

TESIS

**TRANSLASI DAN ADAPTASI *MEDICAL STUDENTS
QUESTIONNAIRE OF KNOWLEDGE, SKILLS, AND
ATTITUDES REGARDING PATIENT SAFETY*
VERSI INDONESIA UNTUK *NEW
GRADUATE REGISTERED
NURSES***



**YUSRIAWATI
R012181035**

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

TESIS
TRANSLASI DAN ADAPTASI *MEDICAL STUDENTS*
QUESTIONNAIRE OF KNOWLEDGE, SKILLS, AND
ATTITUDES REGARDING PATIENT SAFETY
VERSI INDONESIA UNTUK *NEW*
GRADUATE REGISTERED
NURSES


Disusun dan diajukan oleh

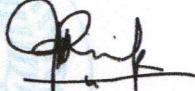
YUSRIAWATI
Nomor Pokok: R012181035

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 11 Mei 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

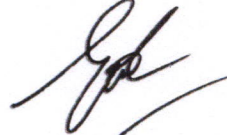
Menyetujui

Komisi Penasihat,


Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D
NIP. 19820419 200604 1 002

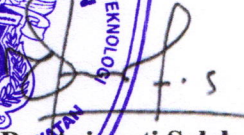

Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D
NIP. 19800717 200812 2 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,


Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp. M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002



Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,


Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Yusriawati
NIM : R12181035
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Translasi dan Adaptasi *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* Versi Indonesia untuk *New Graduate Registered Nurses* (NGRNs)

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.


Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 10 Mei 2021

Yang menyatakan,




Yusriawati

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Alhamdulillahirobbil 'alamin, puji syukur kami ucapkan ke hadirat Allah SWT atas karunia dan bimbingan-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan penulisan tesis yang berjudul “**Translasi dan Adaptasi *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* Versi Indonesia untuk *New Graduate Registered Nurses (NGRNs)*”**. Tesis ini dibuat sebagai tugas akhir pendidikan magister dan disusun berdasarkan hasil kajian dari referensi-referensi pendukung.

Kami menyadari bahwa tesis ini tidak akan dapat diselesaikan dengan baik tanpa dukungan dan bimbingan penuh berbagai pihak. Maka dari itu, dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat, kami hendak berterima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Dwia A. Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
4. Bapak Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D. selaku Pembimbing I yang senantiasa tulus meluangkan waktu dan berbagi ilmu dalam penyusunan tesis ini.
5. Ibu Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D. selaku pembimbing II yang dengan tulus berbagi ilmu dan meluangkan waktu untuk membimbing peneliti dalam penyusunan tesis ini.
6. Para dewan penguji yang telah memberikan masukan dan saran demi menyempurnakan penulisan tesis ini.
7. Seluruh dosen Program Studi Magister Ilmu Keperawatan (PSMIK) Universitas Hasanuddin dan staf yang sangat membantu dalam proses pendidikan penulis.

8. Untuk keluarga besarku, khususnya suamiku Agus Mbutu, anakku Ferdinand A. Azka, kedua orang tuaku, kedua mertuaku, adik bungsuku Aguswinarto, serta keluarga besarku, dengan bangga kupersembahkan tesisku ini untuk kalian yang selalu mendoakan dan mendukungku lahir dan batin.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu juga sahabat-sahabat kelas Manajemen PSMIK Universitas Hasanudin angkatan 2018 yang telah berjuang bersama dan saling memotivasi dalam menyelesaikan tahap akhir pendidikan ini.

Akhirnya, semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat-Nya kepada kita semua dan semoga hasil penelitian ini kelak berkontribusi pada perkembangan ilmu pengetahuan di dunia kesehatan khususnya keperawatan.

Aamiin Allahumma Aamiin.

Makassar, Mei 2021

Penulis



Yusriawati

ABSTRAK

Tujuan: Tujuan penelitian ini, yaitu melakukan translasi, adaptasi, dan validasi psikometri versi asli (bahasa Inggris) dari *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* ke dalam bahasa Indonesia untuk dapat digunakan pada NGRNs.

Metode: Metode penelitian yang digunakan adalah translasi dan adaptasi yang terdiri dari *forward translation, forward translation review, blind-back translation, back translation review, pilot testing*, dan *full psychometric testing*. Pada *pilot testing, content validity index* diperkirakan. Pada langkah keenam dilakukan *Confirmatory Factor Analysis (CFA)* dan *internal consistency reliability*. Secara keseluruhan, 109 NGRNs *sampling (75,2%)* berpartisipasi dalam tes psikometri dengan menggunakan penyampelan purposif.

Hasil: Hasil penelitian ini menunjukkan 29 item instrumen pengetahuan, keterampilan, dan sikap NGRNs tentang keselamatan pasien muncul dalam struktur lima faktor yang terbukti dari CFA. Versi ini memiliki reliabilitas yang baik dengan nilai *cronbach alpha* untuk keterampilan interpersonal dan pengambilan keputusan dalam kesalahan medis (0,98), sikap konatif (perilaku) jika terjadi kesalahan medis (0,99), keterampilan menyelesaikan masalah (0,90), pengetahuan tentang kesalahan medis dan keselamatan pasien (0,76), sikap kognitif (keyakinan, kesadaran) dalam kesalahan medis (0,85), dan 0,97 untuk keseluruhan.

Kesimpulan: Instrumen yang diciptakan dapat memfasilitasi peneliti selanjutnya atau perawat untuk bisa menilai NGRNs dari aspek pengetahuan, keterampilan, dan sikap mereka tentang keselamatan pasien.

Kata Kunci: *new graduate registered nurses*, instrumen pengetahuan dan sikap, keselamatan pasien, translasi dan adaptasi

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to translate, adapt, and validate the original version (English) of the Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety into Indonesia to be used on NGRNs.

Methods: The research method was translation and adaptation which consisted of forward translation, forward translation review, blind-back translation, back translation review, pilot testing, and full psychometric testing. In pilot testing, the content validity index was estimated. In the sixth step, Confirmatory Factor Analysis (CFA) and internal consistency reliability were conducted. Overall, 109 NGRNs (75.2%) participated in the psychometric testing using purposive sampling.

Results: This study shows 29 items of the NGRNs knowledge, skills, and attitudes on patient safety instrument appear within the proven five-factor structure of CFA. This version has good reliability with cronbach alpha values for interpersonal skills and decision making in medical errors (0.98), conative attitude (behavior) in case of medical errors (0.99), problem solving skills (0.90), knowledge about medical errors and patient safety (0.76), cognitive attitude (belief, awareness) in medical errors (0.85), and 0.97 for the whole.

Conclusion: The instrument created can facilitate the next researcher or nurse to be able to assess NGRNs from the aspects of their knowledge, skills, and attitudes about patient safety.

Keywords: new graduate registered nurses, knowledge and attitude instruments, patient safety, translation and adaptation

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMBUNG	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	8
D. Originalitas Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Algoritma Pencarian	9
B. Tinjauan Literatur	9
1. Konsep <i>patient safety</i>	9
2. Pengetahuan	15
3. Keterampilan	16
4. Sikap	17
5. Definisi <i>New Graduate Registered Nurses</i> (NGRNs)	19
6. Instrumen penilaian pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien	20
7. Translasi dan Adaptasi Instrumen	26
8. Uji Psikometri	32
9. Prosedur Translasi, Adaptasi, dan Validasi Psikometri	41
C. Kerangka Teori	54

BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	55
A. Kerangka Konseptual Penelitian	55
B. Definisi Operasional	55
C. Hipotesis Penelitian	56
BAB IV METODE PENELITIAN	57
A. Desain Penelitian	57
B. Tempat dan Waktu Penelitian	57
C. Populasi dan Sampel	57
D. Teknik Sampling	60
E. Instrumen, Metode dan Prosedur Pengumpulan Data	62
F. Analisa Data	67
G. Etika Penelitian	71
H. Alur Penelitian	73
BAB V HASIL PENELITIAN	74
A. Data Demografi	74
B. Proses Translasi dan Adaptasi	77
C. <i>Pilot Testing</i>	83
D. <i>Full Psychometric Testing</i>	92
BAB VI DISKUSI	99
A. Diskusi Hasil	99
B. Implikasi dalam Praktik Keperawatan	108
C. Kelebihan dan Keterbatasan Penelitian	109
D. Rekomendasi	110
BAB VII PENUTUP	111
A. Kesimpulan	111
B. Saran	111
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nama Tabel	Halaman
Tabel 2.1 Instrumen <i>Medical Students Patient Safety Questionnaire</i> (<i>Year 1</i>) -----	21
Tabel 2.2 Instrumen <i>Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety</i> -----	24
Tabel 2.3 Tabel Matriks <i>Cohen's Kappa</i> -----	39
Tabel 5.1 Tabel Proses <i>Back-Translation Review</i> Instrumen -----	79
Tabel 5.2 Data Demografi Partisipan dalam <i>Pilot Study</i> -----	84
Tabel 5.3 Saran Peserta <i>Pilot Study</i> -----	86
Tabel 5.4 Saran Penilai <i>Expert</i> -----	87
Tabel 5.5 Hasil evaluasi Partisipan dan Penilai -----	87
Tabel 5.6 Hasil Evaluasi Komite <i>Expert</i> dan Nilai <i>Item Content Validity Index</i> -----	89
Tabel 5.7 Hasil Revisi dan Evaluasi Kedua Komite <i>Expert</i> -----	90
Tabel 5.8 Instrumen Versi Pra Final untuk <i>Full Psychometric Testing</i> -----	91
Tabel 5.9 Distribusi Karakteristik Partisipan <i>Full Psychometric Testing</i> -----	92
Tabel 5.10 Nilai KMO dan <i>Bartlett's Test</i> -----	93
Tabel 5.11 Hasil <i>Total Variance Explained</i> -----	93
Tabel 5.12 Hasil <i>Rotated Component Matrix</i> dan Nilai Pemuatan Faktornya -----	95
Tabel 5.13 Hasil Analisis <i>Internal Consistency</i> -----	97

DAFTAR GAMBAR

Nama Gambar	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori -----	54
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual -----	55
Gambar 4.1 Alur Penelitian -----	73
Gambar 5.1 Analisis Tingkat Kejelasan Item Instrumen oleh Partisipan dalam <i>Pilot Study</i> -----	84
Gambar 5.2 <i>Scree Plot</i> yang Menggambarkan Pemuatan Faktor Instrumen -	94

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Teknik Pencarian PICO
- Lampiran 2 Tabel Komparasi
- Lampiran 3 Algoritma Pencarian Literatur
- Lampiran 4 Sintesis Grid Artikel Inklusi Translasi dan Adaptasi Instrumen
- Lampiran 5 Permohonan menjadi Partisipan
- Lampiran 6 Instrumen *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* (Li et al., 2012)
- Lampiran 7 Rekomendasi Etik dari Program Studi Magister Ilmu Keperawatan
- Lampiran 8 Rekomendasi Etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar
- Lampiran 9 Ijin Penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Bidang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Pemprov. Sulawesi Selatan
- Lampiran 10 Hasil *Forward Translation* dan review
- Lampiran 11 Hasil *Blind-Back Translation Review*
- Lampiran 12 Proses Evaluasi Instrumen pada Uji Pilot
- Lampiran 13 hasil Evaluasi Uji Pilot
- Lampiran 14 Master Tabel *Full Psychometric Testing*
- Lampiran 15 Hasil SPSS
- Lampiran 16 Instrumen Pengetahuan, Keterampilan, dan Sikap NGRNs tentang Keselamatan Pasien Versi Indonesia

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan pasien yang aman merupakan salah satu pilar penting dalam pelayanan kesehatan yang berkualitas. Meskipun telah hampir 2 dekade sejak *Institute of Medicine* (IOM) menerbitkan laporan *To Err Is Human* pada tahun 2000, *medical error* tetap saja menyebabkan ribuan kematian tiap tahun (Gluyas & Morrisson, 2013; Makary & Daniel, 2016; Ghebreyesus, 2018) dan ditetapkan sebagai penyebab utama kematian peringkat ke-14 secara global oleh *Director General of the World Health Organisation* (Murray, Sundin, & Cope, 2019a; Murray, Sundin, & Cope, 2019b). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh James (2013) dalam Elkin, Johnson, Callahan, & Classen (2016) bahwa kematian berhubungan dengan keselamatan pasien bisa terjadi setiap tahun antara 200.000 sampai 440.000 jiwa. Kemudian di Indonesia, jika ditinjau dari akibat insiden pada 13 Agustus 2020 tercatat 2,20% menyebabkan kematian, 0,59% cedera berat (*Irreversible*), 5,04% cedera sedang (*Reversible*), 12,92% cedera ringan, dan 79,35% tidak menyebabkan cedera (Kemenkes RI, 2020). Dengan laporan inventif ini diharapkan memberikan penekanan tanggung jawab untuk menyelidiki sistem dan organisasi para penyedia perawatan kesehatan dengan harapan dapat meningkatkan keselamatan pasien.

Perihal memberikan perawatan kesehatan dengan aman, maka perawat memiliki peran penting dalam keselamatan pasien yaitu dengan bertanggung jawab memastikan perawatan yang aman dan tidak membahayakan (Andri & Soewondo, 2018). Tanggung jawab untuk keselamatan pasien menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2015, tidak hanya dilihat sebatas pada ruang lingkup praktik perawat di samping tempat tidur, namun keselamatan pasien adalah tanggung jawab semua orang dalam sistem perawatan kesehatan (Murray et al., 2017). Dalam hal ini, perawat tetap menjadi kelompok penyedia layanan kesehatan terbesar dengan sekitar 6% diwakili oleh *New Graduate Registered Nurses* (NGRNs) menurut *Nursing & Midwifery Board of Australia* [NMBA] (2018) dalam Murray et al. (2019b). Jumlah *New Graduates Nurses*

(NGNs) yang memasuki dunia kerja dilaporkan oleh *Department of Health and Human Services* (2014) lebih dari dua kali lipat pada tahun 2013 (150.000 orang) dibandingkan dengan tahun 2001 (68.000 orang) di Amerika. Banyaknya NGNs di negara tersebut menerima posisi profesional pertama mereka, dimana lebih dari 60% *Registered Nurses* (RNs) dipekerjakan menurut *Bureau of Labor Statistics, U.S* (2017) dalam Tyndall, Firnhaber, & Scott (2018).

Bagi NGNs, pengalaman di tahun pertama praktik sering digambarkan sebagai hal yang luar biasa dan menegangkan (Buchan & Aiken, 2008), NGNs juga berusaha untuk memberikan perawatan pasien yang aman di tengah-tengah beban kerja yang berat, peningkatan akuntabilitas serta bertanggung jawab (Creswell & Plano Clark, 2011; Andre & Barnes, 2010) (Hussein et al., 2017). Dengan kehadiran NGNs yang melengkapi formasi tenaga keperawatan, diharapkan dapat memberikan pelayanan yang aman dan meminimalisir tingginya Insiden Keselamatan Pasien (IKP) saat ini. Hal ini dikarenakan pada studi Habraken and Van der Schaaf (2010) dalam Africa & Shinnars (2019) melaporkan bahwa dari 53 *medication errors* yang mengakibatkan cedera atau kematian pasien, 55% kesalahan pengobatan terjadi selama pemberian yang pada umumnya berasal dari keperawatan. Ditambah lagi dengan pengakuan memprihatinkan yaitu sekitar 55% perawat melakukan kesalahan dalam 5 tahun pertama praktik klinis mereka (Treiber & Jones, 2018). Tentu saja hal ini menyebabkan kekhawatiran tentang kemampuan dan kesiapan NGNs untuk mengatasi dan memberikan asuhan keperawatan yang aman bagi pasien (Kavanagh & Szweda, 2017; Missen, McKenna, Beauchamp, & Larkins, 2016).

Perihal kesiapan dan pemahaman tentang perawatan yang aman, ditinjau dari persepsi perawat yang berkualitas diketahui bahwa kemampuan NGRNs dalam melakukan keterampilan klinis dinilai kategori baik atau sangat baik hanya 35,3%, memadai 33,3% dan 31,4% buruk atau sangat buruk (Missen et al., 2016). Dari 5000 NGNs yang baru direkrut diketahui hanya 23% yang mampu menunjukkan kompetensi tingkat pemula dan kesiapan praktik menurut Kavanagh & Szweda (2017). Di Indonesia, beberapa *preceptor*

mengatakan bahwa para NGNs belum terampil, kurang percaya diri, serta belum dapat memprioritaskan tugas yang dibebankan (Erita & Mahendra, 2017) dan juga mengalami stres dan memiliki perasaan campur aduk serta ketidakpuasan dalam melakukan tindakan (Sidu, 2016). Sementara studi yang mengeksplorasi khusus pengetahuan dan sikap NGRNs tentang kesalahan medis dan keselamatan pasien yang dinilai pada 6 bulan pertama praktik, diperoleh hanya sebatas kategori rendah hingga sedang (Murray et al., 2019b).

Ada banyak studi terdahulu yang menilai kemampuan dan kesiapan NGNs dalam melakukan praktik profesional pertama mereka, namun studi yang menilai lebih spesifik tentang praktik yang aman masih sangat kurang. Murray et al. (2017) mengakui bahwa selain memiliki seperangkat keterampilan terbatas yang dapat membahayakan keselamatan pasien, ada sedikit atau bahkan tidak ada pengakuan tentang pengetahuan keselamatan pasien dari NGRN. Pendapat yang sama oleh Africa & Shinnars (2019) bahwa ada penelitian terbatas mengenai jumlah *errors and near misses* (ENMs) yang disebabkan oleh NGN selama tahun pertama.

Berdasarkan hasil wawancara awal pada 4-5 Mei dan pada 13 Agustus 2020 di beberapa rumah sakit di Indonesia diantaranya di 2 rumah sakit di Buton Kepulauan, rumah sakit di Kabupaten Konawe Selatan, rumah sakit di Kota Bogor, dan rumah sakit di Kota Makassar diketahui bahwa NGRNs sering melakukan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) bahkan melakukan Kejadian Tidak Cedera (KTC). Salah satu KTC yang dilaporkan oleh NGRNs yaitu melakukan kesalahan dalam pemberian dosis obat di Ruang Perawatan Anak. Beruntungnya kejadian tersebut segera diketahui dan langsung ditangani termasuk dihentikan sementara pemberian obat tersebut oleh dokter penanggung jawab sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien yang bersangkutan. NGRNs mengakui bahwa kurangnya pengetahuan dan pengalaman menjadi penyebab utama IKP serta kenyataan bahwa teori yang selama ini dipelajari sangat jauh berbeda dengan praktik di rumah sakit. Selain itu berdasarkan hasil wawancara awal, sikap beberapa NGRNs terhadap keselamatan pasien didapatkan masih sangat kurang. Misalnya, perihal pemberian obat tidak dilakukan *double check* sementara perawat tersebut

mengetahui *double check* pada pemberian obat harus selalu dilakukan. Sehubungan dengan *patient safety*, beberapa rumah sakit tempat dilakukan wawancara awal baru sebatas memberikan orientasi pada NGRNs bahkan adapula rumah sakit yang sama sekali tidak memberikan orientasi. Meskipun demikian, dengan diberikan orientasi pun dirasakan masih kurang cukup untuk mencegah dan meminimalkan mereka dari resiko melakukan IKP.

Selain orientasi, di negara Amerika Serikat dan Sweden merekomendasikan untuk dilakukan *initial assessment* atau penilaian awal masa kerja yang dapat mengurangi IKP dikalangan NGRNs. Dengan adanya *initial assessment* memberikan data kunci untuk memastikan perawatan pasien yang aman (Kavanagh & Szweda, 2017) dan dapat memberikan gambaran perubahan dalam kompetensi klinis NGRNs sehingga dapat diidentifikasi kemampuan praktik klinik serta kebutuhan pelatihan NGRNs (Willman et al., 2020). Menilai, mengembangkan, dan memvalidasi kompetensi klinis termasuk pengetahuan dan keterampilan perawat baru harus menjadi prioritas atas nama melindungi pasien, meningkatkan hasil pasien, dan mengurangi kesalahan perawatan kesehatan yang dapat dicegah dan tidak pernah terjadi (Kavanagh & Szweda, 2017).

Untuk melakukan penilaian khusus pada aspek pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien tersebut dibutuhkan suatu instrumen yang telah digunakan dan diuji sebelumnya. Saat ini satu-satunya dan pertama kali menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien dalam konteks keperawatan adalah studi yang dilakukan Murray et al. (2019b) di Australia dengan menggunakan instrumen online 43 item pertanyaan yang dikelompokkan menjadi 4 grup pertanyaan. Instrumen tersebut diadaptasi dari *Medical Students' Patient Safety Questionnaire (Year 1)* oleh Flin, Patey, Jackson, Mearns, & Dissanayaka (2009) dan *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* oleh Li et al. (2012). Selain itu ada pula *Health Professional Education in Patient Safety Survey (H-PEPSS)* yang menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien namun, instrumen ini penggunaannya baru sebatas pada mahasiswa keperawatan saja (Colet et al., 2015). Sedangkan

instrumen yang digunakan Murray et al. (2019b) dapat digunakan untuk menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap NGRNs. Meskipun kedua instrumen tersebut terbukti valid dan reliabel digunakan pada NGRNs, namun instrumen Flin et al. (2009) kurang sesuai jika hendak dilakukan translasi dan adaptasi untuk negara selain UK karena ada 6 item yang secara khusus menilai sistem kesehatan nasional UK. Selain itu, instrumen dari Li et al. (2012) yang merupakan terbaru yang menilai khusus pengetahuan, keterampilan dan sikap tentang keselamatan pasien, merupakan instrumen yang sudah pernah diadopsi sebelumnya untuk NGRNs dengan *face validity* dan *internal reliability* yang baik.

Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety pertama kali diciptakan oleh Li et al. (2012) yang terdiri dari 6 kelompok pertanyaan. Saat ini, instrumen dari Li et al. (2012) ini sudah digunakan di sejumlah negara selama bertahun-tahun (Madigosky et al., 2006; Halbach & Sullivan, 2005; Patey et al., 2007; Gunderson, 2009) untuk menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien namun baru pertama kali diadopsi untuk NGRNs dengan versi Bahasa Inggris pada studi Murray et al. (2019b). Penerjemahan kuesioner sangat penting jika instrumen tersebut tidak tersedia dalam bahasa yang dipahami oleh populasi sasaran (Setiati, 2017). Penelitian yang melintasi batas linguistik dan budaya memerlukan perhatian langsung pada penggunaan bahasa dan faktor budaya ketika ekspresi verbal, pemahaman verbal, atau keduanya terlibat, di tingkat manapun, dalam pengumpulan data sistematis yang diharapkan menunjukkan reliabilitas dan validitas yang sebanding di seluruh batas linguistik dan budaya. Hanya jika kriteria ini terpenuhi, data dapat berfungsi sebagai dasar untuk generalisasi temuan (Ohrbach et al., 2013).

Mengingat beberapa bukti dan data tentang IKP yang disebabkan oleh NGRNs pada awal praktik profesional mereka, kurangnya studi terdahulu yang menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap NGRNs, serta belum tersedia instrumen dalam versi bahasa lain untuk menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien, maka penting untuk mencapai versi bahasa yang berbeda dari instrumen sebelumnya yang telah ada yang secara

konsep setara di negara atau budaya Indonesia. Berdasarkan hal tersebut, peneliti bertujuan untuk melakukan translasi dan adaptasi instrumen *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* versi Indonesia untuk dapat digunakan pada *New Graduate Registered Nurses*.

B. Rumusan Masalah

Medical error masih menjadi penyebab ribuan kematian tiap tahun (Gluyas & Morrisson, 2013; Makary & Daniel, 2016; Ghebreyesus, 2018) dan peringkat ke-14 penyebab utama kematian secara global (Murray et al., 2019a; Murray et al., 2019b). Di Indonesia pada Agustus 2020, sebanyak 2,20% insiden menyebabkan kematian (Kemenkes RI, 2020). Perawat menjadi kelompok penyedia layanan kesehatan terbesar yang diwakili 6% NGRNs (Murray et al., 2019b). Kehadiran NGRNs diharapkan dapat memberikan pelayanan yang aman dan meminimalisir tingginya IKP saat ini dimana 53 *medication errors* yang mengakibatkan cedera atau kematian pasien, 55% berasal dari keperawatan (Africa & Shinnors, 2019). Ditambah pengakuan memprihatinkan 55% perawat melakukan kesalahan pada 5 tahun pertama praktik klinis (Treiber & Jones, 2018). Keterampilan klinis NGRNs dinilai kategori baik atau sangat baik hanya sebesar 35,3% (Missen et al., 2016) dan hanya 23% dari 5000 NGRNs yang mampu menunjukkan kompetensi dan kesiapan praktik (Kavanagh & Szweda, 2017). Sementara eksplorasi khusus pengetahuan dan sikap NGRNs tentang kesalahan medis dan keselamatan pasien pada 6 bulan pertama praktik, diperoleh hanya sebatas kategori rendah hingga sedang (Murray et al., 2019b).

Dari data awal ditemukan di beberapa rumah sakit Indonesia bahwa NGRNs sering melakukan KNC bahkan sampai KTC. Sehubungan dengan meminimalkan IKP, beberapa rumah sakit baru sebatas memberikan orientasi pada NGRNs bahkan adapula rumah sakit yang sama sekali tidak memberikan orientasi. Meskipun demikian, dengan diberikan orientasi pun dirasakan masih kurang cukup untuk mencegah dan meminimalkan mereka dari resiko melakukan IKP. Selain orientasi, di negara Amerika Serikat dan Sweden merekomendasikan untuk dilakukan penilaian diawal masa kerja yang dapat

mengurangi IKP dikalangan NGRNs. Dengan adanya penilaian awal memberikan data kunci untuk memastikan perawatan pasien yang aman (Kavanagh & Szweda, 2017) dan dapat memberikan gambaran perubahan dalam kompetensi klinis NGRNs sehingga dapat diidentifikasi kemampuan praktik klinik serta kebutuhan pelatihan NGRNs (Willman et al., 2020).

Untuk melakukan penilaian dibutuhkan suatu instrumen yang telah digunakan dan diuji sebelumnya. Ssatu-satunya dan pertama kali menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien dalam konteks keperawatan adalah Murray et al. (2019b) yang mengadopsi instrumen Flin et al. (2009b) dan Li et al. (2012). Kedua instrumen ini sama-sama digunakan untuk menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap mahasiswa kedokteran di United Kingdom (UK) dan China, namun instrumen Flin et al. (2009) kurang sesuai dilakukan translasi dan adaptasi untuk negara selain UK karena ada 6 item yang secara khusus menilai sistem kesehatan nasional UK. Selain itu, instrumen dari Li et al. (2012) yang merupakan terbaru yang menilai khusus pengetahuan, keterampilan dan sikap tentang keselamatan pasien, merupakan instrumen yang sudah pernah diadopsi sebelumnya untuk NGRNs dengan *face validity* dan *internal reliability* yang baik..

Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety pertama kali diciptakan oleh Li et al. (2012) yang dilaporkan memiliki sifat psikometri baik ketika digunakan dalam versi bahasa Inggris. Saat ini, instrumen ini sudah digunakan secara luas untuk menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien namun baru pertama kali untuk NGRNs dengan versi Bahasa Inggris pada studi Murray et al. (2019b). Penerjemahan kuesioner sangat penting jika instrumen tersebut tidak tersedia dalam bahasa yang dipahami oleh populasi sasaran (Setiati, 2017). Mengingat beberapa bukti dan data tentang IKP yang disebabkan oleh NGRNs pada awal praktik profesional mereka, kurangnya studi terdahulu yang menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap NGRNs, serta belum tersedia instrumen dalam versi bahasa lain untuk menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien, maka penting untuk mencapai versi bahasa yang berbeda dari instrumen sebelumnya yang secara konsep setara di

negara atau budaya Indonesia. Berdasarkan hal tersebut, peneliti bertujuan untuk melakukan translasi dan adaptasi instrumen *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* versi Indonesia untuk dapat digunakan pada *NGRNs*. Sehingga, pertanyaan penelitian ini adalah “Bagaimana translasi dan adaptasi instrumen *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* versi Indonesia untuk *New Graduate Registered Nurses*?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk melakukan translasi dan adaptasi instrumen *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* versi Indonesia untuk dapat digunakan pada *New Graduate Registered Nurses*.

2. Tujuan Khusus

- a. Menciptakan instrumen *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* versi Indonesia untuk *New Graduate Registered Nurses*.
- b. Mengetahui nilai validitas dan reabilitas instrumen *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* versi Indonesia.

D. Originalitas Penelitian

Adaptasi instrumen *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* dari Li et al. (2012) satu-satunya dan pertama kali dilakukan di Australia oleh Murray et al. (2019b) untuk menilai pengetahuan dan sikap *NGRNs* tentang kesalahan medis dan keselamatan pasien. Sementara instrumen untuk menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap *NGRNs* tentang keselamatan pasien versi Indonesia belum tersedia. Maka dari itu, originalitas penelitian ini adalah proses translasi dan adaptasi instrumen *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* versi Indonesia untuk *NGRNs* yang disesuaikan dengan budaya dan bahasa Indonesia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Algoritma Pencarian

Pencarian literatur menggunakan database PubMed, Cochrane library, Google scholar, Wiley online library, Science direct, dan pencarian sekunder. Pencarian dilakukan dengan menggunakan kata kunci “*new nurses*” OR “*new graduate nurses*” OR “*new graduate registered nurses*” AND *translation* OR *adaptation* OR *cross-cultural adaptation* OR *psychometric* OR *knowledge* OR *skills* OR *attitude* AND “*patient safety*” OR *safety*. Kriteria inklusi digunakan dalam pencarian ini diantaranya yaitu artikel teks lengkap yang dipublikasikan tahun 2016 sampai 2021, menggunakan bahasa Inggris dan Indonesia serta artikel yang tujuan akhirnya adalah studi translasi dan adaptasi instrumen yang menilai pengetahuan, keterampilan dan sikap perawat lulusan baru tentang *patient safety*.

Hasil pencarian di PubMed berjumlah 31 artikel, 7 artikel dari Cochrane library, Google scholar berjumlah 208 artikel, Wiley online library 2.644 artikel, Science direct 261 artikel, dan pencarian sekunder berjumlah 9 artikel, sehingga total 3.160 artikel. Dari sejumlah artikel yang ditemukan, 1.224 artikel yang dipublikasikan lebih dari 5 tahun, 158 *duplicated article*, 1.084 artikel bukan pada NGRNs yang bekerja di rumah sakit, 685 artikel tidak sesuai dengan pertanyaan penelitian pada skrining judul dan abstrak, serta 4 artikel yang tidak sesuai dengan hasil penelitian. Oleh karena itu, penelitian ini menggunakan 5 artikel sebagai referensi utama.

B. Tinjauan Literatur

1. Konsep *Patient Safety*

a. Definisi *patient safety*

Keselamatan pasien merupakan tujuan utama dalam memberikan asuhan keperawatan, dan pelayanan praktek keperawatan di rumah sakit (Masahuddin et al., 2020). Menurut IOM (2010) dalam E. Murray (2017) *safety* secara umum diartikan “*freedom from accidental injury*” atau bebas dari cedera yang tidak disengaja. *Safety* juga diartikan sebagai tindakan meminimalkan risiko bahaya pada

pasien dan penyedia melalui efektivitas sistem dan kinerja individu oleh Cronenwett et al. (2007) dalam E. Murray (2017). Di Indonesia, *safety* diartikan bebas dari bahaya atau resiko (*hazard*) (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015).

Keselamatan pasien menurut Lee (2007) dalam Ko & Yu (2015) mengacu pada keseluruhan persepsi keselamatan, pembelajaran organisasi, kerja tim, alokasi staf, komunikasi terbuka, sikap administrator rumah sakit, dan sejauh mana kesalahan staf dilaporkan. *Patient safety* dalam Undang-undang RI tentang rumah sakit (2009), dikatakan sebagai proses memberikan pelayanan pasien yang lebih aman dalam suatu rumah sakit (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, 2009). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691 menambahkan bahwa *patient safety* rumah sakit yang terdiri pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi menjadikan asuhan pasien lebih aman (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2011). Sedangkan perwakilan nilai-nilai inti, kepercayaan, dan sikap di antara anggota organisasi tentang keselamatan dikenal dengan istilah *safety culture* menurut Singer & Vogus (2013) dalam Farag, Blegen, Gedney-lose, Lose, & Perkhounkova (2017).

b. *International Patient Safety Goals* (IPSG)

The Sentinel Event Alert Advisory Group yang dibentuk pada Februari 2002 untuk memberikan saran kepada *The Joint Commission* (TJC) perihal pengembangan tujuan keselamatan pasien nasional. Adapun tujuan dari TJC keselamatan pasien nasional yaitu menangani bidang-bidang khusus yang menjadi perhatian sehubungan dengan keselamatan pasien bekerjasama dengan organisasi terakreditasi (Cherry & Jacob, 2014).

Berdasarkan *Joint Commission International* (2017) dan *ACT Academy* (2017) komponen dari IPSG terdiri dari:

- 1) Ketepatan mengidentifikasi pasien
Identifikasi dilakukan pada saat:
 - a) Pemberian obat, darah, atau produk darah
 - b) Pengambilan darah/spesimen pemeriksaan.
 - c) Sebelum melakukan tindakan/prosedur pelayanan
- 2) Peningkatan komunikasi yang efektif
 - a) Lakukan tehnik SBAR (*Situation-Background-Analysis-Recommendation*) untuk pelaporan pelayanan verbal.
 - b) Lakukan metode Tulis Baca Konfirmasi (TBK) untuk semua perintah verbal dan pembacaan hasil pemeriksaan uji laboratorium yang kritis, dan beri tanda TBK pada setiap dokumentasinya.
- 3) Waspada penggunaan *High Alert Medication* (HAM)
Penggunaan obat HAM harus minimal menggunakan 10 benar: benar pasien, benar rute, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar pengkajian, benar informasi, benar kadaluarsa, benar efek samping, dan benar dokumentasi.
- 4) Memastikan operasi yang aman (tepat prosedur, tepat lokasi dan tepat pasien pembedahan)
- 5) Menurunkan resiko infeksi
Resiko infeksi bisa dikontrol dengan melakukan cuci tangan prosedural *hands rub/antiseptic* berbasis alkohol apa *hands wash*/menggunakan air mengalir dan sabun.
- 6) Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh
Penilaian resiko jatuh pada anak menggunakan *Humpty Dumpty* sedangkan untuk dewasa menggunakan metode *Morse Fall*. Penggunaan gelang berwarna kuning dan papan penanda resiko jatuh wajib terpasang.

c. Insiden *patient safety*

Patient Safety Incident (PSI) atau insiden keselamatan pasien yaitu peristiwa atau keadaan yang bisa mengakibatkan, atau memang mengakibatkan, bahaya yang tidak perlu bagi pasien (Canadian Patient Safety Institute (CPSI) ICSP, 2020).

Ada tiga jenis insiden keselamatan pasien menurut CPSI ICSP tahun 2020, diantaranya:

- 1) *Harmful incident*: insiden keselamatan pasien yang mengakibatkan bahaya pada pasien (menggantikan "kejadian buruk yang dapat dicegah").
- 2) *Near miss*: insiden keselamatan pasien yang tidak mencapai pasien dan karenanya tidak ada bahaya yang terjadi.
- 3) *No-harm incident*: insiden keselamatan pasien yang mencapai pasien tetapi tidak ada kerusakan yang dapat dilihat.

Menurut Permenkes RI (2011) tentang keselamatan pasien RS, PSI merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Di Indonesia, PSI dikelompokkan menjadi beberapa jenis diantaranya (Permenkes RI, 2011; Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015):

- 1) Kondisi Potensial Cedera (KPC) atau "*reportable circumstance*" adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- 2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau "*near miss*" adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- 3) Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- 4) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau "*adverse event*" adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
- 5) Kejadian sentinel atau "*sentinel event*" adalah suatu KTD yang menyebabkan kematian atau cedera yang serius.

d. Faktor-faktor penyebab insiden keselamatan pasien

Meskipun PSI disebabkan oleh banyak faktor, namun menurut Shepard (2011) dalam E. Murray (2017) yang paling umum disebabkan oleh faktor manusia, komunikasi, dan kepemimpinan:

- 1) Faktor manusia meliputi tingkat kepegawaian, pendidikan dan kompetensi staf, dan kekurangan staf. Ketika staf tidak memadai atau perawat kurang pengalaman, keselamatan pasien terancam.
- 2) Komunikasi mencakup komunikasi intraprofesional dan interprofesional serta interaksi dengan pasien dan keluarga mereka. Hasil optimal pasien bergantung pada komunikasi yang efektif.
- 3) Kepemimpinan mencakup kepemimpinan dan manajemen di semua tingkatan, struktur organisasi, kebijakan dan prosedur, dan pedoman praktik. Ketika faktor-faktor kepemimpinan tidak memadai, perawat dapat membuat keputusan yang dapat mengakibatkan kejadian buruk atau nyaris celaka.

Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ) tahun 2003 dalam Handayani (2017) menambahkan beberapa faktor yang dapat menyebabkan IKP diantaranya sebagai berikut:

- 1) Komunikasi
- 2) Arus informasi yang tidak adekuat
- 3) Masalah Sumber Daya Manusia (SDM)
- 4) Hal-hal yang berhubungan dengan pasien
- 5) Transfer pengetahuan di rumah sakit
- 6) Alur kerja
- 7) Kegagalan teknis
- 8) Kebijakan
- 9) Prosedur yang tidak adekuat

Sementara di Indonesia, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015) mengemukakan delapan faktor penyebab IKP, yaitu:

- 1) Faktor eksternal (di luar rumah sakit)
- 2) Faktor organisasi dan manajemen
- 3) Faktor lingkungan kerja

- 4) Faktor tim
 - 5) Faktor petugas
 - 6) Faktor tugas
 - 7) Faktor pasien
 - 8) Faktor komunikasi
- e. Dampak *patient safety* dalam pelayanan keperawatan

Beberapa dampak yang akan terjadi jika keselamatan pasien tidak dilaksanakan diantaranya (Safitri, 2019):

- 1) Kesadaran akan nilai pasien tidak akan terbangun
- 2) Tidak mau memimpin dan mendukung staf. Tidak membangun komitmen, fokus dan jelas tentang keselamatan pasien.
- 3) Tidak dapat mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
- 4) Sistem pelaporan tidak dapat dikembangkan
- 5) Tidak dapat melibatkan dan tidak dapat berkomunikasi dengan pasien
- 6) Tidak dapat belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.
- 7) Tidak dapat mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Untuk meminimalkan kejadian buruk dan berbahaya, suatu organisasi yang memiliki keandalan tinggi menjaga komitmen terhadap keselamatan di semua tingkatan memerlukan sebuah konsep. Komitmen ini kelak akan membentuk suatu "*safety culture*" (Patient Safety Network AHRQ, 2019a). Budaya keselamatan pasien telah didefinisikan oleh Singer, Lin, Falwell, Gaba & Baker (2009) sebagai "nilai-nilai yang dibagikan di antara anggota organisasi tentang apa yang penting, kepercayaan tentang bagaimana sesuatu beroperasi dalam organisasi, dan interaksinya dengan pekerjaan unit dan struktur organisasi dan sistem, yang bersama-sama menghasilkan norma perilaku dalam organisasi yang mempromosikan keamanan. Reason dan Hobbs (2003) mengidentifikasi tiga komponen utama dari budaya keselamatan yaitu budaya belajar, budaya adil, dan budaya pelaporan (Ulrich & Kear, 2014). Budaya keselamatan mampu

memberikan pengalaman positif bagi pasien khususnya pada budaya kerja tim, kepegawaian yang memadai, dan pembelajaran organisasi (Abrahamson et al., 2016).

2. Pengetahuan

a. Definisi pengetahuan

Pengetahuan dalam Collins Dictionary (2020) adalah informasi dan pemahaman tentang subjek yang dimiliki seseorang, atau yang dimiliki semua orang. Definisi lain pengetahuan yang sering diadopsi adalah "kepercayaan benar yang dibenarkan" menurut Nonaka dan Takeuchi (1995) dalam Bolisani & Bratianu (2018). Neta dan Pritchard (2009) mengemukakan bahwa definisi pengetahuan menggabungkan tiga kondisi dasar sebagai berikut (Bolisani & Bratianu, 2018):

- 1) Kondisi kebenaran. Ini mensyaratkan bahwa jika seseorang mengetahui proposisi maka proposisi itu harus benar. Jika proposisi itu tidak benar, maka orang itu tidak tahu apa yang dia klaim ketahui. Kondisi kebenaran membuat perbedaan antara pendapat dan pengetahuan.
- 2) Kondisi keyakinan. Kondisi itu menuntut bahwa jika seseorang tahu proposisi, maka ia percaya proposisi itu.
- 3) Kondisi pembenaran. Kondisi itu membutuhkan cara praktis untuk membenarkan bahwa kepercayaan yang dimilikinya benar.

b. Jenis-jenis pengetahuan

Dombrowski et al, (2013) menjelaskan bahwa ada tiga jenis pengetahuan yang tidak terhubung namun masing-masing memiliki beberapa fitur spesifik (Bolisani & Bratianu, 2018), mereka adalah :

1) *Experiential knowledge*

Experiential knowledge atau pengetahuan pengalaman adalah apa yang kita dapatkan dari koneksi langsung dengan lingkungan, melalui sistem sensorik kita, dan kemudian diproses oleh otak. Misalnya, jika kita ingin tahu apa salju itu, maka kita harus pergi ke mana ada salju dan menyentuhnya, menciumnya, merasakannya, dan bermain dengannya.

2) *Skills*

Keterampilan berarti pengetahuan tentang bagaimana melakukan sesuatu (*know-how*). Jenis ini didasarkan pada *experiential knowledge* tetapi merupakan pengetahuan yang terstruktur dan berorientasi tindakan yang kita dapatkan dengan melakukan berulang kali tugas tertentu dan belajar dengan melakukannya.

3) *Knowledge claims*

Klaim pengetahuan adalah apa yang kita ketahui, atau kita pikir kita tahu. Kita tidak tahu seberapa banyak kita tahu karena pengetahuan berarti pengetahuan eksplisit dan pengetahuan diam-diam, yang berarti pengalaman yang ada di zona bawah sadar kita dan memanifestasikan terutama sebagai intuisi. Pengetahuan eksplisit adalah sesuatu yang kita pelajari di sekolah dan membaca buku, atau hanya mendengarkan beberapa profesor atau pembicara konferensi. Klaim pengetahuan adalah apa yang kami bingkai secara eksplisit dengan menggunakan bahasa alami atau simbolik. Dengan demikian, bahasa adalah komponen penting dari transformasi pengalaman emosional dan spiritual kita menjadi pengetahuan rasional atau eksplisit. Dengan pengetahuan eksplisit kita memasuki zona pertukaran antara pribadi dan pengetahuan bersama.

3. Keterampilan

a. Definisi keterampilan

Menurut Garry Dessler (2005) dalam Layuk, Tamsah, & Kadir (2017) keterampilan merupakan kemampuan seseorang menerapkan pengetahuan ke dalam bentuk tindakan. Gabungan antara keterampilan keperawatan dan pelatihan berkaitan dengan hasil pasien (Patient Safety Network AHRQ, 2019b). Keterampilan juga telah diakui sebagai aspek yang sangat penting untuk keselamatan pasien dan juga sangat dapat dilatih berdasarkan Arora, Sevdalis, Ahmed, Wong, Moorthy, &

Vincent (2012) dalam Brasaitè, Kaunonen, Martinkènas, Mockienè, & Suominen (2016).

b. Kategori keterampilan

Pada dasarnya keterampilan dikategorikan menjadi 4 menurut Robbins (2000), yaitu:

1) *Basic literacy skill*

Keahlian dasar merupakan keahlian seseorang yang pasti dan wajib dimiliki oleh kebanyakan orang, seperti membaca, menulis dan mendengar.

2) *Technical skill*

Keahlian teknik merupakan keahlian seseorang dalam pengembangan teknik yang dimiliki, seperti menghitung secara tepat, mengoperasikan komputer.

3) *Interpersonal skill*

Keahlian interpersonal merupakan kemampuan seseorang secara efektif untuk berinteraksi dengan orang lain maupun dengan rekan kerja, seperti pendengar yang baik, menyampaikan pendapat secara jelas dan bekerja dalam satu tim.

4) *Problem solving*

Menyelesaikan masalah adalah proses aktifitas untuk menajamkan logika, berargumentasi dan penyelesaian masalah serta kemampuan untuk mengetahui penyebab, mengembangkan alternatif dan menganalisa serta memilih penyelesaian yang baik.

4. Sikap

a. Definisi sikap

Faktor yang berkontribusi signifikan terhadap iklim keselamatan rumah sakit dan tingkat kesalahan medis salah satunya adalah sikap dokter dan perawat menurut Vincent (2011) dalam Alzahrani, Jones, & Abdel-Latif (2019). Menurut hasil penelitian, sikap perawat di rumah sakit masih dikategorikan buruk terhadap dimensi budaya keselamatan pasien, sehingga sangat disarankan untuk melakukan intervensi pelatihan khusus (Saber et al., 2017).

Sikap diartikan sebagai tingkah laku atau gerakan-gerakan yang tampak dan ditampilkan dalam interaksi dengan lingkungan sosial. Sikap merupakan faktor penentu perilaku, karena sikap berhubungan dengan persepsi kepribadian, dan motivasi. Sikap diartikan sebagai kesiapsiagaan mental dan dipelajari dan diorganisasikan melalui pengalaman. Sikap berkaitan dengan kerjasama tim dalam suatu pelayanan dan faktor dukungan dari suatu tim kerja (Zulkarnain, 2018).

b. Komponen sikap

Menurut Allport (1954), sikap terdiri atas 3 komponen yang saling menunjang yaitu komponen kognitif, afektif dan konatif (Fuadi, 2016).

- 1) Komponen kognitif (keyakinan, kesadaran) merupakan komponen representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap. Komponen ini berisi persepsi, kepercayaan, stereotipe dan sesuatu yang telah terpolakan dalam pikiran. Komponen ini tidak selalu akurat.
- 2) Komponen afektif (perasaan) adalah perasaan mencintai seseorang (sudah melibatkan emosi).
- 3) Komponen konatif (perilaku) yaitu aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang. Bagaimana orang berperilaku dalam situasi tertentu dan terhadap stimulus tertentu akan banyak ditentukan oleh bagaimana kepercayaan dan perasaannya terhadap stimulus tersebut.

c. Tingkatan sikap

Menurut Notoatmojo (2003) dalam Zulkarnain (2018), sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni :

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apakah ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah sikap yang paling tinggi.

5. Definisi *New Graduate Registered Nurses* (NGRNs)

New Graduate Registered Nurses (NGRNs) atau perawat lulusan baru yang terdaftar adalah seseorang yang telah menyelesaikan gelar sarjana keperawatan (Murray et al., 2017). Menurut Gusnia & Saragih CB (2013), perawat baru adalah perawat yang memasuki pengalaman baru dimana sebelumnya tidak dialami.

Prioritas utama dalam pengaturan perawatan kompleks adalah dengan menjamin perawat pemula dalam menerima bimbingan dan pengawasan yang diperlukan (Kalisch & Xie, 2014). Untuk mempersiapkan NGRNs dengan lebih baik, IOM merekomendasikan organisasi perawatan kesehatan untuk menawarkan program transisi dan mengevaluasi efektivitas program tersebut dalam memperluas kompetensi dan meningkatkan hasil pasien (Institute of Medicine (US), 2011). Berikut beberapa program-program transisi di rumah sakit bagi NGRNs untuk meningkatkan kesiapan NGRNs serta keselamatan pasien:

a. *Simulation-based Nurse Residency Program (NRP)*

Program yang dikemukakan oleh Beyea et al. (2010) yang mana secara ekstensif menggunakan simulasi pasien untuk membantu lulusan perawat baru menjadi tenaga kesehatan yang aman dan kompeten.

b. *Orientation program*

Aspek unik dari program orientasi perawat yang baru ini adalah penugasan empat pasien simulasi akhir orientasi yang dirancang untuk

menilai lima kategori pemikiran kritis: penentuan prioritas dan pendelegasian, pengenalan masalah, pengambilan keputusan klinis, implementasi klinis, dan refleksi (Bittner et al., 2017).

c. *Residency program*

Program residensi perawat merupakan strategi yang berkembang untuk mendorong transisi ke praktik bagi perawat baru. Program ini juga mengarahkan dan membantu perawat yang baru lulus untuk menjembatani kesenjangan pendidikan dengan praktik (Bratt et al., 2014).

Selain tiga program diatas, Tyndall et al. (2018) mengemukakan beberapa program lainnya seperti *preceptor training program*, *graduate nurse internship program*, dan *journeys program*.

6. Instrumen penilaian pengetahuan, keterampilan dan sikap tentang keselamatan pasien

a. Definisi instrumen

Instrumen diartikan secara umum sebagai alat untuk mengukur sebuah variabel (LoBiondo-Wood & Haber (2014); Wood & Ross-Kerr (2011). Instrumen penelitian yaitu semua alat yang digunakan untuk mengumpulkan, memeriksa, menyelidiki suatu masalah, atau mengumpulkan, mengolah, menganalisa dan menyajikan data-data secara sistematis serta objektif dengan tujuan memecahkan suatu persoalan atau menguji suatu hipotesis.

b. Instrumen penilaian pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien

Studi pertama kali saat ini yang menilai pengetahuan dan sikap NGRNs tentang kesalahan medis dan keselamatan pasien adalah studi Murray et al. (2019b) pada program perawat pascasarjana di dua rumah sakit Australia. Studi ini dilakukan pada 6 bulan praktik profesional pertama NGRNs. Dalam studinya, Murray et al. (2019b) menggunakan kuisisioner online yang terdiri dari 43 pertanyaan dengan 5 poin skala Likert serta 3 pertanyaan demografi. Adapun kuisisioner yang digunakan yaitu mengadopsi dari Flin et al. (2009) dan Li et al. (2012).

Flin et al. (2009) dan Li et al. (2012) adalah dua kelompok peneliti terdahulu yang menilai pengetahuan dan sikap mahasiswa kedokteran tentang *medical error* dan *patient safety*. Dalam studi Flin et al. (2009), instrumen yang digunakan diberi nama *Medical Students' Patient Safety Questionnaire (Year 1)* yang disusun dalam 5 kelompok dari 33 item pertanyaan untuk mengukur peringkat diri dari pengetahuan dasar mahasiswa kedokteran tahun 1, sikap dan perilaku yang diantisipasi terkait kesalahan medis dan keselamatan pasien di sekolah medis United Kingdom.

Tabel 2.1 *Instrumen Medical Students' Patient Safety Questionnaire (Year 1)*

No	Item	1	2	3	4	5
1	Knowledge of error and patient safety Level of knowledge regarding: 1) Different types of human error 2) Factors contributing to human error 3) Factors influencing patient safety 4) Ways of speaking up about error 5) What should happen if an error is made 6) How to report an error 7) The role of the NHS Trusts in error reporting					
2	Knowledge of workplace safety 1) Most workers make errors 2) The NHS is a safe system of health care for patients 3) Medical error is very uncommon 4) Health care staff receive training in patient safety 5) About one in 10 hospital patients in UK will experience some kind of adverse event					
3	a) Feelings about making errors If I made an error I would expect to feel: 1) Afraid 2) Ashamed 3) Guilty					

4) Upset

b) Speaking up about errors

Telling others about an error I made, would be:

5) 1 = difficult to 5 = easy

6) 1 = worthless to 5 = worthwhile

7) 1 = unacceptable to 5 = acceptable

8) 1 = unhelpful to 5 = helpful

4 Attitudes to patient safety

1) By concentrating on the causes of incidents, I can contribute to patient safety

2) If I keep learning from my mistakes, I can prevent incidents

3) Acknowledging and dealing with my errors will be an important part of my job

4) It is appropriate to challenge well-established practices even if they compromise patient safety

5) Being open and honest about the mistakes I make will be acceptable at my place of work

6) Admitting an error I had made would lead to just and fair treatment by management

5 Safety at the workplace

1) The nurses will be committed to identifying and addressing patient safety risks

2) The nurses will not criticise me for making mistakes

3) The doctors will be committed to identifying and addressing patient safety risks

4) The doctors will not criticise me for making mistakes

5) NHS managers will make it easy to report errors

6) NHS managers will be more interested in meeting performance targets than in patient safety

7) NHS managers will expect us to focus on patient safety

Keterangan:

- a) Bagian 1. *Knowledge of error and patient safety* meminta siswa untuk menilai tingkat pengetahuan mereka tentang pelaporan kesalahan dan kesalahan manusia (7 item mendapat skor dari *low* (1), *lower* (2), *average* (3), *higher* (4), sampai *high* (5)).
- b) Bagian 2. *Knowledge of workplace safety* juga mengukur pengetahuan dengan meminta siswa untuk menunjukkan tingkat persetujuan mereka dengan pernyataan tentang frekuensi kesalahan pekerja, kesalahan medis, pelatihan keselamatan pasien dan kejadian buruk (5 item).
- c) Bagian 3. (a) *Feelings about making errors* dan (b) *Speaking up about errors* bertanya kepada siswa bagaimana perasaan mereka jika mereka (a) membuat kesalahan (4 item) dan (b) harus memberi tahu orang lain tentang membuat kesalahan (4 item).
- d) Bagian 4. *Attitudes to patient safety* mencakup sikap tentang perilaku keselamatan pasien (6 item).
- e) Bagian 5. *Safety at the workplace* mencakup harapan tentang perilaku profesi lain (dokter, perawat, manajer Layanan Kesehatan Nasional Inggris (*National Health Service/NHS*)) berkenaan dengan keselamatan pasien (7 item).
 - Bagian 2, 3a, 4 dan 5 terdiri dari item yang terstruktur pada format berbasis Likert untuk dinilai pada skala 5 poin *strongly disagree* (1), *disagree* (2), *neutral* (3), *agree* (4), *strongly agree* (5)
 - Bagian 3b dicetak pada skala bipolar 5-poin: (misalnya “*difficult*” – “*easy*”, “*worthless*” – “*worthwhile*”).

Instrumen kedua dari Li et al. (2012) dengan penelitian yang dilakukan di tiga sekolah kedokteran universitas di Cina, instrumen “*Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety*” disusun dalam 6 kelompok pertanyaan dari 31 total item pertanyaan. Kelompok pertama terdiri dari dua

pertanyaan demografis sedangkan semua item dalam kelompok 2 - 6 dikembangkan berdasarkan 5 skala Likert. Item dalam kelompok 2 – 3 dinilai dari rendah ke tinggi (*low to high*), sementara bagian 4 - 6 memiliki jawaban mulai dari “*strongly disagree*” atau “*strongly agree*”.

Tabel 2.2 Instrumen *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety*

No	Item	1	2	3	4	5
1	Demographic characteristics					
	8) Gender					
	9) Level					
2	What is your level of knowledge regarding:					
	6) Different types of medical error?					
	7) Factors contributing to medical error?					
	8) Factors influencing patient safety?					
	9) Ways of speaking up about error?					
	10) What should happen if an error is made?					
	11) How to report an error?					
	12) Overview of mechanism for learning from error?					
3	Knowledge of actions to take					
	1) I would know what to say if I made an error					
	2) I would know who to talk to if I made an error.					
	3) I would know what to do if someone in my healthcare team made an error.					
	4) I would know what to do if I witnessed someone more than me making an error.					
	5) I would know what to do/say if a patient told me I had made an error.					
	6) If I made an error, I would want to discuss it with someone.					
4	Feelings about making errors					
	1) Afraid					
	2) Ashamed					
	3) Guilty					
	4) Upset					

5 Personal attitudes to patient safety

- 1) It is impossible to provide safe, high-quality care while being efficient.
- 2) If I keep learning from my mistakes, I can prevent incidents.
- 3) Acknowledging and dealing with my errors is an important part of my job.
- 4) Making errors in medicine is inevitable.
- 5) Competent physicians do not make medical errors that lead to patient harm.
- 6) After an error occurs, an effective way is to work harder to be more careful.
- 7) As a medical student, I feel I can speak up if I see error.
- 8) As a medical student, it is my duty to speak up if I see error.

6 Your intentions regarding patient safety

- 1) I intend to clearly communicate my safety expectations to members of my healthcare team(s).
 - 2) I will support any members of my healthcare team who are involved in an incident.
 - 3) I will intervene whenever I think a patient may be exposed to harm.
 - 4) I plan to make a point of learning from the mistakes of others
-

Keterangan:

- a) Bagian 1: Karakteristik demografis, termasuk sekolah kedokteran, jenis kelamin, dan tingkat .
- b) Bagian 2: Pengetahuan tentang kesalahan medis (7 item).
- c) Bagian 3: Apa yang harus saya lakukan ketika terjadi kesalahan medis (6 item).
- d) Bagian 4: Perasaan tentang membuat kesalahan (4 item), termasuk takut, malu, bersalah, dan kesal.
- e) Bagian 5: Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien (8 item).

f) Bagian 6: Niat Anda tentang keselamatan pasien (4 item), untuk mengukur pendapat siswa tentang cara menangani kesalahan medis.

- Semua item dalam bagian 2 - 6 dikembangkan berdasarkan Skala 5-Likert.
- Item dalam bagian 2 – 3 dinilai dari *low* ke *high*, sementara bagian 4 - 6 memiliki jawaban mulai dari “*strongly disagree*” ke “*strongly agree*”.

Kedua instrumen ini sama-sama digunakan untuk menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien di UK dan China namun instrumen Flin et al. (2009) kurang sesuai dilakukan translasi dan adaptasi untuk negara selain UK karena ada 6 item yang secara khusus menilai sistem kesehatan nasional UK. Selain itu, instrumen *Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety* dari Li et al. (2012) merupakan instrumen yang paling terbaru. Maka dari itu, penelitian translasi dan adaptasi ini menggunakan instrumen Li et al. (2012) untuk menghasilkan versi bahasa dan budaya NGRNs di Indonesia.

7. Translasi dan Adaptasi Instrumen

Translasi diartikan oleh Newmark (1995) dalam Assaqaf (2016) sebagai kegiatan menerjemahkan makna teks ke dalam bahasa lain dengan cara yang dimaksudkan penulis teks. Sedangkan menurut Assaqaf (2016), adaptasi merupakan jenis dari terjemahan itu sendiri yang melibatkan sejumlah perubahan yang harus dilakukan sehingga teks target yang dihasilkan selaras dengan semangat teks sumber. Perubahan yang dimaksud yaitu penghapusan, penambahan, penjelasan, ilustrasi, dan contoh. Perubahan-perubahan ini harus selaras dengan budaya teks target asalkan tidak merusak atau mengubah makna bahasa sumber karena itu harus menjadi tujuan utama (Assaqaf, 2016). Terdapat empat jenis adaptasi menurut Assaqaf (2016), yaitu:

a. *Collocation Adaptation*

Kolokasi menurut KBBI (2019) adalah asosiasi tetap antara kata dan kata lain dalam lingkungan yang sama. Richards, et. al. (1992) dalam Assaqaf (2016) mengartikan kolokasi sebagai cara di mana kata-kata digunakan bersama secara teratur. Seperti disebutkan sebelumnya, jika suatu bahasa hanyalah sebuah nomenklatur untuk sekumpulan konsep universal, akan mudah untuk menerjemahkan dari satu bahasa ke bahasa lain. Satu hanya akan mengganti kata bahasa Inggris untuk konsep dengan kesetaraan nama Arab, misalnya, atau sebaliknya. Mempelajari bahasa baru juga akan jauh lebih mudah daripada itu. Tetapi, pada kenyataannya, setiap bahasa mengartikulasikan atau mengatur dunia secara berbeda dan bahasa di seluruh dunia tidak hanya menyebutkan kategori yang ada, tetapi mereka mengartikulasikan sendiri (Assaqaf, 2016).

b. *Cultural Adaptation*

Budaya adalah istilah luas yang dapat mencakup banyak hal yang berkaitan dengan kehidupan manusia. Richards, et al (1992) mengartikan budaya sebagai set total kepercayaan, sikap, kebiasaan, perilaku, kebiasaan sosial, dan sebagainya dari anggota masyarakat tertentu. Saya mungkin mengakui bahwa penelitian ini semuanya dapat dibahas dalam satu kata yang merupakan adaptasi budaya.

Diketahui bahwa seorang penerjemah adalah bikultural dan bilingual. Itu berarti dia adalah jembatan tidak hanya antara dua bahasa tetapi juga antara dua budaya. Dengan kata lain, seorang penerjemah harus memperhitungkan kultur teks target dan struktur teks targetnya. Satu-satunya cara untuk melakukan hal seperti itu adalah menerapkan teknik adaptasi.

c. *Literary Adaptation*

Jenis adaptasi *literary* ditemukan dalam menerjemahkan karya sastra seperti novel, cerpen, drama atau puisi. Di sini, penerjemah bergegas mempertimbangkan perbedaan budaya sambil menerjemahkan sepotong sastra dari satu bahasa ke bahasa lain.

Adaptasi sastra menjadi keterampilan alih-alih persyaratan dasar. Penerjemah puisi yang baik secara naluriah mengetahui perbedaan antara tradisi estetika budaya yang berbeda, sehingga terjemahannya dapat lebih dihargai oleh pembaca target dan dapat mencapai efek yang diperlukan. Kalau tidak, terjemahannya akan gagal, tidak peduli seberapa dekat atau mirip dengan aslinya.

d. *Ideological Adaptation*

Adaptasi Ideologis adalah masalah seksual dan agama. Sebagian besar orang Arab, bahkan hari ini dilestarikan dalam berurusan dengan masalah seksual dan agama. Mereka menghindari topik seks, yang biasanya dianggap pornografi. Jika tidak, Anda akan dianggap tidak bermoral, tidak jujur, tidak dapat diandalkan, dan hanya buruk. Ini adalah salah satu alasan utama mengapa pendidikan seks di sekolah atau bahkan dalam kurikulum universitas tetapi tidak pernah diajarkan secara serius. Dalam terjemahan bahasa Inggris ke bahasa Arab, penerjemah akan selalu membuat adaptasi untuk melembutkan nada asli, melompat untuk tidak menyinggung pembaca teks target serta untuk menghindari sensor. Ini tidak berarti bahwa sastra Arab, terutama yang lama di era pra-Islam, tidak pernah menyentuh seks.

Selanjutnya, WHO (2020) menjelaskan tujuan translasi dan adaptasi instrumen yaitu untuk mencapai versi bahasa yang berbeda dari instrumen bahasa asal yang secara konsep setara di masing-masing negara atau budaya sasaran. Hal ini berarti, instrumen tersebut harus sama-sama alami dan dapat diterima dan harus dilakukan secara praktis dengan cara yang sama dengan berfokus pada lintas budaya dan konseptual, bukan pada kesetaraan linguistik atau literal. Adapun metode dalam proses translasi dan adaptasi instrumen berdasarkan rekomendasi WHO (2020) sebagai berikut:

a. *Forward translation*

Seorang penerjemah, lebih disukai seorang profesional kesehatan, yang akrab dengan terminologi area yang dicakup oleh

instrumen dan dengan keterampilan wawancara harus diberikan tugas ini. Menurut Hariati et al. (2020), semua penerjemah diharuskan bilingual (Inggris dan Bahasa Indonesia) dengan bahasa ibu mereka adalah Bahasa Indonesia.

Instruksi harus diberikan dalam pendekatan untuk menerjemahkan, menekankan terjemahan konseptual daripada terjemahan literal, serta kebutuhan untuk menggunakan bahasa alami dan dapat diterima untuk khalayak luas. Berikut pedoman umum dari WHO (2020) yang harus dipertimbangkan dalam proses *forward translation*:

- 1) Penerjemah harus selalu mengarah pada padanan konseptual dari sebuah kata atau frasa, bukan terjemahan kata demi kata, contoh, bukan terjemahan literal. Mereka harus mempertimbangkan definisi dari istilah asli dan berusaha menerjemahkannya dengan cara yang paling relevan.
- 2) Penerjemah harus berusaha keras untuk menjadi sederhana, jelas dan ringkas dalam merumuskan pertanyaan. Lebih sedikit kata-kata yang lebih baik. Kalimat yang panjang dengan banyak klausa harus dihindari.
- 3) Bahasa target harus bertujuan untuk audiens yang paling umum. Penerjemah harus menghindari berbicara dengan audiens profesional seperti di bidang kedokteran atau kelompok profesional lainnya. Mereka harus mempertimbangkan responden tipikal untuk instrumen yang diterjemahkan dan apa yang akan dipahami responden ketika dia mendengar pertanyaan itu.
- 4) Translator harus menghindari penggunaan jargon apa pun. Misalnya, mereka tidak boleh menggunakan:
 - a) Istilah teknis yang tidak dapat dipahami dengan jelas; dan
 - b) Bahasa sehari-hari, idiom/ungkapan, atau istilah bahasa sehari-hari yang tidak dapat dipahami oleh orang awam dalam kehidupan sehari-hari.

5) Penerjemah harus mempertimbangkan masalah penerapan gender dan usia dan menghindari istilah apa pun yang mungkin dianggap menyinggung populasi sasaran.

b. *Expert panel*

Tujuan dalam langkah ini adalah untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan ekspresi/ konsep terjemahan yang tidak memadai, serta setiap perbedaan antara terjemahan maju dan versi pertanyaan sebelumnya yang ada atau yang sebanding dengan pertanyaan jika ada. Setiap ambiguitas dan ketidaksesuaian harus didiskusikan dan diselesaikan sampai konsensus tercapai dengan pendekatan komite ahli (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Jumlah ahli dalam panel dapat bervariasi. Secara umum, panel harus menyertakan penerjemah asli, pakar kesehatan, serta pakar dengan pengalaman dalam pengembangan dan penerjemahan instrumen. Hasil dari proses ini akan menghasilkan versi kuesioner yang diterjemahkan secara lengkap.

c. *Back-translation*

Dengan menggunakan pendekatan yang sama seperti yang diuraikan pada langkah pertama, instrumen yang siap digunakan diterjemahkan kembali (*back translation*) kedalam bahasa Inggris oleh dua orang penerjemah yang berbeda dengan tahap pertama (Silolonga, 2018). Penerjemah independen yang dilibatkan harus memiliki bahasa ibu adalah bahasa Inggris dan yang tidak memiliki pengetahuan tentang kuesioner (WHO, 2020). Seperti dalam terjemahan awal, penekanan pada *back-translation* harus pada kesetaraan konseptual dan budaya dan bukan kesetaraan linguistik. Perbedaan harus didiskusikan dan harus diulang sebanyak yang diperlukan sampai versi yang memuaskan tercapai (WHO, 2020).

d. *Pre-testing and cognitive interviewing*

Penting untuk melakukan uji awal instrumen pada populasi target. Setiap bagian akan sepenuhnya diuji menggunakan metodologi yang diuraikan sebagai berikut (WHO, 2020):

- 1) Responden pra-tes harus menyertakan individu yang mewakili mereka yang akan diberikan kuesioner.
- 2) Responden pra-tes harus berjumlah 10 minimum untuk setiap bagian. Mereka harus mewakili laki-laki dan perempuan dari semua kelompok umur (18 tahun ke atas) dan kelompok sosial ekonomi yang berbeda.
- 3) Responden pra-tes harus diberikan instrumen dan ditanyakan secara sistematis. Pertanyaan-pertanyaan harus diulang untuk setiap item.
- 4) Jawaban atas pertanyaan-pertanyaan ini harus dibandingkan dengan tanggapan aktual responden terhadap instrumen untuk konsistensi.
- 5) Responden juga harus ditanyai tentang kata apa pun yang tidak mereka pahami serta kata atau ungkapan apa pun yang mereka anggap tidak dapat diterima atau menyinggung.
- 6) Akhirnya, ketika kata-kata atau ekspresi alternatif ada untuk satu item atau ekspresi, responden pra-tes harus diminta untuk memilih mana dari alternatif yang lebih sesuai dengan bahasa mereka yang biasa.
- 7) Informasi ini paling baik dicapai dengan wawancara pribadi yang mendalam meskipun organisasi kelompok fokus dapat menjadi alternatif.
- 8) Sangat penting bahwa wawancara ini dilakukan oleh pewawancara yang berpengalaman.

Laporan tertulis dari latihan pra-pengujian, bersama dengan informasi yang dipilih mengenai individu yang berpartisipasi juga harus disediakan.

e. *Final version*

Versi terakhir instrumen dalam bahasa target harus merupakan hasil dari semua iterasi (perulangan) yang dijelaskan di atas (WHO, 2020).

Menurut WHO (2020), semua prosedur adaptasi budaya harus dapat dilacak melalui dokumen yang sesuai yang terdiri dari:

- a. Versi *initial forward*
- b. Ringkasan rekomendasi oleh panel ahli
- c. *The back-translation*
- d. Ringkasan masalah yang ditemukan selama pra-pengujian instrumen dan modifikasi yang diusulkan, dan
- e. Versi final

Penting juga untuk menggambarkan sampel yang digunakan dalam proses ini (yaitu komposisi panel ahli dan sampel responden pra-tes). Terakhir, jumlah individu serta karakteristik dasar mereka harus dijelaskan, sebagaimana mestinya.

8. Uji Psikometri

Peneliti dalam menyiapkan instrumen, terlebih dahulu melakukan *literatur searching* dan *critical review* yang kemudian akan dihadapkan dengan pilihan mengembangkan atau mengadaptasi instrumen (Streiner et al., 2015). Para peneliti juga sering menghadapi tantangan mengembangkan instrumen baru. Terlepas dari apakah dalam penelitian menggunakan instrumen baru atau yang sudah dikembangkan sebelumnya, instrumen yang digunakan harus dievaluasi. Terdapat dua aspek penting dalam melakukan dan mengkritik penelitian yaitu validitas dan reliabilitas. Penilaian reliabilitas dan validitas adalah keterampilan penilaian kritis yang sangat penting untuk menilai kekuatan dan kualitas bukti yang diberikan oleh desain dan temuan penelitian dan penerapannya untuk praktik. Pemilihan metode untuk membangun reliabilitas atau validitas tergantung pada karakteristik instrumen, metode pengujian yang digunakan untuk mengumpulkan data dari sampel, dan jenis data yang diperoleh (LoBiondo-Wood & Haber, 2014).

a. Uji validitas

Validitas merupakan suatu ukuran yang menunjukkan bahwa variabel yang diukur memang benar-benar variabel yang akan diteliti peneliti serta mencerminkan seberapa akurat pengukuran menghasilkan

informasi tentang variabel yang diukur atau sedang dipelajari (Grove, Gray, & Burns, 2015; Wood & Ross-Kerr, 2011). Validitas adalah tingkat di mana suatu ukuran secara akurat mewakili apa yang seharusnya. Memastikan validitas dimulai dengan pemahaman menyeluruh tentang apa yang harus diukur dan kemudian menjadikan pengukuran itu "benar" dan seakurat mungkin. Namun, akurasi tidak memastikan validitas (Hair Jr et al., 2019).

Ada tiga jenis validitas yaitu: *content validity*, *construct validity*, dan *criterion related validity* (Halek, M., Holle, D., & Bartholomeyczik, 2017).

1) *Content validity*

Validasi konten mengacu pada kecukupan cakupan item yang membentuk kuesioner yang berhubungan dengan definisi dari konsep instrumen yang dirancang untuk diukur. Validitas ini juga biasanya diperkirakan untuk kuesioner dan instrumen penelitian lainnya seperti panduan wawancara terstruktur dan tidak terstruktur atau semi-terstruktur yang digunakan dalam penelitian kuantitatif dan kualitatif. Validasi konten untuk menilai seberapa baik item dikembangkan untuk mengoperasionalkan dan membangun arti yang memadai sehingga tidak ada statistik yang dapat mengukur konten ini dan biasanya tergantung pendapat para ahli. Validasi isi ini dapat dilakukan dengan beberapa cara *face validity*, *a systematic examination of the literature*, dan *judgment by experts*.

a) *Face validity*

Menurut Wood & Ross-Kerr (2011), pada tingkat paling dasar, ketika sedikit atau tidak ada yang diketahui tentang variabel yang diukur, tingkat validitas yang diperoleh disebut *face validity*. Dianggap sebagai pendekatan yang sangat lemah untuk memperkirakan validitas konten karena ditentukan oleh pemeriksaan item instrumen untuk menentukan apakah item tersebut terlihat sesuai tujuan maka dapat dikatakan valid.

b) *Systematic examination of the literature*

Merupakan pendekatan yang lebih teliti untuk memperkirakan validitas konten tentang konsep instrumen yang dirancang untuk diukur dengan menggunakan daftar periksa untuk mendokumentasikan apakah konsep atau komponen konsep sudah tercermin dalam item instrumen dan kemudian menghitung presentase kesepakatan untuk tiap item instrumen.

c) *Judgment by expert*

Merupakan pendekatan yang lebih ketat untuk memperkirakan validitas konten dan para ahli biasanya diminta untuk menilai setiap item dengan skala seperti tidak relevan, tidak diputuskan atau relevan dan dilaporkan dalam *Content Validity Index (CVI)*. Prosedur penilaian tingkat CVI dinilai dengan skala 1- 4, dimana 1 merupakan item yang tidak relevan dan 4 merupakan item yang paling relevan. Kategori penilaian $CVI \geq 0.78$ dikategorikan *excellent validity*, $\geq 0.60 - < 0.78$ *good validity*, $\geq 0.40 - < 0.60$ *fair validity* dan jika < 0.4 dikategorikan *poor validity* (Halek, M., Holle, D., & Bartholomeyczik, 2017). Para ahli yang melakukan penilaian terhadap konten harus memiliki keahlian pada subjek penelitian.

2) *Construct validity*

Construct validity bertujuan untuk menguji kesesuaian antara definisi konseptual dan definisi operasional. *Construct validity* merupakan validitas yang mendeskripsikan seberapa jauh instrumen memiliki item-item pertanyaan yang dilandasi oleh konstruksi tertentu. Validitas konstruksi menunjukkan bahwa instrumen yang disusun secara rasional berdasarkan konsep yang sudah mapan dan dapat dinilai dengan uji statistik untuk menilai apakah item-item pertanyaan yang mengukur hal sama berkorelasi tinggi satu dengan yang lainnya atau sebaliknya. Adapun jenis-jenis metode dari *Construct validity*:

- a) *The test of a theoretical proposition* merupakan metode untuk memperkirakan validitas konstruksi yang melibatkan penggunaan teori atau kerangka konseptual yang mendasari instrumen untuk mengemukakan hipotesa mengenai perilaku individu dengan berbagai nilai pada instrumen, kemudian peneliti mengumpulkan data untuk menguji hipotesa dan membuat kesimpulan.
 - b) *The factor analysis* merupakan metode memperkirakan validitas konstruksi yang melibatkan pemberian kuesioner kepada sejumlah besar sampel, paling sedikit 5 sampai 10 kali jumlah item dan kemudian menganalisa skor menggunakan prosedur statistik faktor analisa. Prosedur statistik ini digunakan untuk mengidentifikasi kelompok item terkait yang disebut faktor.
 - c) *The known-groups technique* diketahui untuk memperkirakan validitas konstruksi, melibatkan pemberian kuesioner kepada dua atau lebih kelompok yang secara teoritis harus memiliki skor berbeda pada kuesioner dan kemudian membandingkan skornya.
- 3) *Criterion related validity*

Bolarinwa, (2015) mengatakan Jenis validitas ini memberikan bukti tentang seberapa baik nilai pada ukuran baru berkorelasi dengan ukuran lain dari konstruksi yang sama atau mirip secara teoritis yang dikaitkan. Pengukuran kriteria diperoleh pada suatu waktu setelah administrasi pengujian, dan kemampuan pengujian untuk memprediksi secara akurat kriteria yang dievaluasi.

Sedangkan Polit & Beck (2017) menjelaskan bahwa ada empat jenis uji validitas yang diuraikan sebagai berikut:

- 1) *Statistical conclusion validity*

Tipe ini menyangkut validitas kesimpulan bahwa memang ada hubungan empiris, atau korelasi, antara dugaan penyebab dan akibatnya. Tugas peneliti adalah memberikan bukti sekuat mungkin bahwa hubungan yang diamati itu nyata.

2) *Internal validity*

Validitas internal menyangkut validitas kesimpulan yang, mengingat bahwa ada hubungan empiris, itu adalah variabel independen, bukan sesuatu yang lain, yang menyebabkan hasilnya. Para peneliti harus mengembangkan strategi untuk mengesampingkan masuk akal bahwa beberapa faktor selain variabel independen memperhitungkan hubungan yang diamati.

3) *Construct validity*

Konstruk validitas melibatkan validitas kesimpulan “dari orang yang diamati, pengaturan, dan operasi sebab dan akibat yang termasuk dalam penelitian”. Salah satu aspek validitas konstruk menyangkut sejauh mana intervensi merupakan representasi yang baik dari konstruk yang mendasarinya yang diteorikan memiliki potensi untuk menyebabkan hasil yang bermanfaat. Kekhawatiran lain apakah ukuran variabel dependen adalah operasionalisasi yang baik dari konstruksi yang mereka maksudkan.

4) *External validity*

Validitas eksternal menyangkut apakah kesimpulan tentang hubungan yang diamati akan menampung variasi orang, latar, waktu, atau ukuran hasil. Validitas eksternal, kemudian, adalah tentang generalisasi dari kesimpulan kausal, dan ini merupakan perhatian kritis untuk penelitian yang bertujuan untuk menghasilkan bukti untuk praktik keperawatan berbasis bukti.

b. Uji reabilitas

1) Definisi

Jika validitas terjamin, peneliti masih harus mempertimbangkan keandalan (reabilitas) pengukuran. *Reability* (keandalan) adalah tingkat di mana variabel yang diamati mengukur nilai "benar" dan "bebas kesalahan"; dengan demikian, itu kebalikan dari kesalahan pengukuran (Hair Jr et al., 2019). Reabilitas instrumen penelitian diartikan sebagai sejauh mana instrumen menghasilkan hasil yang sama pada tindakan berulang (LoBiondo-

Wood & Haber, 2014). Keandalan berkaitan dengan konsistensi, akurasi, presisi, stabilitas, kesetaraan, dan homogenitas. Bersamaan dengan pertanyaan validitas atau setelah dijawab, Anda bertanya seberapa andal instrumen itu. Ukuran yang andal adalah yang dapat menghasilkan hasil yang sama jika perilaku diukur lagi dengan skala yang sama.

Terdapat tiga perlengkapan utama dari skala yang dapat diandalkan yaitu *stability*, *homogeneity*, dan *equivalence* (LoBiondo-Wood & Haber, 2014).

a) *Stability*

Stability (stabilitas) suatu instrumen merujuk pada kemampuan instrumen untuk menghasilkan hasil yang sama dengan pengujian berulang. Pengukuran dari waktu ke waktu adalah penting ketika instrumen digunakan dalam studi longitudinal dan karenanya digunakan pada beberapa kesempatan. Stabilitas juga merupakan pertimbangan ketika seorang peneliti sedang melakukan studi intervensi yang dirancang untuk melakukan perubahan pada variabel tertentu. Tes yang digunakan untuk memperkirakan stabilitas adalah *Test-retest* dan *Parallel or Alternate Form* (Sugiyono, 2011; LoBiondo-Wood & Haber, 2014).

Perbandingan statistik dibuat antara peserta setiap kali mereka menyelesaikan tes untuk melihat keandalan instrument. Pengukuran sebaiknya dilakukan setelah 2 minggu karena jika waktunya terlalu singkat diasumsikan responden masih mengingat jawaban pada uji pertama dan mengisi jawaban yang sama pada uji kedua (Dharma, 2011). Semakin tinggi nilai reliabilitas suatu instrumen, maka semakin stabil instrumen tersebut. Pada umumnya, koefisien korelasi kurang dari 0.3 menandakan korelasi lemah, 0.3 - 0.5 adalah moderat dan lebih dari 0.5 memiliki korelasi yang kuat (Notoatmojo, 2010).

b) *Homogeneity/Internal Consistency*

Homogeneity (homogenitas) instrumen artinya semua item dalam instrumen mengukur konsep, variabel, atau karakteristik yang sama. Konsistensi internal dapat dinilai dengan menggunakan salah satu dari empat metode: *Item to total correlations*, *Split-half reliability*, *Kuder-Richardson (KR-20) coefficient*, atau *Cronbach's alpha*.

Split-half reliability melibatkan pembagian item membentuk satu kuesioner menjadi dua kelompok seperti item bernomor genap dan item bernomor ganjil. Korelasi kuat menunjukkan kehandalan yang tinggi sedangkan korelasi lemah menunjukkan instrumen mungkin tidak dapat diandalkan. Untuk tes *Kuder-Richardson coefficient* diperoleh berdasarkan konsistensi respon dari subjek terhadap seluruh item instrument. *Cronbach's alpha* merupakan tes untuk mengukur rata-rata konsistensi internal diantara item-item pertanyaan. Pengukuran dalam uji ini dapat dilakukan dalam satu waktu dan merupakan alat ukur *multiscale*. Hasil dari *Cronbach's alpha* antara 0 dan 1. Skor reliabilitas yang dapat diterima adalah nilai 0.7 atau lebih.

c) *Equivalence*

Suatu instrumen dikatakan menunjukkan *equivalence* (kesetaraan) jika menghasilkan hasil yang sama ketika instrumen atau prosedur yang setara atau paralel digunakan. Ada dua metode untuk menguji kesetaraan: *Interrater reliability* dan *Parallel or Alternate Form*.

Dharma (2011) menjelaskan uji reliabilitas dengan *interrater reliability* dapat dilakukan dengan metode berikut:

- *Percent Agreement*

Kesepakatan antara dua atau lebih observer dalam suatu pengukuran yang dilakukan dibuat dalam persentasi. Persentasi *agreement* yang diterima jika berkisar diatas 70%. Formula untuk menentukan *percent agreement*:

$$\text{Percent Agreement} = \frac{\text{Total number of agreement}}{\text{Total number of observation}} \times 100$$

- *Cohen's Kappa*

Cohen's Kappa digunakan untuk menilai kesepakatan antara dua orang atau lebih observer terhadap pengukuran yang dilakukan. Untuk menentukan nilai *Cohen's Kappa* dibutuhkan tabel matrik untuk mencatat dan menghitung proporsi *agreement* dan *disagreement* selama pengukuran. Tabel tersebut disusun sebagai berikut:

Tabel 2.3 Tabel Matriks *Cohen's Kappa*

		Observer 2		
		Ya	Tidak	
Observer 1	Ya	a	b	a+b
	Tidak	c	d	c+d
	Total	a+c	b+d	a+b+c+d

- ✓ *Observed agreement* adalah proporsi pengukuran yang menunjukkan kesepakatan antara kedua observer yang ditunjukkan pada tabel dengan menghitung : a + d.
- ✓ *Agreement by chance* adalah proporsi pengukuran yang menunjukkan kesepakatan antara kedua observer yang terjadi karena peluang yang ditunjukkan pada tabel dengan menghitung [(a+b) x (a+c)] + [(c=d) x (b+d)].
- ✓ *Agreement not by chance* adalah proporsi pengukuran yang menunjukkan kesepakatan antara kedua observer yang terjadi bukan karena peluang dan dihitung dengan mengurangi nilai ob.
- ✓ *Potential agreement not by chance* yaitu proporsi potensial kesepakatan yang terjadi bukan karena peluang dan dihitung dengan rumus : 100 % - *proporsi agreement by chance*.

Nilai kappa ditentukan dengan rumus:

$$\frac{\textit{Observed agreement} - \textit{agreement by chance}}$$

$$100\% - \textit{agreement by chance}$$

atau

$$\frac{\textit{Agreement not by chance}}$$

$$\textit{Potential agreement not by chance}$$

Nilai kappa untuk uji reliabilitas dikelompokkan sebagai berikut (McHugh, 2012):

Sangat lemah : < 0.00

Lemah : 0.00 - 0.20

Seimbang : 0.21 - 0.40

Sedikit kuat : 0.41 - 0.60

Kuat : 0.61 - 0.80

Sangat kuat : 0.81 - 1.00

2) Interpretasi koefisien keandalan

Atribut reliabilitas berkaitan dengan tingkat konsistensi antara skor yang diperoleh pada dua atau lebih waktu pengujian independen, dan sering dinyatakan dalam koefisien korelasi. Koefisien reliabilitas berkisar dari 0 (nol) hingga 1 (satu). Nilai koefisien reliabilitas mengekspresikan hubungan antara varians kesalahan, varians sebenarnya, dan skor yang diamati. Korelasi nol menunjukkan bahwa tidak ada hubungan. Ketika varians kesalahan dalam instrumen pengukuran rendah, koefisien reliabilitas akan lebih dekat ke 1. Semakin dekat ke 1 koefisien, semakin dapat diandalkan instrumen tersebut (LoBiondo-Wood & Haber, 2014).

c. Pelaporan hasil uji validitas dan uji reabilitas

Dalam sebuah artikel penelitian, diskusi panjang tentang bagaimana berbagai jenis reliabilitas dan validitas diperoleh tidak akan ditemukan. Adapun pembahasan yang ditemukan di bagian metode kebanyakan adalah judul instrumen, definisi konsep/konstruk yang

diukur, dan satu atau dua kalimat tentang data yang mendukung reabilitas dan validitas yang dinilai oleh peneliti sebelumnya. Penilaian kritis terhadap reliabilitas dan validitas instrumen dalam laporan penelitian berfokus pada validitas internal dan eksternal sebagai sumber bias yang berkontribusi pada kekuatan dan kualitas bukti yang diberikan oleh temuan (LoBiondo-Wood & Haber, 2014). Contoh akan dilihat dalam pembahasan sebuah penelitian:

Contoh 1:

“*Geriatric Depression Scale (GDS)* telah menunjukkan tingkat konsistensi internal yang tinggi (Cronbach’s alpha = 0.94) dan *test-retest reliability* $r = 0.85$ ” Wakefield et al. (2012) dalam LoBiondo-Wood & Haber (2014).

Contoh 2:

“Ciri-ciri kepribadian dinilai menggunakan *Big Five Inventory (BFI)*, skala 44 item yang mengukur kesesuaian, keterbukaan terhadap pengalaman baru, kesadaran, *neuroticism*, dan *extraversion*. BFI memiliki 5 poin skala Likert. Hal ini telah menunjukkan *internal consistency* yang cukup, *temporal stability*, dan *convergent and divergent validity*” Williams et al. (2012) dalam dalam LoBiondo-Wood & Haber (2014).

9. Prosedur Translasi, Adaptasi, dan Validasi Psikometri

Translasi, adaptasi, dan validasi kuesioner atau skala untuk praktik serta penelitian sangat memakan waktu dan memerlukan perencanaan yang cermat serta adopsi pendekatan metodologi yang ketat untuk mendapatkan ukuran yang andal dan valid dalam populasi sasaran (Kalfoss, 2019). Sousa & Rojjanasrirat (2011) mengidentifikasi tujuh langkah proses translasi, adaptasi, dan validasi psikometri instrumen, yaitu:

a. Terjemahan instrumen asli ke dalam bahasa target (*Forward translation or one-way translation*)

Instrumen dalam bahasa sumber (asli) diteruskan diterjemahkan ke TL (*target language*) oleh setidaknya dua

penerjemah independen, sebaiknya yang bersertifikat, yang bahasa ibunya adalah TL yang diinginkan dari instrumen tersebut. Penerjemah harus bilingual (mis. Fasih dalam sumber dan TL yang diinginkan dari instrumen) dan lebih disukai bikultural (yaitu memiliki pengalaman mendalam dalam budaya sumber dan TL yang diinginkan dari instrumen). Selain itu, kedua penerjemah tersebut harus memiliki latar belakang yang berbeda. Penerjemah pertama harus memiliki pengetahuan tentang terminologi perawatan kesehatan dan area konten dari konstruk instrumen dalam TL yang diinginkan. Penerjemah kedua harus terbiasa dengan frasa sehari-hari, bahasa gaul dan jargon perawatan kesehatan, ekspresi idiomatik, dan istilah emosional yang umum digunakan dalam TL yang diinginkan. Penerjemah kedua tidak harus memiliki pengetahuan tentang terminologi medis dan/atau konstruksi instrumen. Pada tahap ini dihasilkan 2 set terjemahan (Fitri et al., 2019).

Jika sumber daya tersedia, terjemahan juga dapat dilakukan oleh dua tim penerjemah independen (setiap tim penerjemah harus memiliki karakteristik yang sama dengan dua penerjemah independen yang dijelaskan di atas), yang dapat menghasilkan terjemahan berkualitas lebih tinggi dengan meminimalkan pengenalan keanehan pribadi ketika menggunakan hanya dua penerjemah independen.

Poin-poin penting

- 1) Instrumen dalam SL (*source language*) → diterjemahkan ke TL (TL1 dan TL2) untuk menghasilkan dua versi instrumen yang diterjemahkan ke depan.
- 2) Gunakan dua penerjemah bilingual dan bikultural yang bahasa ibunya adalah TL yang diinginkan, tetapi memiliki latar belakang berbeda:
 - a) Satu penerjemah harus memiliki pengetahuan tentang terminologi kesehatan dan area konten dari konstruk instrumen dalam TL.

- b) Penerjemah lain harus memiliki pengetahuan tentang nuansa budaya dan bahasa dari TL.
- 3) Dua tim penerjemah independen juga dapat digunakan (setiap tim penerjemah harus memiliki karakteristik yang sama dari dua penerjemah independen).
- b. Perbandingan dua versi terjemahan dari instrumen (TL1 and TL2):
Sintesis I

Instruksi, item dan format respon dari dua versi *forward-translated* dari instrumen (TL1 dan TL2) dan baik TL1 dan TL2 dengan versi asli dari instrumen dalam SL awalnya dibandingkan dengan bilingual ketiga dan lebih disukai penerjemah independen bikultural mengenai ambiguitas dan ketidaksesuaian kata, kalimat dan makna. Setiap ambiguitas dan ketidaksesuaian harus didiskusikan dan diselesaikan dengan menggunakan pendekatan komite. Konsensus harus dicapai dengan partisipasi penerjemah ketiga, dua penerjemah dari Langkah 1, dan penyelidik dan/atau anggota tim peneliti lainnya. Proses ini akan menghasilkan versi *preliminary initial* (terjemahan awal) dari instrumen di TL (PI-TL).

Poin-poin penting

- 1) Gunakan penerjemah independen ketiga untuk membandingkan TL1 dan TL2, dan untuk membandingkan TL1 dan TL2 dengan versi SL dari instrumen.
- 2) Gunakan pendekatan komite (individu atau penerjemah independen ketiga, penerjemah yang berpartisipasi dalam Langkah 1, dan penyelidik dan/atau anggota tim peneliti lainnya) untuk menyelesaikan ambiguitas dan ketidaksesuaian dan mendapatkan PI-TL.
- c. *Blind back-translation (Blind backward translation or blind double translation)* dari versi terjemahan *preliminary initial* instrumen

PI-TL diterjemahkan kembali ke dalam SL oleh dua penerjemah independen lainnya dengan kualifikasi dan karakteristik yang sama yang dijelaskan di atas pada Langkah 1. Untuk langkah ini,

bahasa ibu penerjemah harus SL dari instrumen asli, dan mereka harus benar-benar buta ke versi asli instrumen (mereka belum pernah melihat versi asli instrumen). Mereka akan menghasilkan dua versi instrumen yang diterjemahkan kembali. Sekali lagi, penerjemah pertama harus memiliki pengetahuan tentang terminologi perawatan kesehatan dan area konten dari konstruk instrumen dalam SL, tetapi tidak ada pengetahuan sebelumnya tentang instrumen yang diterjemahkan kembali. Penerjemah kedua harus terbiasa dengan frasa sehari-hari, bahasa gaul dan jargon perawatan kesehatan, ekspresi idiomatik, dan istilah emosional yang sama di SL. Penerjemah kedua tidak boleh memiliki pengetahuan tentang terminologi medis dan/atau konstruksi dari instrumen dan tidak memiliki pengetahuan sebelumnya tentang instrumen yang akan diterjemahkan kembali.

Jika sumber daya tersedia, terjemahan balik juga dapat dilakukan oleh dua tim penerjemah, yang dapat menghasilkan terjemahan balik berkualitas lebih tinggi dengan meminimalkan pengenalan keistimewaan pribadi ketika hanya menggunakan satu penerjemah balik independen untuk menghasilkan masing-masing versi awal instrumen yang diterjemahkan kembali. Proses ini akan menghasilkan dua versi *back-translated* instrumen dalam SL aslinya (B-TL1 dan B-TL2). Langkah ini memungkinkan klarifikasi kata dan kalimat yang digunakan dalam terjemahan. Seperti dicatat di Langkah 1, memilih penerjemah yang berkualifikasi baik adalah kunci untuk terjemahan latar berkualitas tinggi.

Poin-poin penting

- 1) PI-TL → Diterjemahkan kembali ke SL (B-TL1 dan B-TL2) untuk menghasilkan dua versi yang diterjemahkan kembali.
- 2) Gunakan dua penerjemah bilingual dan bikultural yang bahasa ibunya adalah SL, tetapi memiliki latar belakang yang berbeda:
 - a) Seorang penerjemah harus memiliki pengetahuan tentang terminologi kesehatan dan area konten dari konstruksi instrumen di SL.

- b) Penerjemah lain harus memiliki pengetahuan tentang nuansa budaya dan bahasa dari SL.
- 3) Dua tim penerjemah independen juga dapat digunakan (masing-masing tim penerjemah harus memiliki karakteristik yang sama dari dua penerjemah independen individu).
- d. Perbandingan dua versi instrumen *back-translated* (B-TL1 dan B-TL2): Sintesis II

Awalnya, instruksi, item dan format respon dari dua terjemahan balik (B-TL1 dan B-TL2) dibandingkan oleh komite multidisiplin dengan instruksi, item dan format respon dari instrumen asli dalam SL mengenai format, kata-kata, dan struktur tata bahasa kalimat, kesamaan makna, dan relevansi. Sangat disarankan bahwa komite harus menyertakan setidaknya satu ahli metodologi (yang dapat menjadi penyelidik dan/atau anggota tim peneliti), satu profesional perawatan kesehatan yang akrab dengan bidang isi dari konstruksi instrumen, dan semua empat penerjemah dwibahasa dan bikultural terlibat dalam Langkah 1 (terjemahan maju instrumen ke TL) dan Langkah 3 (terjemahan balik instrumen dari TL ke dalam SL). Juga disarankan agar pengembang instrumen asli dalam SL berpartisipasi dan memberikan wawasan tentang konstruksi instrumen dan mengklarifikasi pertanyaan yang mungkin muncul. Memiliki setidaknya satu anggota komite monolingual yang bahasa ibunya adalah TL dari instrumen akan meningkatkan kualitas versi pra-final dari instrumen yang diterjemahkan. Setiap ambiguitas dan ketidaksesuaian mengenai makna budaya dan bahasa sehari-hari atau idiom dalam kata-kata dan kalimat instruksi, item, dan format tanggapan antara dua terjemahan-balik (B-TL1 dan B-TL2) dan antara masing-masing dari dua terjemahan-balik (B-TL1 dan B-TL2) dan instrumen asli di SL dibahas dan diselesaikan melalui konsensus di antara anggota komite untuk mendapatkan versi pra-final dari instrumen di TL (P-FTL).

Jika ketidaksesuaian tidak dapat diselesaikan, mungkin perlu dilakukan ulang Langkah 1 meskipun 4: dua penerjemah bilingual dan bikultural independen lainnya harus digunakan untuk menerjemahkan instrumen asli (SL) lagi untuk menghasilkan dua terjemahan, dan dua penerjemah bilingual dan bikultural independen lainnya harus digunakan untuk menerjemahkan kembali versi terjemahan dari instrumen (TL) mengikuti prosedur yang sama yang dijelaskan di atas (dikenal sebagai pendekatan pengulangan). Sebagai alternatif, hanya item yang tidak memiliki arti aslinya yang diterjemahkan ulang (*re-translated*) dan diterjemahkan kembali (*back-translated*). Evaluasi dari versi terjemahan dan versi *back-translated* mengikuti proses validasi yang sama seperti yang dijelaskan di atas. Proses ini diulangi sampai tidak ada ambiguitas atau perbedaan.

Pendekatan metodologis dari Langkah 4 ini akan menetapkan konseptual awal, semantik dan kesetaraan konten P-FTL. Kesetaraan konseptual mengacu pada sejauh mana konsep item instrumen ada di budaya sumber dan target. Kesetaraan semantik mengacu pada struktur kalimat, kolokialisme atau idiom yang memastikan bahwa makna teks atau gagasan dari item instrumen dalam SL ada dalam TL. Akhirnya, kesetaraan konten mengacu pada relevansi dan ketepatan teks atau ide dari item instrumen di setiap budaya. Peran komite adalah untuk mengevaluasi, merevisi dan mengkonsolidasikan instruksi, item dan format respon dari instrumen yang diterjemahkan kembali yang memiliki kesetaraan konseptual, semantik dan konten dan untuk mengembangkan P-FTL untuk pengujian pilot dan psikometri.

Poin-poin penting

- 1) Perbandingan antara dua terjemahan balik (B-TL1 dan B-TL2) dari instrumen, dan antara BTL1 dan B-TL2 dan instrumen SL asli:
 - a) Mengevaluasi kesamaan instruksi, item dan format respon mengenai susunan kata, struktur kalimat, arti dan relevansi.

- 2) Gunakan komite multidisiplin:
 - a) Seorang ahli metodologi (peneliti atau anggota tim peneliti).
 - b) Seorang profesional perawatan kesehatan.
 - c) Keempat penerjemah bilingual dan bikultural yang digunakan dalam Langkah 1 dan Langkah 3: dua penerjemah yang bahasa ibunya merupakan TL yang diinginkan dari instrumen dan dua penerjemah yang bahasa ibunya adalah SL dari instrumen asli.
 - 3) Jika memungkinkan, pengembang instrumen asli harus berpartisipasi dalam diskusi.
 - 4) Jika ambiguitas dan ketidaksesuaian tidak dapat diselesaikan, Langkah 1 hingga 4 dapat diulangi sebanyak yang diperlukan. Sebagai alternatif, hanya item yang tidak memiliki arti aslinya yang diterjemahkan ulang dan diterjemahkan kembali.
- e. *Pilot testing* versi pra-final instrumen dalam bahasa target dengan sampel satu bahasa: pembekalan kognitif

P-FTL adalah uji coba di antara peserta yang bahasanya adalah TL instrumen untuk mengevaluasi instruksi, format tanggapan dan item instrumen untuk kejelasan. Peserta harus direkrut dari populasi target di mana instrumen akan digunakan (misalnya jika instrumen mengukur perawatan diri di antara individu dengan diabetes tipe 2, maka sampel harus terdiri dari individu dengan diabetes tipe 2). Ukuran sampel yang direkomendasikan adalah 10–40 individu menurut Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000); Sousa, V. D., Hartman, S. W., Miller, E. H. & Carroll, M. A. (2009) dalam Sousa & Rojjanasrirat (2011). Setiap peserta diminta untuk menilai instruksi dan item skala menggunakan skala dikotomis (jelas atau tidak jelas). Peserta yang menilai instruksi, format respons, atau item apa pun dari instrumen tidak jelas diminta untuk memberikan saran tentang cara menulis ulang pernyataan agar bahasanya lebih jelas. Instruksi, format respon dan item dari instrumen yang ditemukan tidak jelas oleh setidaknya 20% dari sampel harus dievaluasi ulang

menurut Topf, M. (1986) dalam Sousa & Rojjanasrirat (2011). Oleh karena itu, perjanjian antar penilai minimum di antara sampel adalah 80%. Langkah ini digunakan untuk lebih mendukung konseptual, semantik dan kesetaraan konten dari instrumen yang diterjemahkan dan lebih meningkatkan struktur kalimat yang digunakan dalam instruksi dan item P-FTL agar mudah dipahami oleh populasi target sebelum pengujian psikometri.

Untuk lebih menentukan konseptual dan kesetaraan konten item P-FTL, penggunaan panel ahli, sangat direkomendasikan. Instruksi, format respon dan item instrumen dievaluasi untuk kesetaraan konseptual (kejelasan) oleh 6 hingga 10 anggota panel ahli (Lynn, M. R. (1986); Waltz, C. F., Strickland, O. L. & Lenz, E. R. (2005)) yang memiliki pengetahuan tentang bidang konten dari konstruk instrumen dan populasi target di mana instrumen akan digunakan dan bahasa ibu yang merupakan TL dari instrumen. Jika memungkinkan, sebuah komite yang lebih baik terdiri dari 10 anggota (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Setiap anggota komite yang menilai instruksi, format respons, atau item instrumen apa pun yang tidak jelas diminta untuk memberikan saran tentang cara menulis ulang pernyataan dan membuat bahasa lebih jelas. Instruksi, format respons dan item instrumen yang ditemukan tidak jelas oleh setidaknya 20% dari anggota komite harus direvisi dan dievaluasi kembali berdasarkan Topf, M. (1986) dalam Sousa & Rojjanasrirat (2011). Kesepakatan antar penilai minimum di antara panel ahli adalah 80%). Proses ini selanjutnya akan menentukan kesetaraan konseptual dari instrumen yang diterjemahkan.

Panel ahli kemudian diminta untuk mengevaluasi setiap item dari instrumen untuk kesetaraan konten (*content-related validity [relevance]*) menggunakan skala berikut: 1 = tidak relevan; 2 = tidak dapat menilai relevansi; 3 = relevan tetapi membutuhkan sedikit perubahan; 4 = sangat relevan dan ringkas. Item yang diklasifikasikan sebagai 1 (tidak relevan) atau 2 (tidak dapat menilai relevansi) harus

direvisi (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Indeks validitas konten pada tingkat item (I-CVI) dan pada tingkat skala (S-CVI) harus dihitung. Ada tiga metode untuk menghitung S-CVI, tetapi metode penghitungan rata-rata (S-CVA/Ave) lebih disukai menurut Polit & Beck (2006) dalam Sousa & Rojjanasrirat (2011). Menggunakan 10 pakar, I-CVI 0,78 atau lebih (Lynn, M. R., 1986) dan S-CVA/Ave 0,90 atau lebih (Waltz, C. F., Strickland, O. L. & Lenz, E. R., 2005) adalah indeks minimum yang dapat diterima. Item-item yang tidak mencapai indeks minimum yang dapat diterima direvisi dan dievaluasi kembali. Indeks validitas konten baru dihitung. Proses berlanjut sampai indeks validitas terkait konten atau kesetaraan konten yang dapat diterima tercapai. Juga direkomendasikan bahwa koefisien Kappa kesepakatan ditentukan untuk meningkatkan kepercayaan dalam *content validity* instrumen menurut Wynd, C. A., Schmidt, B. & Schaefer, M. A. (2003) dalam Sousa & Rojjanasrirat (2011). Kappa 0,60 umumnya merupakan koefisien minimum yang dapat diterima untuk menentukan kesepakatan yang baik (Streiner & Norman, 2008). Tujuan dari Langkah 5 adalah untuk terus mengembangkan P-FTL untuk uji pralapanan untuk pengujian awal dan/atau psikometri penuh.

Poin-poin penting

- 1) Uji percontohan P-FTL di antara individu yang bahasanya adalah TL instrumen:
 - a) Evaluasi instruksi, item dan kejelasan format respon.
 - b) Gunakan ukuran sampel 10–40 peserta.
- 2) Sangat disarankan untuk menggunakan panel ahli untuk memeriksa instrumen lebih lanjut untuk:
 - a) Kejelasan instruksi, item dan format respon.
 - b) Kesetaraan konten (*content-related validity*) menggunakan koefisien kesepakatan I-CVI, S-CVI/Ave dan Kappa.
 - c) Gunakan sampel yang terdiri dari 6-10 pakar (10 pakar lebih disukai).

- f. Pengujian psikometri pendahuluan (*Preliminary psychometric testing*) dari versi pre-final dari instrumen terjemahan dengan sampel dwibahasa

Langkah ini jarang digunakan; namun, jika populasi dwibahasa dapat diakses, disarankan agar instrumen diuji terlebih dahulu di antara individu dwibahasa (fasih dalam SL dari instrumen asli dan TL instrumen yang diterjemahkan). Jika ini tidak memungkinkan, lewati langkah ini dan lanjutkan ke Langkah 7. Idealnya, sampel dwibahasa harus berasal dari populasi target di mana instrumen akan digunakan (mis. Individu dewasa dengan diabetes tipe 2, wanita Afrika-Amerika dengan gagal jantung). Namun, dalam banyak kasus, ini mungkin sulit dan tidak realistis; dengan demikian alternatif lain dapat digunakan seperti pengambilan sampel mahasiswa dan fakultas dwibahasa atau pekerja di biro perjalanan, agen penukaran mata uang, perusahaan perdagangan internasional, kedutaan dan konsulat, dan sekolah bahasa.

Awalnya, peserta diberikan P-FTL dan diminta jawab itemnya. Para peserta menanggapi item P-FTL tanpa melihat instrumen asli di SL. Setelah selesai P-FTL, peserta diberikan instrumen asli SL dan diminta menjawab soal. Mereka dapat mengisi kuesioner demografis dan/atau instrumen minat lainnya. Urutan item dari instrumen asli harus dicampur dengan urutan yang berbeda dari item P-FTL. Tanggapan pada kedua versi instrumen kemudian dibandingkan (yaitu interpretasi skor sama di kedua budaya) untuk menetapkan kesetaraan kriteria (jenis validitas konstruk). Analisis statistik yang digunakan untuk tujuan perbandingan dapat terdiri dari statistik deskriptif, koefisien korelasi, dan *paired t-test or one-way ANOVA*. Skala dan analisis item juga digunakan untuk menetapkan sifat psikometrik awal awal instrumen (*internal consistency reliability*) dan untuk membandingkan properti P-FTL dengan SL instrumen asli. Jika tujuan instrumen berfungsi sebagai pengujian diagnostik atau skrining, disarankan untuk melakukan perhitungan awal sensitivitas

dan spesifisitas. Langkah 6 ini juga menentukan ekuivalensi teknis awal (metode penilaian) dan berguna untuk mendukung validitas konseptual, semantik, isi dan konstruk P-FTL sebelum melakukan pengujian lapangan psikometri penuh.

Poin-poin penting

- 1) Bila memungkinkan, uji coba P-FTL di antara individu bilingual untuk:
 - a) Bandingkan P-FTL dan instrumen SL di SL.
 - b) Menetapkan kesetaraan kriteria dan selanjutnya mendukung konseptual, semantik, konten, dan membangun kesetaraan P-FTL.
 - 2) Gunakan setidaknya lima subjek per item instrumen.
 - 3) Subjek menyelesaikan P-FTL terlebih dahulu tanpa melihat instrumen asli di SL.
 - 4) Subjek menyelesaikan instrumen asli di SL di mana item telah dicampur dalam urutan berbeda dari P-FTL.
- g. *Full psychometric testing* versi pra-final dari instrumen yang diterjemahkan dalam sampel populasi target

Langkah terakhir ini digunakan untuk menetapkan properti psikometrik penuh awal dari instrumen yang baru diterjemahkan, diadaptasi dan divalidasi silang dengan sampel populasi target yang diminati. Besarnya sampel untuk langkah ini tergantung pada jenis pendekatan psikometri yang akan digunakan. Pendekatan psikometri yang lebih lengkap untuk evaluasi dari instrumen yang diterjemahkan semakin percaya diri akan dihasilkan dalam keandalan dan validitasnya. Secara umum, sesuai aturan praktis, sangat disarankan untuk menggunakan setidaknya 10 subjek per item dari skala instrumen dan analisis item dan analisis faktor eksplorasi (*exploratory factor analysis*) (Nunnally & Bernstein, 1994; Hair Jr et al., 2019; Stevens, 2002). Dalam beberapa sumber lain disarankan setidaknya 5 subjek untuk setiap item dalam instrumen (Hariati et al., 2020; Gorsuch, 2015; dan Hair Jr et al., 2019). Analisis daya berdasarkan

jumlah derajat kebebasan, tingkat alfa (0,05 atau 0,01), dan daya yang diinginkan (80% atau lebih) juga dapat dihitung (Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

Pendekatan psikometri yang paling direkomendasikan dan umum digunakan pada langkah ini adalah perkiraan dari: (1) *internal consistency reliability* (atau sensitivitas dan spesifisitas); (2) *stability reliability (test–retest reliability)*; (3) homogenitas; (4) *construct-related validity* seperti validitas konvergen dan/atau divergen (diskriminan); (5) *criterion-related validity* seperti validitas konkuren dan/atau prediktif; (6) struktur faktor instrumen (*dimensionality*); dan (7) model fit. Meskipun, bukan tujuan dari pedoman yang mudah digunakan ini untuk menggambarkan banyak pendekatan statistik yang dapat digunakan pada Langkah 7, pendekatan statistik yang paling umum adalah analisis skala dan item, *Pearson's correlation analysis*, *exploratory factor analysis* dan *confirmatory factor analysis*. Tujuan dari Langkah 7 adalah untuk merevisi dan menyempurnakan item P-FTL yang diperlukan untuk mendapatkan FTL akhir secara psikometri yang terdiri dari perkiraan *reliability*, *homogeneity*, dan *validity* yang memadai dan dengan struktur faktor yang stabil dan/atau kesesuaian model.

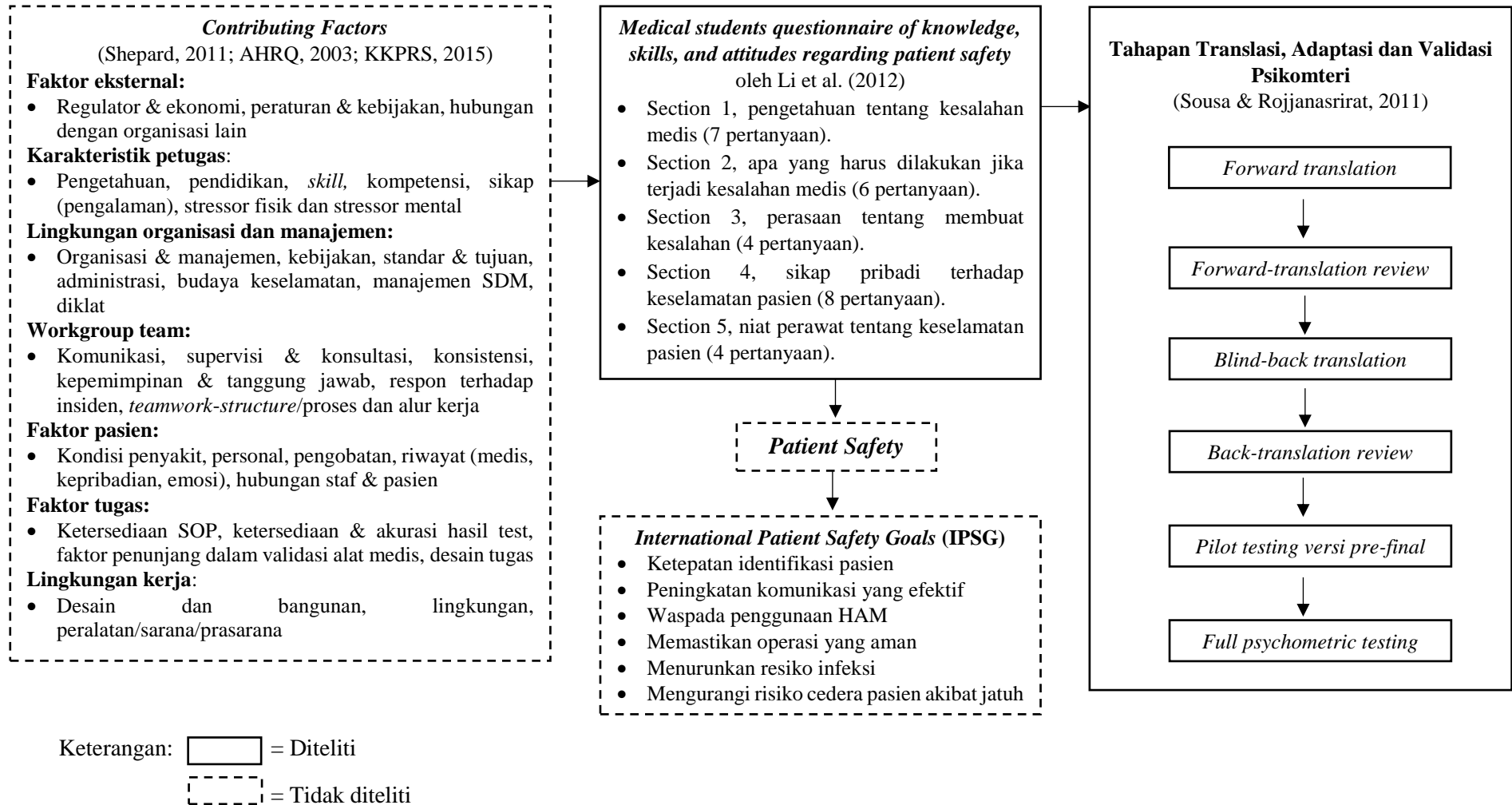
Poin-poin penting

- 1) Pengujian psikometri penuh P-FTL di antara individu-individu dari populasi target ke:
 - a) Merevisi dan menyempurnakan item dari versi final instrumen di TL.
 - b) Menetapkan *internal consistency reliability* (atau sensitivitas dan spesifisitas), *stability reliability*, *homogeneity*, *construct-related validity*, *criterion-related validity*, *factor structure* dan model fit instrumen.
- 2) Gunakan setidaknya 10 subjek per item instrumen untuk pendekatan psikometri umum (*scale and item analysis*, *Pearson's correlations* dan *exploratory factor analysis*).

- 3) Gunakan 300–500 subjek untuk *confirmatory factor analysis* atau lakukan analisis daya.

Terdapat beberapa referensi yang dapat digunakan untuk melakukan tahapan translasi dan adaptasi instrumen, tiga diantaranya telah dibahas dalam tinjauan literatur ini yaitu Sousa & Rojjanasrirat (2011), Assaqaf (2016) dan WHO (2020). Translasi, adaptasi, serta pengujian psikometri penelitian ini mengikuti prosedur dan tahapan yang dijelaskan oleh Sousa & Rojjanasrirat (2011) yang juga telah diikuti oleh studi Hariati et al. (2020).

C. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori