, Daulay, & Yuswardi, 2016). Dalam pelaksanaannya supervisi klinik dapat diterapkan dengan berbagai model.

Menurut Supratman & Sudaryanto (2018), kegiatan supervisi klinik kepala ruangan dapat dilakukan dengan beberapa model yaitu: supervisi *developmental*, supervisi *academic*, supervisi *experiential* dan supervisi 4S (*Structure, Skills, Support, and Sustainable*). Supervisi *developmental*, supervisi *academic*, dan supervisi *experiential* adalah supervise memiliki tujuan untuk meningkatkan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan berfokus pada kepentingan pasien. Berbeda dengan supervisi model 4S.

Supervisi sebagai cara untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan staf. Semua model supervisi memiliki tujuan yang sama yaitu untuk meningkatkan kinerja staf dalam memberikan asuhan keperawatan, namun supervisi berbasis 4S bersifat lebih kompleks tidak hanya untuk meningkatkan kinerja namun lebih kepada meningkatkan kualitas dari perawatan (*quality of care*) (Waskett, 2010; Mustikaningsih, 2014). Menurut Etliawati (2012), Supervisi 4S merupakan strategi supervisi yang efektif bagi supervisor untuk memotivasi dan meningkatkan kinerja staf perawat melalui strategi struktur, keterampilan, dukungan dan keberlanjutan dari supervisi. Supervisi 4S memiliki tahap-tahapan yang membuat proses supervisi lebih tersusun dari awal sampai akhir proses supervisi dan supervisi dilakukan secara berkelanjutan sehingga proses pembelajaran dan pengembangan pengetahuan sikap dan keterampilan staf

perawat terus ditingkatkan melalui kegiatan supervisi 4S (Ahaddyah, 2015).

Supervisi berbasis 4S merupakan proses mengarahkan, memantau kinerja, *problem solving*, memotivasi dan mendukung staf sehingga staf dapat melakukan pekerjaan secara efektif dengan berbasis kepada *structure, skills, support*, dan *sustainable* (Waskett, 2015). Supervisi 4S meliputi: Prosesnya terstruktur (*structure*) baik skema, kebijakan, dan waktu yang digunakan; Supervisor memiliki *skills* yang baik; *Support* akan membuat proses supervisi menjadi lebih kondusif untuk memperbaiki dan meningkatkan kinerja perawat; *Sustainable* (rutin) meliputi pemantauan dan peningkatan sistem secara keseluruhan kinerja (Marques & Kean, 2002; Mentey & Moduga, 2015). Dengan metode ini, supervisi tidak hanya berfungsi sebagai proses pengawasan tetapi juga sebagai proses bimbingan terstruktur, dukungan staf, konsistensi, sarana *brainstorming* atau diskusi yang baik, berkesinambungan dan peningkatan kualitas pelayanan.

Rumah Sakit Umum Pemerintah di Kota Jambi terdiri dari dua rumah sakit yaitu RSUD Raden Mattaher Jambi dan RSUD H. Abdul Manap Jambi. Kedua rumah sakit ini merupakan rumah sakit tipe pendidikan dan merupakan pusat rujukan kesehatan di wilayah Provinsi Jambi. Hal ini merupakan pendorong bagi rumah sakit umum pemerintah Jambi untuk terus meningkatkan kinerja baik dari segi pelayanan, peralatan dan fasilitas, serta sumber daya manusia.

Pelaksanaan keselamatan pasien belum optimal. Beberapa penelitian terkait insiden keselamatan pasien di kota Jambi: Menurut Elrifda (2011) sekitar 1-6 kejadian insiden keselamatan pasien terjadi dalam satu tahun di Jambi dikarenakan kesalahan pelayanan menyangkut disiplin, komunikasi, dan kesalahan teknis yang disebabkan oleh faktor manusia dan kegagalan sistem. Dewi (2012) mengungkapkan bahwa pentingnya komitmen dalam praktik keselamatan pasien melalui kebijakan, proses pengarahan atau supervisi dan evaluasi secara berkesinambungan untuk peningkatan praktik keselamatan pasien.

Selain itu pelaksanaan supervisi di rumah sakit RSUD Raden Mattaher Jambi belum efektif. Penelitian Widiawati, Apriana, & Merdekawati (2017), bahwa pelaksanaan supervisi di RSUD Raden Mattaher Jambi terlaksana dengan baik hanya sebanyak 30 orang perawat (58,9%), supervisi di RSUD Raden Mattaher ini tidak terjadwal, tidak bersifat membimbing, dan evaluasi jarang disampaikan. Menurut Hasanah, Aira, & Widiastuti (2008) bahwa pengambilan keputusan kepala ruangan dan supervisi dari manajer mempengaruhi penerapan keselamatan pasien. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pelaksanaan supervisi di RSUD Raden Mattaher Jambi belum efektif. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa sangat tepat dilakukan peningkatan SDM pada manajer keperawatan dengan pelatihan

supervisi klinik berbasis 4S untuk meningkatkan penerapan keselamatan pasien.

METODE

Penelitian ini menggunakan rancangan kuantitatif dengan desain “*Quasy Experimental Pre-Post Test With Control Group*”. Penelitian dilakukan terhadap kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Penelitian ini bertujuan untuk melihat bagaimana pengaruh supervisi klinik berbasis 4S terhadap penerapan keselamatan pasien. Populasi adalah seluruh perawat pelaksana diruangan rawat inap Bedah dan Operasi Bedah Sentral di dua rumah sakit pemerintah kota jambi, sampel diambil dengan menggunakan teknik *proportional random sampling*. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 66 responden dan terdiri dari 33 kelompok intervensi dan 33 kelompok kontrol. Kelompok intervensi diberikan perlakuan implementasi supervisi klinik dengan model 4S dan kelompok control tidak diberikan perlakuan. Pengumpulan data dilakukan dengan *pretest* dan *Posttest* dilakukan setelah diberikan perlakuan supervisi 4S. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner karakteristik responden yang terdiri dari jenis kelamin, umur, pendidikan, status kepegawaian, dan lama kerja. Selain itu juga dilakukan observasi dengan menggunakan lembar observasi keselamatan pasien.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis data karakteristik responden meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan, status kepegawaian, dan lama kerja dijabarkan pada tabel 1 dan untuk karakteristik perawat pelaksana di RSUD Raden Mattaher Jambi (intervensi) dan RSUD Abdul Manap Kota Jambi (kontrol) berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan, status kepegawaian dan lama kerja.

Tabel 1. Sebaran sampel penelitian berdasarkan karakteristik

Karakteristik	Kelompok			
	Intervensi		Kontrol	
	F	%	F	%
Jenis Kelamin				
Laki-laki	9	27.3	8	24.2
Perempuan	24	72.7	25	75.8
Usia				
Dewasa Tua (>40 Tahun)	11	33.3	12	36.4
Dewasa Muda (18-40 Tahun)	22	66.7	21	63.6
Pendidikan				
DIII Keperawatan	19	5.,6	21	63.6
S1 Keperawatan+Ners	14	42.4	12	36.4
Status Kepegawaian				
PNS	13	39.4	11	33.3
Non PNS	20	60.6	22	66.7
Lama Kerja				
<5 Tahun	21	63.6	22	66.7
≥5 Tahun	12	36.4	11	33.3

Tabel 1 menunjukkan pada kelompok intervensi sebagian besar perawat pelaksana berjenis kelamin perempuan (72,7%), berusia dewasa muda (18-40 tahun) (66,7%), berpendidikan DIII Keperawatan (57,6%), dengan status kepegawaian Non PNS (60%) dan memiliki lama kerja < 5 tahun (63,6%).

Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar perawat pelaksana berjenis kelamin perempuan

(75,8%), berusia dewasa muda (18-40 tahun) (63,6%), berpendidikan DIII Keperawatan (63,6%), dengan status kepegawaian Non PNS (66,7%) dan memiliki lama kerja < 5 tahun (66,7%).

Berdasarkan hasil uji kesetaraan karakteristik perawat pelaksana pada kelompok intervensi dan kontrol didapatkan hasil kedua kelompok setara dan tidak terdapat perbedaan yang signifikan.

Tabel 2. Rerata Penerapan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana saat Pretest pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Penerapan Keselamatan Pasien	Mean	Min	Max	SD	Uji Kesetaraan
Identifikasi Pasien					
Pretest Intervensi	4.61	2	6	1.088	0.159
Pretest Kontrol	4.61	2	6	1.171	
Komunikasi Efektif					
Pretest Intervensi	4.73	3	6	0.944	0.117
Pretest Kontrol	4.73	3	6	0.911	
Keamanan Obat-obatan					
Pretest Intervensi	4.42	2	6	1.091	0.102
Pretest Kontrol	4.73	3	6	1.098	
Kepastian Benar Lokasi Operasi, Benar Prosedur dan Benar Pasien					
Pretest Intervensi	4.00	6	5	0.791	0.114
Pretest Kontrol	4.03	6	5	0.770	
Pengurangan Resiko Infeksi					
Pretest Intervensi	5.97	3	8	1.262	0.536
Pretest Kontrol	5.97	4	8	1.015	
Pengurangan Cidera Resiko Jatuh					
Pretest Intervensi	6.33	4	8	1.315	0.911
Pretest Kontrol	5.88	3	8	1.495	
Penerapan Keselamatan Pasien					
Pretest Intervensi	30.06	25	35	2.193	0.818
Pretest Kontrol	29.94	25	34	1.802	

Tabel 2 menunjukkan rerata penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada *pre test* identifikasi pasien (SKP 1), komunikasi efektif (SKP 2) dan pengurangan resiko infeksi (SKP 5) sama besar baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Rerata *pre test* keamanan obat-obatan (SKP 3) dan kepastian benar lokasi operasi, benar prosedur dan benar pasien (SKP 4) kelompok kontrol lebih besar dibandingkan kelompok intervensi. Kemudian, rerata *pre test* pengurangan resiko cidera akibat terjatuh (SKP 6) kelompok intervensi lebih besar dibandingkan kelompok kontrol. Namun berdasarkan uji kesetaraan pada kelompok intervensi dan kontrol setelah dilakukan uji homogenitas didapati hasil kedua kelompok setara dan tidak terdapat perbedaan yang signifikan sebelum diberikan tindakan.

Tabel 3. Rerata Penerapan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana saat Posttest pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Penerapan Keselamatan Pasien	Mean	Min	Max	SD
Identifikasi Pasien				
Posttest Intervensi	5.45	2	6	0.938
Posttest Kontrol	4.61	2	6	1.171

Komunikasi Efektif				
Posttest Intervensi	5.39	4	6	0.704
Posttest Kontrol	4.79	3	6	0.927
Keamanan Obat-obatan				
Posttest Intervensi	5.51	3	6	0.747
Posttest Kontrol	4.64	2	6	1.194
Kepastian Benar Lokasi Operasi, Benar Prosedur dan Benar Pasien				
Posttest Intervensi	4.55	3	5	0.711
Posttest Kontrol	4.06	2	5	0.788
Pengurangan Resiko Infeksi				
Posttest Intervensi	7.06	5	8	0.827
Posttest Kontrol	6.09	4	8	1.042
Pengurangan Cidera Resiko Jatuh				
Posttest Intervensi	6.97	5	8	1.104
Posttest Kontrol	5.94	3	8	1.496
Penerapan Keselamatan Pasien				
Posttest Intervensi	35.03	32	38	1.185
Posttest Kontrol	30.12	25	35	1.965

Tabel 3 menunjukkan rerata penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana (SKP 1 identifikasi pasien, SKP 2 komunikasi efektif, SKP 3

keamanan obat-obatan, SKP 4 kepastian benar lokasi operasi, benar prosedur dan benar pasien, SKP 5 pengurangan resiko infeksi, dan SKP 6 pengurangan resiko cidera akibat terjatuh) kelompok intervensi lebih besar dibandingkan kelompok kontrol. Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa penerapan keselamatan pasien pada kelompok intervensi lebih tinggi peningkatannya dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Pengaruh Supervisi Klinik Berbasis 4S terhadap Penerapan Keselamatan Pasien saat pretest dan posttest pada kelompok intervensi dan kontrol

Untuk mengetahui pengaruh supervisi klinik berbasis 4S terhadap penerapan keselamatan pasien dilakukan dengan uji Paired t-test yang dijabarkan pada tabel 4 dan 5:

Tabel 4. Pengaruh Supervisi Klinik Berbasis 4S (*Structure, Skills, Support and Sustainable*) terhadap Keselamatan Pasien pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Penerapan Keselamatan Pasien	Kelompok Intervensi			Kelompok Kontrol		
	Mean	n	p Value	Mean	n	p Value
Kelompok Intervensi	30.06	33	0.012	29.94	33	0.083
Kelompok Kontrol	35.03			30.12		

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan pengaruh supervisi klinik berbasis 4S (*Structure, Skills, Support and Sustainable*) terhadap penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada kelompok intervensi dengan menggunakan uji statistik *paired sample t-test* (t-dependen) didapati p value penerapan keselamatan pasien 0,012. Sedangkan pada kelompok kontrol didapati p value penerapan

keselamatan pasien 0,083. Hal ini ini berarti terdapat pengaruh yang signifikan dari supervisi klinik berbasis 4S (*Structure, Skills, Support and Sustainable*) terhadap penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada kelompok intervensi di RSUD Raden Mattaher Jambi dan tidak terdapat pengaruh pada penerapan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat pelaksana di RS Abdul Manap Kota Jambi.

Tabel 5. Perbedaan Penerapan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol

Kemampuan Supervisi Manajer	Pretest			Posttest			Selisih
	Mean	SD	p Value	Mean	SD	p Value	
Kelompok Intervensi	30.06	2.19	0.807	35.03	1.18	0.009	4.97
Kelompok Kontrol	29.94	1.80		30.12	1.96		0.18

Tabel 5 menunjukkan tentang perbedaan penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan uji statistik t-independen didapati p value *pre test* penerapan keselamatan pasien 0,807 ($p > 0,05$) yang artinya tidak ada perbedaan rata-rata *pre test* penerapan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat pelaksana di RSUD Raden Mattaher dengan RS Abdul Manap Kota Jambi dan hal ini juga dapat diartikan bahwa data tersebut homogen.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti tentang perbedaan penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan uji statistik t-independen didapati skor rata-rata *post test* penerapan keselamatan pasien kelompok intervensi 35,03 dengan standar deviasi 1,18 dan rata-rata *post test* penerapan keselamatan pasien kelompok kontrol 30,12 dengan standar deviasi 1,96 dengan p value 0,009 ($p < 0,05$) yang artinya ada perbedaan rata-rata *pre test* penerapan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat pelaksana di RSUD Raden Mattaher Jambi dengan RS Abdul Manap Kota Jambi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Amiri, Kademian & Nikandish (2018) yang mendapati hasil adanya perbedaan yang signifikan dari penerapan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat pelaksana antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Penelitian Menurut Anderson & Kodate (2015) juga menemukan hasil bahwa penerapan keselamatan pasien yang dilakukan oleh kelompok intervensi lebih baik dibandingkan kelompok kontrol.

Pada penelitian yang telah dilakukan peneliti di RSUD Raden Mattaher Jambi dan RS Abdul Manap Kota Jambi, perbedaan rata-rata penerapan keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat pelaksana antara kedua kelompok dapat dilihat pada analisis uraian kuesioner yang menunjukkan bahwa responden kelompok intervensi memiliki rata-rata penerapan keselamatan pasien (35,03). Sedangkan responden kelompok kontrol hanya memiliki rata-rata penerapan keselamatan pasien (30,12). Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa responden kelompok intervensi memiliki rata-rata penerapan keselamatan pasien yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan responden kelompok kontrol.

Selain hal tersebut, dari analisis uraian kuesioner juga dapat diketahui adanya perbedaan peningkatan nilai rata-rata antara kedua kelompok. Pada kelompok intervensi peningkatan nilai rata-rata penerapan keselamatan pasien (4,97). Sedangkan responden kelompok kontrol hanya memiliki peningkatan rata-rata penerapan keselamatan pasien (0,18).

Adanya perbedaan rata-rata dan peningkatan nilai pengetahuan, sikap dan keterampilan antara kedua kelompok menurut asumsi peneliti adalah dikarenakan kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan. Sedangkan kelompok intervensi, manajernya diberikan pelatihan supervisi dan pendampingan dalam memberikan asuhan keperawatan di ruangan.

Berdasarkan temuan tersebut maka peneliti menyarankan pada pihak RS Abdul Manap Kota Jambi agar mengikutsertakan manajer dan perawatnya ke dalam pelatihan supervisi dan pelatihan penerapan keselamatan pasien di rumah sakit, sehingga kemampuan perawat pelaksana terkait penerapan keselamatan pasien dapat berjalan sesuai prosedur.

SIMPULAN

Intervensi supervisi klinik 4S dapat meningkatkan penerapan keselamatan pasien, sehingga diharapkan pihak rumah sakit dapat melaksanakan kegiatan supervisi 4S terutama dengan topik keselamatan pasien menjadi kegiatan rutin yang terjadwal, sehingga pengetahuan, sikap dan keterampilan manajer di kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat terus ditingkatkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, J. E., & Kodate, N. (2015). Learning From Patient Safety Incidents In Incident Review Meetings : Organisational Factors And Indicators Of Analytic Process Effectiveness. *Safety Science*, 80, 105–114. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2015.07.012>
- Anggraeni, D., Hakim, L., & Widjiati, C. (2015). Evaluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit, *Jurnal Makara*. 28(1), 99–104.
- Anwar, Rochadi, K., Daulay, W., & Yuswardi. (2016). Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang Dengan Penerapan Patient Safety Culture Di Rumah Sakit Umum Dr Zainoel Abidin Banda Aceh. *Idea Nursing Journal*, 7(1), 26–34.
- Azis, A., & Safina, N. (2016). Monitoring Compliance To The Sixth International Patient Safety Goals : Malaysia Perspective. *International Journal of Latest Engineering Research and Applications (IJLERA)*, 1(8), 14–25.
- Cahyono S.B. (2018). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran*. Kanisius. Yogyakarta.
- Cairns, T. A., & McCallum, I. (2017). Patient Safety: Patients As Reporters Of Real- Time Safety Data; A Pilot Project To Improve Patient Safety In Secondary Care. *Patient Experience Journal*, 4(3), 55–60. Retrieved from <http://pxjournal.org/journal>.
- Canadian Nurse Association. (2015). *Patient Safety*. 3 (2), 1–5.
- Chan, S. T. (2015). Fall Reduction With Nursing Interventions. *Master's project And Capstones*, Theses Master's Projects University Of San Francis. Retrieved from <https://repository.usfca.edu/capstone>
- Cruz, S., Carvalho, A. L., Barbosa, P., & Lamas, B. (2015). Morse Fall Scale User's Manual: Quality in Supervision and in Nursing Practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 17 (1), 334–339. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.130>
- Cruz, S., Carvalho, L., & Lopes, E. (2016). Improving The Evaluation Of Risk Of Fall Through Clinical Supervision : An Evidence, *Journal of Hand Surgery*, 21(7), 382–388. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.108>
- Davis, C., Burke, L., Burke, L., & Kingston, K. H. (2015). The Effectiveness Of Clinical Supervision For A Group Of Ward Managers Based In A District General Hospital : An Evaluative Study, *Canadian Journal*. 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01277.x>
- Dewi, M. (2015). Pengaruh Pelatihan Timbang Terima Pasien Terhadap Penerapan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di RSUD Raden Mattaher Jambi. *Jurnal Health and Sport*, 5(3). 23-35
- Elrifda, S. (2014). Budaya Patient Safety Dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan : Implikasi Kebijakan Di Salah Satu Rumah Sakit Di Kota Jambi Kesmas, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 6(5), 67–76.
- Giles, S., Panagioti, M., Hernan, A., Sohi, S., & Lawton, R. (2015). Contributory Factors To Patient Safety Incidents In Primary Care: Protocol For A Systematic Review, 4(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0052-0>
- Harrison, R., Cohen, A. W. S., & Walton, M. (2015). Patient Safety And Quality Of Care In Developing Countries In Southeast Asia: A Systematic Literature Review. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(4), 240–254. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv041>
- Harus, B. D., & Sutriningsih, A. (2015). Nurse's Knowledge Of Patient Safety With The Implementation Of Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) At Panti Waluya Sawahan Malang Hospital. *Jurnal Care*, 3(1), 1–9.
- Hasanah, N., Aira, D. mALA, & Widiastuti, F. (2008).

- Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien (Patient Safety) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi, (2007), 68–78.
- Henriksen, K., Dayton, E., Keyes, M. A., & Carayon, P. (2018). Chapter 5 . Understanding Adverse Events: A Human Factors Framework Human Factors — What Is It? In *Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook For Nurses* 7(3), 67–86. <https://doi.org/NBK2666> [bookaccession]
- Hogan, H., Healey, F., Neale, G., Thomson, R., Vincent, C., & Black, N. (2015). Preventable Deaths Due To Problems In Care In English Acute Hospitals : A Retrospective Case Record Review Study, 3(2), 737–745. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-001159>
- Joint Commission International. (2015). Standards Only Version. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43072/%0A1/9241592443.pdf.%0A>
- Joint Commission International. (2015). Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals : The Patient Safety Systems Chapter.
- Kemendes RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. Retrieved from www.kemhan.go.id
- Khoo, E. M., Lee, Khew, Sararaks, S., Samad, A. A., Liew, S. M., & Cheong, A. (2015). Medical Errors In Primary Care Clinics - A Cross Sectional Study. *Medical Education*, 35(9), 855–861. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.01003.x>
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2018). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1. *Komisi Akreditasi Rumah Sakit*, 1–175. <https://doi.org/362.11>
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2015). Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2015). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP)*. Jakarta
- Lark, M. E., Kirkpatrick, K., & Chung, K. C. (2018). Patient Safety Movement: History and Future Directions. *Journal of Hand Surgery*, 43(2), 174–178. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.11.006>
- Lypthout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., & Bronselaer, K. (2018). Patient Safety Incidents During Interhospital Transport Of Patients : A Prospective Analysis. *International Emergency Nursing*, 22–26. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.008>
- Marquis, B., & Huston, C. (2013). *Kepemimpinan Manajemen Keperawatan Teori dan Aplikasi*. EGC. Jakarta.
- National Health Service. (2017). Commentary On National Patient Safety Incident Reports Submitted To The National Reporting And Learning System. *National Health Service*, 7(2), 1–4.
- National Institute Health Research. (2016). *Patient Safety 2030*. NIHR Departement Of Health. Retrieved from www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre iv.
- Pambudi, Y. D., Sutriningsih, A., & Yasin, D. D. (2018). Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Penerapan 6 SKP (Sasaran Keselamatan Pasien) Pada Akreditasi JCI (Joint Commission International) Di Ruang Raawat Inap Rumah Sakit anti Waluya Malang. *Nursing News*, 3(1), 729–747.
- Panesar, S. S., Stevens, A. C., Salvilla, S., & Sheikh, A. (2017). *At a Glance Keselamatan Pasien dan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Erlangga.
- Parand, A., Dopson, S., Renz, A., & Vincent, C. (2018). The Role Of Hospital Managers In Quality And Patient Safety, *Nursing News*, 16.(2), 23-28 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055>
- Pham, J. et al. (2016). Risk Assessment And Event Analysis: A Tool For The Concise Analysis Of Patient Safety Incident. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42(1), 26–33, AP1–AP3. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)42003-9](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42003-9)
- Rosa, E. M., Suparti, S., & Klaten, S. T. (2018). Action Research: Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di IBS RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, *Jurnal Ners*. 7(4), 185–198.
- Streimelweger, B., Wac, K., & Seiringer, W. (2015). Improving Patient Safety Through Human-Factor-Based Risk Management. *Procedia - Procedia Computer Science*, 3(4), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.08.466>
- Sundoro, T., Rosa, E. M., & Risdiana, I. (2016). Evaluasi Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Sesuai Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 Di Rumah Sakit Khusus Ibu Dan Anak PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta. *Journal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 5(1), 40–48. <https://doi.org/10.18196/jmmr.5105>.Evaluasi
- Supratman, & Sudaryanto, A. (2018). Model-Model Supervisi Keperawatan Klinik. *Berita Ilmu Keperawatan*, 1(4), 193–196.
- The Joint Commission. (2017). The Essential Role Of Leadership In Developing A Safety Culture. *Sentinel Event Alert*, (57), 1–8. https://doi.org/https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_57_Safety_Culture_Leadership_0317.pdf
- Vincent, C. (2017). *The Essentials of Patient Safety* (2nd

- ed, Vol. BMJ Books). London: Wiley-Blackwell.
- Wang, R. (2015). Quality Improvements In Decreasing Medication Administration Errors Made By Nursing Staff In An Academic Medical Center Hospital : A Trend Analysis During The Journey To Joint Commission International Accreditation And In The Post- Accreditation Era. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 3(2), 393–406.
- Waskett. (2015). Clinical Supervision Skills For Nurses And Allied Health Professionals: The 4S Model. *BMC Medical Education*, 3(1), 12-25.
- Watson, B. J., Salmoni, A. W., & Zecevic, A. A. (2016). The Use Of The Morse Fall Scale In An Acute Care Hospital. *Clinical Nursing Studies*, 4(2). <https://doi.org/10.5430/cns.v4n2p32>
- Widiawati, S., Apriana, O., & Merdekawati, D. (2017). Hubungan supervisi dan motivasi dengan pemberian cairan infus sesuai SPO oleh perawat pelaksana. *Jurnal Endurance*, 2(October), 280–284.
- World Health Organisation, & International, J. C. (2014). Look-Alike, Sound-Alike Medication Names. *Patient Safety Solutions*, 1(1), 1–3. Retrieved from <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patient-safety/PS-Solution1.pdf>
- World Health Organization. (2014). Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions*, 1(3), 1–4.
- World Health Organization. (2015). Patient Safety Solutions Preamble-May 2007. *World Health Organization Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*, (May). Retrieved from <http://cdrwww.who.int/entity/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf>
- World Health Organization. (2015). *Patient Safety Curriculum Guide*. Vietnam. 2(2), 1-5
- World Health Organization. (2018). *Patient Safety*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/%0AHealth-systems/patient-safety%0A>