

DISERTASI

**PEMBERDAYAAN PASIEN DAN KELUARGA MENGGUNAKAN
BUKU SAKU DALAM PROGRAM KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT PEMERINTAH PROVINSI DAN
KABUPATEN/KOTA DI KALIMANTAN TIMUR**

*EMPOWERING PATIENTS AND FAMILIES USING POCKET
BOOKS IN PATIENT SAFETY PROGRAMS AT PROVINCIAL
AND DISTRICT/CITY GOVERNMENT HOSPITALS
IN EAST KALIMANTAN*

HILDA



**PROGRAM STUDI DOKTORAL
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

**PEMBERDAYAAN PASIEN DAN KELUARGA MENGGUNAKAN
BUKU SAKU DALAM PROGRAM KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT PEMERINTAH PROVINSI DAN
KABUPATEN/KOTA DI KALIMANTAN TIMUR**

Disertasi

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Doktor

Program Studi

Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

HILDA

K013201005

Kepada

**PROGRAM STUDI DOKTORAL
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

DISERTASI

**PEMBERDAYAAN PASIEN DAN KELUARGA MENGGUNAKAN BUKU SAKU
DALAM PROGRAM KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT PEMERINTAH
PROVINSI DAN KABUPATEN / KOTA DI KALIMANTAN TIMUR**

NAMA : HILDA

NIM : K013201005

telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian Doktor pada tanggal Dua Puluh Enam
bulan Januari tahun Dua Ribu Dua Puluh Empat dan dinyatakan telah
memenuhi syarat kelulusan

pada

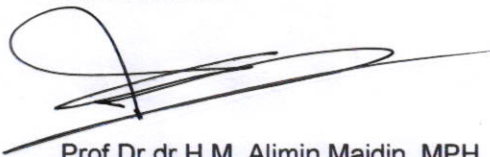
Program Studi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin
Makassar

Mengesahkan:

Promotor

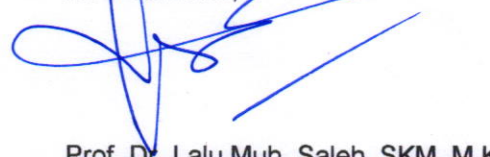
Prof. Yahya Thamrin, SKM., M.Kes., MOHS., Ph.D
NIP. 19760218 200212 1 003

Ko-Promotor



Prof. Dr. dr. H.M. Alimin Maidin, MPH.
NIP. 19550414 198601 1 001

Ko-Promotor,



Prof. Dr. Lalu Muh. Saleh, SKM., M.Kes.
NIP. 19790816 200501 1 005

Ketua Program Studi S3
Ilmu Kesehatan Masyarakat,



Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed
Nip. 19670617 199903 1 001

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,



Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
Nip. 19720529 200112 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Dengan ini saya menyatakan bahwa, disertasi berjudul “Pemberdayaan Pasien dan Keluarga Menggunakan Buku Saku dalam Program Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota di Kalimantan Timur” adalah benar karya saya dengan arahan dari komisi pembimbing (Prof. Yahya Thamrin, SKM.,M.Kes.,MOHS.,PhD, sebagai Promotor, Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH sebagai ko-Promotor serta Prof. Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM., M.Kes sebagai ko-Promotor 2). Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam daftar pustaka disertasi ini. Sebagian dari isi disertasi ini telah dipublikasikan di Jurnal Chelonian Conservation And Biology, volume 18, No. 2 (2023) halaman 1651-1663, DOI: doi.org/10.18011/2023.12(2), sebagai artikel dengan judul “The Role Of Effective Communication And Patient Involvement In Improving The Quality Of Care During The Covid 19 Pandemic” dan di Journal of Pharmaceutical Negative Results, volume 13, halaman 1740-1748, issue 4, (2022), DOI:10.47750/pnr.2022.13.04.239, sebagai artikel dengan judul “Empowerment of Patients and Their Family in Improving the Patient Incident and Safety Reporting in Hospital”

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta dari karya tulis saya berupa disertasi ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, Januari 2024



Hilda

Nilvi K0132201005

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas Berkah dan Rahmat Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan naskah disertasi dengan judul “Pemberdayaan Pasien dan Keluarga Menggunakan Buku Saku dalam Program Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota di Kalimantan Timur”. Naskah ini di susun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Doktor pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis menyadari bahwa naskah ini dapat diselesaikan berkat dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis menyampaikan terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan setinggi-tingginya kepada Prof. Yahya Thamrin, SKM.,M.Kes.,MOHS.,PhD, selaku Promotor yang penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan motivasi, bimbingan dan saran dalam penyusunan naskah disertasi ini, selanjutnya kepada Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH selaku Ko-Promotor 1, dan kepada Prof. Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM., M.Kes, selaku Ko-Promotor 2, atas bimbingan, masukan dan motivasi yang diberikan selama penyusunan naskah disertasi ini. Ucapan terimah kasih juga disampaikan kepada :

1. Prof Dr. Jamaluddin Jompa, selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Doktoral Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Prof. Sukri Palluturi, SKM.,M.Kes.,M.Sc.PH.,Ph.D., Selaku Dekan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes.,M.Med.ED., Selaku Ketua Program Studi Doktoral (S3) Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Dewan Penilai: Dr. Djazuli Chalidyanto, SKM., M.ARS; Prof. Dr. dr. Hj. A. Indahwaty Sidin, MHSM; Prof. Dr. dr. H. Muh Syafar, MS; Prof. Dr. Anwar Daud, SKM., M.Kes, yang telah memberikan banyak koreksi, saran dan kritikan yang sangat bermanfaat bagi pelaksanaan penelitian dan bagi kesempurnaan penulisan maupun penyusunan disertasi ini.
5. Semua dosen pada Program S3 (Doktoral) Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

6. Seluruh staf tendik FKM UNHAS yang telah banyak membantu segala proses administrasi, terutama bu Chia dan bu Irma, terimakasih banyak atas kerjasama dan pelayanan yang diberikan.
7. Direktur dan civitas akademika Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur, terimakasih atas dukungan dan motivasi selama penulis melanjutkan pendidikan ini.
8. Direktur RSUD AW Sjahranie Samarinda, Direktur RSUD Kanujoso Djiatwibowo Balikpapan, Direktur RSUD IA Moeis Samarinda dan Direktur RSUD Aji Muhammad Parikesit kabupaten Kutai Kertanegara beserta seluruh jajaran yang telah memberikan izin penelitian. Juga kepada para partisipan, responden yang dengan hati terbuka bersedia terlibat dalam penelitian ini.
9. Teman-teman mahasiswa Program S3 Kesehatan Masyarakat baik kelas Reguler maupun kelas kerjasama Kaltim Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
10. Teristimewa kepada orang-orang yang sangat saya sayangi dan cintai yaitu Ibu saya Hj. Rohana, suami Dr. dr. Rahmat Bakhtiar., MPPM., FISPH, FISCM, serta anak-anak kami Khalilurrahman Samsi Tarihoran.,ST, Nurhasan Tarihoran; Fayyadh Gifary Tarihoran, Taufiqurrahman Tarihoran, serta saudara saudari saya Ir. Hilma, Shafwan SH, Shafrial, Amd, Hilfa Hizriati, SE, M.Si, Sri Hidayati, SP, Shafriadi, ST. Terimakasih atas segala pengorbanan dan kesabaran serta dukungan yang sangat luar biasa. Do'a – do'a yang kalian panjatkan dan tidak pernah putus senantiasa mengiringi langkah saya, sehingga saya mampu melalui perjalanan berat ini. Disertasi ini juga saya persembahkan kepada almarhum abah tercinta H. Burhanuddin yang semasa hidupnya selalu memberi do'a dan semangat serta berharap agar kami bisa menambahkan nama kami yang singkat dengan gelar-gelar akademik yang diperoleh.
11. Kepada semua pihak yang telah memberikan dorongan dan masukan yang tidak dapat disebutkan satu persatu demi penyempurnaan naskah disertasi ini.

Makassar, Desember 2023

Penulis

ABSTRAK

HILDA. Pemberdayaan Pasien dan Keluarga Menggunakan Buku Saku dalam Program Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota di Kalimantan Timur (dibimbing oleh Yahya Thamrin, Alimin Maidin, dan Lalu Muhammad Saleh)

Latar belakang. Sampai saat ini keselamatan pasien merupakan tanggungjawab mutlak petugas kesehatan di Rumah Sakit, meskipun pasien dan keluarganya dapat diberdayakan, namun hal ini relatif belum dieksplorasi. **Tujuan** untuk menemukan intervensi pemberdayaan pasien dan keluarga dalam program keselamatan pasien di rumah sakit. **Metode.** Sebuah penelitian mixed methode dengan strategi eksploratoris sekuensial. Informan pada penelitian kualitatif berjumlah 18 orang, yang terdiri dari pengambil kebijakan, petugas kesehatan, pasien dan keluarga pasien. Semua data diolah secara tematik dalam software NVivo 12 Plus. Pada penelitian kuantitatif, dilakukan penelitian quasi eksperimen dengan pre-posttest desain yang bertujuan untuk menguji efektivitas buku saku terhadap faktor-faktor pemberdayaan pasien dan keluarga yang di eksplora pada penelitian kualitatif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang berjumlah masing-masing 92 responden. Data dianalisis menggunakan uji Friedman. **Hasil.** Hasil penelitian kualitatif mengidentifikasi 22 indikator yang dirangkum menjadi tujuh tema pemberdayaan yaitu dukungan manajemen, dukungan petugas kesehatan, pengetahuan, manajemen diri, pengambilan keputusan, kontrol diri dan efikasi diri. Ada kebutuhan media dan materi edukasi sebagai intervensi pemberdayaan pasien dan keluarga berupa buku saku dan terbukti meningkatkan efikasi diri ($p=0,001$), manajemen diri ($p=0,001$), kontrol diri ($p=0,001$) dan pengambilan keputusan ($p=0,001$). Efikasi diri merupakan komponen pemberdayaan dengan nilai mean paling tinggi yaitu $18,43 \pm 1,17$. Disisi lain, efikasi diri yang baik pada suku Dayak berkaitan dengan **Ritual Bapayat** yang meningkatkan kemandirian pasien, namun perlu edukasi karena berisiko menyebabkan insiden. **Kesimpulan.** Edukasi menggunakan buku saku dapat meningkatkan efikasi diri, manajemen diri, pengetahuan, kontrol diri dan pengambilan keputusan. Kepada pihak Rumah Sakit agar membuat kebijakan akademik terkait pemberdayaan pasien dan keluarga dan membuat tools untuk mengukur peran pasien dalam sasaran keselamatan pasien.

Kata kunci: Pemberdayaan pasien dan keluarga, Keselamatan pasien, Buku saku, Ritual Bapayat.



ABSTRACT

HILDA. Patient and Family Empowerment Intervention Using Pocket Books in the Patient Safety Program at the East Kalimantan Provincial And District/City Government Hospital (supervised by Yahya Thamrin, Alimin Maidin, and Lalu Muhammad Saleh)

Background. As of right now, hospital staff bear sole duty for ensuring patient safety; while patients and their families may have some influence, this has not received much attention. **Aim.** This study is to identify patient and family empowerment initiatives in hospital patient safety programs. **Method.** A mixed method study with a sequential exploratory strategy. The informants in the qualitative research amounted to 18 people, consisting of policy makers, health workers, patients and patients' families as well as Dayak tribal leaders. All data is processed thematically in NVivo 12 Plus software. In quantitative research, quasi-experimental research was conducted with pre-posttest design which aimed to test the effectiveness of pocketbooks on patient and family empowerment factors explored in qualitative research in the intervention group and control group totaling 92 respondents each. The data were analyzed using the Friedman test. **Results.** The results of qualitative research identified 22 indicators summarized into seven empowerment themes, namely management support, health worker support, knowledge, self-management, decision making, self-control and self-efficacy. There is a need for media and educational materials as interventions for patient and family empowerment in the form of pocketbooks and proven to improve self-efficacy ($p = 0.001$), self-management ($p = 0.001$), self-control ($p = 0.001$) and decision making ($p = 0.001$). Self-efficacy is the empowerment component with the highest mean value of 18.43 ± 1.17 . On the other hand, good self-efficacy in the Dayak tribe is related to the **Bapayat Ritual** which increases patient independence, but education is needed because of the risk of causing incidents. **Conclusion.** Education using pocketbooks can improve self-efficacy, self-management, knowledge, self-control and decision-making To the hospital to make academic policies related to patient and family empowerment and create tools to measure the role of patients in patient safety goals.

Keywords: Empowerment of patients and families, patient safety, Pocket book, Bapayat Ritual



DAFTAR ISI

HALAMAN PENGAJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI..	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	16
1.1. Latar Belakang	16
1.2. Rumusan Masalah	8
1.3. Tujuan Penelitian.....	8
1.3.1. Tujuan Umum.....	8
1.3.2. Tujuan Khusus	9
1.4. Kegunaan Penelitian	9
1.4.1. Bagi Rumah Saki	9
1.4.2. Bagi Pasien dan Keluarga	10
1.4.3. Bagi Keilmuan.....	10
1.5. Ruang Lingkup Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1. Konsep Keselamatan Pasien.....	11
2.2. Insiden keselamatan pasien	11
2.2.1. Jenis-jenis Insiden Keselamatan Pasien.....	12
2.2.2. Faktor-faktor penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien	13
2.2.3. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	15
2.2.4. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap insiden yang diidentifikasi oleh pasien.	17
2.3. Mengukur Keselamatan Menurut Persepsi Pasien.....	20
2.4. Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit	22
2.4.1. Hak - Hak Pasien	23
2.4.2. Mendidik Pasien dan Keluarga.....	24
2.4.3. <i>Patient Centre Care</i> (PCC).....	25

2.5. Konsep Pemberdayaan Pasien dan Keluarga	26
2.5.1. Sejarah Pemberdayaan Pasien.....	26
2.5.2. Definisi Pemberdayaan Pasien dan Keluarga	26
2.5.3. Dimensi Pemberdayaan Pasien	29
2.5.4. Peran Pasien dalam Keselamatan Pasien.....	30
2.5.5. Faktor-faktor yang mempengaruhi pemberdayaan pasien dan keluarga dalam program keselamatan pasien.....	33
2.5.6. Teori – teori / Model yang mendukung pemberdayaan pasien dalam keselamatan pasien	35
2.5.7. Kesenambungan keterlibatan pasien	38
2.6. Kerangka Teori.....	43
2.7. Kerangka Konsep	44
2.8. Hipotesis.....	44
BAB III METODE PENELITIAN	46
3.1. Penelitian Tahap I : Penelitian kualitatif.....	46
3.1.1. Penentuan informan	47
3.1.2. Instrumen Penelitian	48
3.1.3. Lokasi dan waktu penelitian	48
3.1.4. Alat ukur	49
3.1.5. Teknik analisis data	50
3.1.6. Jalannya penelitian kualitatif.....	52
3.2. Penelitian Tahap II : Penelitian Kuantitatif.....	53
3.2.1. Jenis dan rancangan penelitian.....	53
3.2.2. Subjek penelitian	54
3.2.3. Lokasi dan waktu penelitian	56
3.2.4. Definisi operasional dan variabel penelitian.....	56
3.2.5. Alat ukur	59
3.2.6. Analisis data	59
3.2.7. Etika penelitian.....	59
3.2.8. Jalannya penelitian	60
3.3. Skema jalannya penelitian	62
BAB IV HASIL PENELITIAN	63
4.1 Hasil Penelitian Tahap I.....	63
4.1.1. Karakteristik informan	63

4.1.2. Pelaksanaan pemberdayaan pasien dan keluarga dalam meningkatkan pelaporan insiden dan keselamatan pasien	64
4.1.3. Faktor-faktor yang mendukung dan menghambat pemberdayaan pasien dan keluarga dalam meningkatkan keselamatan pasien	68
4.1.4. Upaya yang akan dilakukan dalam pemberdayaan pasien dan keluarga	78
4.1.5. Tema dan subtema	81
4.2. Penyusunan Buku Saku	84
4.3. Hasil Penelitian tahap II	88
4.3.1. Karakteristik responden	88
4.3.2. Pengaruh edukasi menggunakan buku saku terhadap pemberdayaan pasien dan keluarga	91
BAB V PEMBAHASAN	117
5.1. Pembahasan Hasil Penelitian Tahap I	117
5.2. Pembahasan Hasil Penelitian Tahap II	124
5.3. Novelty Penelitian	133
5.4. Implikasi Penelitian	135
5.5 Keterbatasan Penelitian	135
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	137
6.1. Kesimpulan	137
6.2. Saran	138
KEPUSTAKAAN	139

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Kerangka Faktor Kontribusi Yorkshire (YCFF)	18
Tabel 2.2. Penelitian terkait pemberdayaan pasien dan keluarga.....	37
Tabel 3.1. Definisi operasional	57
Tabel 4.1. Karakteristik informan	64
Tabel 4.2. Tema dan Subtema	82
Tabel 4.3. Matriks rancangan Buku saku	855
Tabel 4.4. Penilaian Buku saku	86
Tabel 4.5. Kategori Kelayakan Media Buku saku	86
Tabel 4.6. Penilaian terhadap Instrumen Penelitian	87
Tabel 4.7. Karakteristik responden	88
Tabel 4.8. Karakteristik berdasarkan jenis kelamin dan pendidikan	89
Tabel 4.9. Hasil uji hipotesis komperatif dukungan manajemen	91
Tabel 4.10. Hasil uji hipotesis komperatif dukungan petugas	93
Tabel 4.11. Hasil uji hipotesis komperatif pengetahuan	95
Tabel 4.12. Hasil uji hipotesis komperatif manajemen diri	97
Tabel 4.13. Hasil uji hipotesis komperatif pengambilan keputusan	98
Tabel 4.14. Hasil uji hipotesis komperatif kontrol diri	99
Tabel 4.15. Hasil uji hipotesis komperatif efikasi diri	100

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Klasifikasi insiden keselamatan pasien.....	12
Gambar 2.2 Theory “Swiss Cheese” diagram (Reason 2000).....	14
Gambar 2.3 Kerangka Faktor Kontribusi Yorkshire (YCFF)	17
Gambar 2.4 Model proses untuk konsep pemberdayaan pasien, partisipasi pasien, dan keterpusatan pasien dalam perawatan kesehatan.....	28
Gambar 2.5. Titik masuk untuk keselamatan pasien, hak dan pemberdayaan....	30
Gambar 2.6. Kerangka Teori	32
Gambar 2.7. Model penghalang dan pendukung pasien dalam memberikan feed back keselamatan (PReSaFe model dari De Brún <i>et al.</i> , 2014)	35
Gambar 2.8. Model konseptual melibatkan pasien dan keluarga dalam keselamatan pasien dalam pengaturan rawat inap.....	38
Gambar 2.9. Kesenambungan Keterlibatan Pelaksana, Manajemen dan Pengambil Kebijakan dan Faktor yang Mempengaruhinya.....	39
Gambar 2.9. Kerangka Teori Penelitian	43
Gambar 2.10. Kerangka konsep penelitian	44
Gambar 3.1. Skema jumlah selama penelitian.....	55
Gambar 3.2. Skema jalannya penelitian.....	62
Gambar 4.1. Faktor pendukung pemberdayaan pasien dan keluarga dalam meningkatkan pelaporan insiden dan keselamatan pasien	69
Gambar 4.2 Hambatan Pemberdayaan Pasien dan Keluarga dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien	73
Gambar 4.3. Bagan model intervensi pemberdayaan pasien dan keluarga	84
Gambar 4.4. Grafik perbedaan persepsi pasien terhadap dukungan manajemen	101
Gambar 4.5. Grafik perbedaan persepsi pasien terhadap dukungan petugas... ..	102
Gambar 4.6. Grafik perbedaan pengetahuan pasien	103
Gambar 4.7. Grafik perbedaan manajemen diri pasien	103
Gambar 4.8. Grafik perbedaan pengambilan keputusan	104
Gambar 4.9. Grafik perbedaan kontrol diri pasien	104
Gambar 4.10. Grafik perbedaan efikasi diri pasien.....	105
Gambar 4.11 Grafik perbedaan persepsi keluarga pasien terhadap dukungan manajemen.....	106

Gambar 4.12 Grafik perbedaan persepsi keluarga pasien terhadap dukungan petugas	107
Gambar 4.13 Grafik perbedaan pengetahuan keluarga pasien	107
Gambar 4.14 Grafik perbedaan manajemen diri keluarga pasien	108
Gambar 4.15 Grafik perbedaan pengambilan keputusan keluarga pasien	109
Gambar 4.16 Grafik perbedaan kontrol diri keluarga pasien	109
Gambar 4.17 Grafik perbedaan efikasi diri keluarga pasien	110
Gambar 5.1. Integrasi penelitian terdahulu dan temuan keunggulan penelitian	134

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Panduan wawancara	152
Lampiran 2. Kuesioner Penelitian	155
Lampiran 3. Permohonan Izin Penelitian.....	159
Lampiran 4. Permohonan Izin melakukan Uji Validasi Kuesioner	169
Lampiran 5. Lembar Penjelasan Untuk Responden	170
Lampiran 6. Formulir Persetujuan Kuesioner	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 7. Penilaian Instrumen Penelitian.....	172
Lampiran 8. Hasil Penilaian Buku saku	173
Lampiran 9. Novelty Penelitian (Buku saku)	174
Lampiran 10. Output uji statistik	195
Lampiran 11. Foto Kegiatan.....	208
Lampiran 12. Daftar Riwayat Hidup.....	210

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Meningkatnya kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dalam pelayanan kesehatan menyebabkan keselamatan pasien menjadi isu penting di banyak negara (Bashir *et al.* 2019). Menurut WHO, di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, terdapat 134 juta kejadian merugikan yang berkontribusi pada sekitar 2,6 juta kematian setiap tahun karena perawatan yang tidak aman di rumah sakit. Menurut perkiraan, biaya sosial akibat insiden keselamatan pasien bernilai US \$ 1 triliun hingga 2 triliun setahun (WHO 2020a). Insiden keselamatan dapat menyebabkan cedera dan kecacatan yang mengakibatkan hilangnya pendapatan dan produktivitas pasien dan keluarga serta peningkatan pembayaran tunjangan sosial. Schwendimann *et al.*, (2018) melaporkan bahwa 50% dari insiden sebenarnya dapat dicegah, sedangkan James (2013) melaporkan sekitar 210.000 kematian per tahun di rumah sakit dikaitkan dengan cedera yang dapat dicegah. Penelitian di beberapa negara berpenghasilan tinggi menunjukkan bahwa sejumlah besar pasien mengalami kerugian selama perawatan, baik yang mengakibatkan cedera permanen, peningkatan hari rawat di rumah sakit, atau bahkan kematian (WHO 2017).

Selain itu permasalahan keselamatan pasien di beberapa negara adalah laporan insiden keselamatan pasien masih rendah (Habibah and Dhamanti 2021; Van Heusden and Van Bogaert 2018). Di AS, diperkirakan 50% - 96% insiden

tidak dilaporkan (Archer *et al.* 2017). Di negara di Asia Tenggara, data *medical error* masih kurang berkualitas (Salmasi *et al.* 2015). Di Indonesia, tidak ada peningkatan jumlah insiden yang dilaporkan meskipun sistem pelaporan insiden sudah ada sejak tahun 1996 (Dhamanti *et al.* 2019). Pada tahun 2017, hanya 3% RS yang melaporkan, tahun 2018 meningkat menjadi 5% dan tahun 2019 meningkat menjadi 12% (Daud 2020). Pelaporan insiden yang rendah menyulitkan upaya mengidentifikasi dan memprioritaskan risiko keselamatan pasien serta menghambat pembelajaran (*lesson learning*) sehingga kasus-kasus yang sama sering berulang (Cooper 2017; Van Heusden and Van Bogaert 2018). Selain itu beberapa penelitian juga telah mengidentifikasi jumlah insiden yang dilaporkan oleh tenaga kesehatan jauh lebih rendah dibanding insiden yang dilaporkan pasien. Tingkat insiden yang dilaporkan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit berkisar antara 2,5-7,5%, sedangkan insiden yang dilaporkan pasien setelah keluar dari rumah sakit berkisar antara 19 hingga 23% (Barbara *et al.* 2016).

Kesalahan manusia dan kesalahan medis merupakan faktor utama yang berkontribusi terhadap insiden dan rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien tersebut (Sommella *et al.* 2014). Menurut Vaismoradi *et al.*, (2020), faktor yang berkontribusi terhadap insiden keselamatan pasien adalah kurangnya partisipasi pasien, pengetahuan dan sikap penyedia layanan kesehatan, kolaborasi tenaga kesehatan, peralatan dan sistem elektronik yang sesuai, pendidikan dan umpan balik, serta standarisasi proses perawatan (Vaismoradi *et al.* 2020). Selain itu terdapat juga pengaruh usia, tingkat pendidikan, pengalaman kerja, budaya kerja, motivasi dan kelelahan (Mossburg and Himmelfarb 2021; Nuari and Susanto 2020). Faktor-faktor tersebut mengakibatkan rendah budaya keselamatan pasien yang ditunjukkan oleh kurangnya keterbukaan komunikasi, respon hukuman terhadap kesalahan, staf

dan kerja tim yang buruk, dukungan manajemen serta rendahnya pelaporan insiden (Brborović, Brborović, and Hrain 2022; Tawfik *et al.* 2018).

Saat ini sistem pelaporan insiden bergantung pada laporan petugas kesehatan (Giardina *et al.* 2020; Organization and Services 2005) dan strategi untuk mengurangi insiden keselamatan pasien berfokus pada perubahan sistem perawatan dan perilaku profesional sedangkan peran pasien dalam meningkatkan keselamatan perawatan relatif belum dieksplorasi (Wright, Lawton, O'Hara, *et al.* 2016). Hasil penelitian telah banyak membuktikan bahwa pasien dapat memberikan informasi berharga tentang keamanan perawatan mereka dan dapat digunakan untuk mendorong peningkatan keamanan dalam perawatan, selain data dari petugas kesehatan (Lawton *et al.* 2015). Pengalaman pasien penting untuk mengidentifikasi masalah keselamatan sehingga menambah wawasan baru tentang faktor-faktor yang menyebabkan bahaya yang dapat dicegah dan harus dimasukkan dalam pengukuran kegiatan peningkatan keselamatan pasien (Giardina *et al.*, 2020 ; Aoki, T., & Watanuki, S. 2020; Jiang, S. & Street, R. L, 2019).

Hasil-hasil penelitian tersebut menggarisbawahi perlunya perubahan kebijakan dan praktik untuk mengidentifikasi, menangani, dan mendukung pasien yang dirugikan. Kebijakan pemberdayaan pasien dan keluarga ini juga telah menjadi perhatian global (AHRQ, 2018; Patient Engagement Action Team, 2018; Slawomirski *et al.*, 2018; WHO, 2013). WHO dalam rencana aksi keselamatan pasien secara global tahun 2021 – 2030 telah menjadikan pemberdayaan pasien dan keluarga sebagai salah satu pilar untuk mendukung strategi pembelajaran organisasi dan peningkatan kualitas layanan perawatan. Adapun tujuh rencana aksi keselamatan pasien tersebut adalah: 1) Kebijakan untuk menghindari cedera, 2) Sistem keandalan tinggi, 3) Keamanan proses klinis, 4) Keterlibatan pasien dan keluarga, 5) pendidikan, keterampilan dan keamanan petugas

kesehatan, 6) Informasi, penelitian dan manajemen risiko, 7) Sinergi, kemitraan dan solidaritas (WHO 2020a). Sebagai salah satu pilar rencana aksi, keterlibatan pasien dan keluarga telah digunakan untuk mendukung strategi untuk pembelajaran organisasi dan peningkatan kualitas layanan perawatan dan telah diakui sebagai bagian penting untuk reformasi perawatan kesehatan (Raina and Thawani 2016).

Dalam konsep pemberdayaan, pasien dan keluarga dianggap sebagai bagian dari tim perawatan (Bell *et al.*, 2018). Pasien dan keluarga yang terlibat dalam proses keperawatan harus memiliki literasi kesehatan, perawatan diri, dan kepatuhan terhadap instruksi dokter terutama kepatuhan pada pengobatan (Kim *et al.*, 2020). Strategi dalam meningkatkan literasi pasien adalah dengan mendidik pasien dan keluarga sebagaimana yang tercantum dalam standar keselamatan pasien yaitu: (1) hak pasien (2) mendidik pasien dan keluarga (3) keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan (4) penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, (5) peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, (6) mendidik staf tentang keselamatan pasien, (7) komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien (Menkes RI 2017). Edukasi membantu pasien mempelajari dan memahami diagnosis dan pengobatannya, memperoleh sikap perawatan diri yang aktif, dan menghilangkan perasaan lemah karena penyakit.

Menurut Y. S. Kim *et al.*, (2020), teknik mendidik pasien dan keluarga yang sering dilakukan oleh petugas kesehatan adalah melalui kampanye keselamatan pasien, brosur, video keselamatan pasien, dan sumber daya lainnya, namun tidak banyak penelitian yang mengevaluasi efektivitasnya (Yoon-Sook *et al.* 2020). Studi di Puskesmas Loa Kulu Kutai Kertanegara, Kalimantan Timur tahun

2020 menemukan program mendidik pasien dan keluarga belum dilakukan secara optimal (Octaviani, Hilda, and Nulhakim 2020). Demikian juga dengan penerapan *Patient Centre Care* (PCC) yang merupakan implementasi melibatkan pasien dalam perawatan, peran pasien tetap harus mematuhi sistem perawatan yang ada dirumah sakit (Rosa 2018). Oleh karena itu pada penelitian ini peneliti akan mengembangkan teknik mendidik pasien dan keluarga dengan menggunakan buku saku.

Buku saku merupakan buku dengan ukuran yang kecil, ringan, dan bisa disimpan di saku, sehingga praktis untuk dibawa kemana-mana, dan kapan saja bisa dibaca. Buku saku ini berisi materi tentang insiden keselamatan pasien dan pencegahannya serta sikap merawat diri. Pengetahuan yang diperoleh melalui buku saku dapat menjawab dan meningkatkan kepercayaan diri pasien dan keluarga untuk terlibat dalam program keselamatan pasien di rumah sakit. Adanya buku saku memudahkan pasien dan keluarga mengakses informasi tentang keselamatan pasien, bagaimana perannya dalam program keselamatan pasien sehingga upaya pemberdayaan pasien dan keluarga dapat terlaksana dengan baik.

Perawat yang sudah dilatih akan membantu menjelaskan cara penggunaan Buku saku dan petunjuk cara pengisian kuesioner umpan balik. Buku saku dan kuesioner umpan balik ini diharapkan dapat meningkatkan literasi kesehatan pasien dan keluarga terutama tentang pencegahan insiden dan perawatan kesehatan. Informasi yang diperoleh dari umpan balik berguna sebagai bahan pembelajaran dan pertimbangan bagi RS dalam mencegah insiden dan meningkatkan keselamatan pasien. Pasien dan keluarga dapat memberi informasi berdasarkan pengalaman perawatan terdahulu yang merugikan dan tidak teridentifikasi oleh dokter, perawat maupun tenaga kesehatan lainnya.

Pemberdayaan dan keterlibatan pasien sebagai mitra dalam perawatan diakui sebagai cara untuk memfasilitasi pengambilan keputusan yang tepat pada pasien dalam menjaga martabat manusia dan kualitas hidup mereka (M. P. Pomey *et al.* 2015). Pemberdayaan menyebabkan pasien mendapatkan kontrol lebih besar atas perawatan kesehatannya (Castro, Van Regenmortel, *et al.* 2016).

Menurut Berger *et al.*, (2014) keterlibatan pasien dalam program keselamatan dapat berupa keterlibatan dalam pencegahan kesalahan dan pengungkapan kesalahan. Beberapa studi menunjukkan bahwa menyampaikan hal yang dialami pasien selama perawatan merupakan hal positif dalam pelaporan insiden (Macrae 2016; WHO 2013). Pasien atau keluarga dapat mengidentifikasi dan melaporkan masalah dalam pelayanan kesehatan selama di rumah sakit termasuk mengingatkan perilaku keselamatan oleh petugas kesehatan seperti mengingatkan petugas untuk melakukan *hand hygiene*, menyampaikan identitasnya untuk mencegah kesalahan pemberian obat, membantu memeriksa ulang obat-obat yang akan diberikan, dosis dan waktu pemberian (J.-I. I. Hwang *et al.* 2019; R Lawton 2017; Price *et al.* 2014). Pasien dapat berkomunikasi dengan petugas kesehatan di tempat perawatan, memastikan bahwa perawatan mereka aman, menyampaikan keluhan atau melaporkan insiden secara langsung atau memberikan umpan balik melalui survey sebagai evaluasi pengalaman keselamatan yang mereka alami (Ahmed *et al.*, 2014; O'Hara *et al.*, 2017).

Strategi untuk memberdayakan pasien memerlukan pikiran terbuka dari provider pelayanan. Petugas kesehatan harus memiliki sikap positif, suportif, meminta masukan dan umpan balik dari pasien (Van Heusden and Van Bogaert 2018). Keterlibatan pasien yang lebih besar mungkin memerlukan perubahan

budaya perawatan kesehatan sehingga pasien dan petugas kesehatan bekerja sebagai mitra dalam meningkatkan keselamatan pasien (Leistikow and Huisman 2018). Dengan menyediakan alat, teknik, dan dukungan seperti intervensi manajemen diri, proses pemberdayaan dapat difasilitasi (McCorkle *et al.* 2011).

Namun demikian ada beberapa faktor yang mempengaruhi pasien dan keluarga untuk terlibat dalam keselamatan pasien. Faktor-faktor tersebut termasuk yang berhubungan dengan pasien, yang berhubungan dengan penyakit, yang berhubungan dengan profesional kesehatan, budaya organisasi, dan faktor kesenjangan kesehatan dan faktor penentu sosial dalam kesehatan seperti kelompok pasien yang dirugikan, kelompok etnis yang terpinggirkan, mungkin mengalami masalah keselamatan pasien yang berbeda karena bias yang tertanam dalam sistem layanan kesehatan, tenaga kerja, dan praktik medis. Memahami faktor-faktor ini dapat membantu penyedia layanan kesehatan mengembangkan strategi untuk melibatkan pasien dan keluarga dalam perawatan mereka dan meningkatkan keselamatan pasien secara keseluruhan (Wade *et al.* 2022).

Kalimantan Timur merupakan Provinsi dengan penduduk multi etnis. Penduduk asli di Provinsi Kalimantan Timur adalah suku Dayak dan suku Kutai. Meskipun suku lain seperti suku Jawa, suku Bugis dan suku Banjar menjadi suku yang mendominasi di Provinsi ini, sehingga pasien dan keluarga yang ada di rumah sakit juga diisi oleh pasien dan keluarga dari suku-suku tersebut.

Pada studi pendahuluan peneliti melakukan observasi bahwa ada pasien yang tampak sakit berat masih memaksakan diri untuk jalan sendiri. Hal ini menurut peneliti akan membahayakan pasien karena berisiko jatuh. Hasil wawancara awal tentang keselamatan pasien di rumah sakit, diperoleh informasi bahwa pada suku tertentu ada keyakinan yang mendorong pasien untuk harus mandiri. Kondisi ini menurut peneliti dapat membahayakan pasien dan

menyebabkan insiden di rumah sakit. Hal ini mendorong peneliti melakukan kajian lebih mendalam guna memotret secara menyeluruh tentang persepsi pasien dan keluarga keselamatan pasien sehingga dapat menemukan faktor-faktor yang dapat memberdayakan pasien dalam program keselamatan pasien di rumah sakit di Kalimantan Timur.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pelaksanaan pemberdayaan pasien dan keluarga yang diterapkan selama ini untuk melibatkan pasien dan keluarga dalam program keselamatan pasien di rumah sakit?
2. Apa saja faktor-faktor yang mendukung dan menghambat pemberdayaan pasien dan keluarga dalam program keselamatan pasien?
3. Apakah ada instrumen yang memfasilitasi pasien dan keluarga untuk menyampaikan umpan balik terhadap perawatan selama menjalani perawatan di rumah sakit?
4. Bagaimana intervensi yang akan diterapkan untuk memberdayakan pasien dan keluarga dalam program keselamatan pasien di rumah sakit di Kalimantan Timur?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Menghasilkan intervensi pemberdayaan pasien dan keluarga dalam program keselamatan pasien di rumah sakit.

1.3.2. Tujuan khusus

- 1) Mengeksplor pelaksanaan pemberdayaan pasien dan keluarga dalam program keselamatan pasien di rumah sakit.
- 2) Mengeksplor faktor-faktor yang berkontribusi dan menghambat pemberdayaan pasien dan keluarga dalam program keselamatan pasien.
- 3) Menemukan intervensi pemberdayaan pasien dan keluarga dalam program keselamatan pasien di rumah sakit di Kalimantan Timur.
- 4) Menganalisis pengaruh edukasi menggunakan buku saku terhadap persepsi pasien dan keluarga tentang dukungan manajemen dan dukungan petugas kesehatan dalam pemberdayaan pasien dan keluarga.
- 5) Menganalisis pengaruh edukasi menggunakan buku saku terhadap pengetahuan, manajemen diri, pengambilan keputusan, kontrol diri dan efikasi diri pasien dan keluarga.
- 6) Menganalisis responden kelompok mana yang paling dapat diberdayakan.

1.4. Kegunaan Penelitian

1.4.1. Bagi Keilmuan

Penelitian ini dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat berupa intervensi yang dibutuhkan untuk mendidik pasien dan keluarga sebagai upaya pemberdayaan pasien dan keluarga dalam meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit. Selain itu hasil penelitian ini juga dapat menjadi acuan bagi peneliti lain dalam penyelesaian masalah serupa dengan penelitian ini hingga akhirnya membantu mencapai kesempurnaan ilmu kesehatan masyarakat.

1.4.2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi bahan pertimbangan dalam hal mengkaji, mengevaluasi dan menyusun program atau kebijakan yang dapat mendukung pemberdayaan pasien dan keluarga dalam meningkatkan keselamatan pasien.

1.4.3. Bagi Pasien dan Keluarga

- a. Meningkatkan kepercayaan diri untuk memberi masukan dan bekerjasama dengan petugas pemberi pelayanan.
- b. Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang perannya dalam mencegah insiden dan meningkatkan keselamatan pasien.
- c. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga dalam membantu mencegah insiden.

1.4.4. Bagi Peneliti

Meningkatkan wawasan serta menjadi pengalaman berharga dalam mengaplikasikan pengetahuan dan penelitian tentang pemberdayaan pasien dan keluarga dalam program keselamatan pasien di rumah sakit.

1.5. Ruang Lingkup Keilmuan Penelitian

Ruang lingkup keilmuan pada penelitian ini meliputi beberapa bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat yaitu Manajemen *Patient Safety* yang merupakan bagian dari Ilmu Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan dan ilmu Promosi Kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Keselamatan Pasien

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS), mendefinisikan keselamatan pasien sebagai berikut:

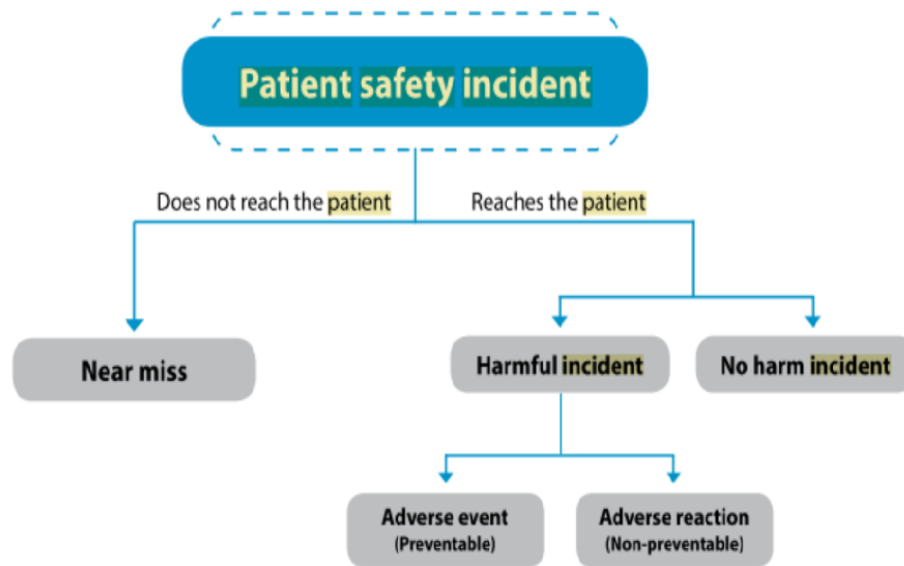
Keselamatan pasien (patient safety) adalah proses dalam suatu rumah sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko (KKPRS 2015).

Menurut *The American Agency for Healthcare Research and Quality* keselamatan pasien adalah pasien bebas dari cedera yang tidak disengaja atau dapat dicegah yang dihasilkan oleh perawatan medis (AHRQ 2018). Keselamatan pasien terkait dengan asuhan pasien, insiden yang dapat dicegah atau yang seharusnya tidak terjadi, dan sudah dikategorikan sebagai suatu disiplin (Kemenkes RI 2015).

2.2. Insiden keselamatan pasien

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain lain) yang tidak seharusnya terjadi (KKPRS 2015). Insiden keselamatan pasien yang dihasilkan oleh perawatan medis sering digambarkan sebagai kejadian buruk, yang berarti bahwa cedera tersebut diakibatkan oleh intervensi medis dan bukan kondisi yang mendasari pasien. Namun efek samping dari hasil tindakan atau intervensi medis tidak semua dapat dicegah dan

tidak dapat dihindari, misalnya transfuse darah yang tidak sesuai menyebabkan pasien meninggal karena reaksi hemolitik (WHO 2013, 2020b). Klasifikasi insiden keselamatan pasien tersaji pada gambar 2.1.



Gambar 2.1. Klasifikasi insiden keselamatan pasien

Sumber: (WHO 2020b)

2.2.1. Jenis-jenis Insiden Keselamatan Pasien

Menurut WHO, klasifikasi Internasional untuk insiden keselamatan pasien dibagi menjadi tiga jenis yaitu; *near miss*, *no harm incident* dan *Harmful incident* (WHO 2020b).

- 1) *Near miss* atau nyaris cedera yaitu insiden yang tidak sampai ke pasien, misalnya satu unit darah terhubung ke jalur intravena pasien yang salah tetapi kesalahan segera terdeteksi sebelum transfuse dimulai.
- 2) *No harmful incident* atau insiden yang tidak merugikan, misalnya suatu peristiwa mencapai pasien tetapi tidak ada bahaya yang terlihat.
- 3) *Harmful incident* atau insiden berbahaya yaitu insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

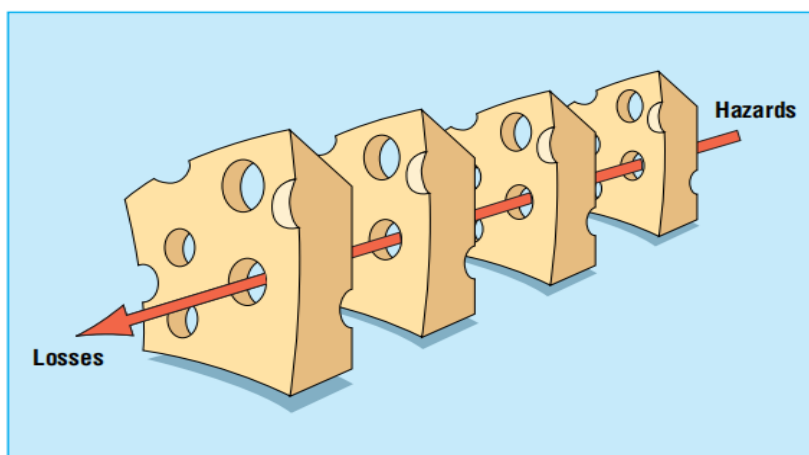
Sedangkan menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS 2015) dan Permenkes RI no 11 tahun 2017 (Menkes RI 2017), insiden keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi:

- 1) Kondisi Potensial Cedera (KPC); merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- 2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC); merupakan insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
- 3) Kejadian Tidak Cedera (KTC); merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera
- 4) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD); merupakan kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien karena suatu tindakan ("*commission*") atau karena tidak bertindak ("*omission*"), bukan karena "*underlying disease*" atau kondisi pasien.
- 5) Kejadian sentinel merupakan suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien.

2.2.2. Faktor-faktor penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien

Insiden keselamatan pasien sebagian besar disebabkan oleh interaksi tindakan individu dan kegagalan sistem. *Model Swiss Cheese Reason* menjelaskan bahwa insiden sering kali merupakan hasil dari beberapa kesalahan kecil dalam sistem yang tidak berfungsi dengan baik meskipun kesalahan manusia tidak dapat dihindari (Cooper 2017). Secara umum faktor manusia yang berkontribusi terhadap insiden adalah keterbatasan kognitif, kegagalan komunikasi, kurangnya kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur yang

ditetapkan dan beban kerja (Fagerström, Kinnunen, and Saarela 2018; Mushtaq *et al.* 2018).



Gambar 2.2. Theory “Swiss Cheese” diagram (Reason 2000)

Teori ini memberikan pemahaman terhadap kesalahan-kesalahan tersebut. Tidak hanya menyalahkan professional kesehatan tapi menekankan perlunya analisis lengkap dari seluruh sistem organisasi (Reason 1998). Menurut teori ini, kesalahan diklasifikasikan sebagai kesalahan aktif dan kesalahan laten. Kesalahan aktif adalah kesalahan berbasis orang atau pelanggaran sedangkan kesalahan laten adalah kegagalan berbasis sistem yang muncul dari keputusan manajemen dan organisasi yang secara tidak langsung mempengaruhi pemberian perawatan (Reason 2000). Yang termasuk ke dalam kondisi laten antara lain, proses organisasi, keputusan manajemen, elemen elemen di dalam sistem seperti kurangnya jumlah staff, *turnover*, belum ada cara pencatatan pelaporan kejadian yang tidak diinginkan dan seterusnya dan protokol pemberian obat (SOP) yang digambarkan sebagai ujung tumpul. Sedangkan yang termasuk kegagalan aktif, adalah segala sesuatu yang kontak langsung dengan pasien meliputi kesalahan pengucapan, ketidakmampuan mengingat, serta kesalahan pemilihan objek yang dapat disebabkan oleh beberapa pelayan kesehatan

seperti dokter, perawat, teknisi dan lain lain yang dikenal sebagai ujung tajam (Lediana Tampubolon 2018).

Oleh karena itu sangat penting untuk mengidentifikasi kelemahan dalam proses dan mengambil tindakan pencegahan, karena mengenali dimensi dari masalah akan menjadi peluang untuk meningkatkan keselamatan pasien. Dalam konteks ini, teori kesalahan manusia mengusulkan pengelolaan kesalahan melalui tindakan reaktif dan proaktif yang bertujuan untuk meningkatkan proses organisasi. Tindakan reaktif adalah tindakan yang diambil setelah terjadinya kesalahan, dan tindakan proaktif adalah tindakan yang ditujukan untuk mencegah dan menghindari kejadian yang akan datang serta menekankan budaya keselamatan organisasi (Duarte *et al.* 2018).

2.2.3. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Melaporkan insiden keselamatan pasien adalah pendekatan yang berguna untuk meningkatkan keselamatan pasien. Mekanisme pelaporan peristiwa pertama kali diperkenalkan di dunia industri berisiko tinggi seperti penerbangan, nuklir, industri kereta api, dan lain-lain untuk meningkatkan keselamatan dan meningkatkan pembelajaran organisasi dari kesalahan (Gong *et al.* 2017). Dalam dunia kesehatan selain menimbulkan kerugian finansial, insiden keselamatan berpotensi menimbulkan kematian, oleh karena itu rumah sakit harus melaporkan segera setiap insiden yang terjadi, dan mempunyai Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas tentang mekanisme pelaporan insiden.

Informasi tentang insiden bergantung pada pelaporan insiden dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain yang berhubungan dengan proses pelayanan kesehatan. Namun laporan insiden oleh tenaga kesehatan ini umumnya rendah dan bahkan banyak insiden yang tidak dilaporkan. Rendahnya tingkat pelaporan insiden ini disebabkan antara lain karena adanya budaya menyalahkan,

banyaknya tugas administrasi, kurang pengetahuan, format pelaporan yang tidak fungsional dan lain-lain (Abeer M *et al.*, 2020; De Fatima *et al.*, 2019; de Souza *et al.*, 2020). Tingkat pelaporan yang rendah secara signifikan menghalangi tujuan yang mendasari sistem pelaporan insiden. Rendahnya tingkat pelaporan insiden menyulitkan upaya mengidentifikasi dan memprioritaskan risiko keselamatan pasien serta menghambat *lesson learning* dari proses terjadinya insiden tersebut dan pada akhirnya berpengaruh pada program keselamatan pasien (Archer *et al.* 2017).

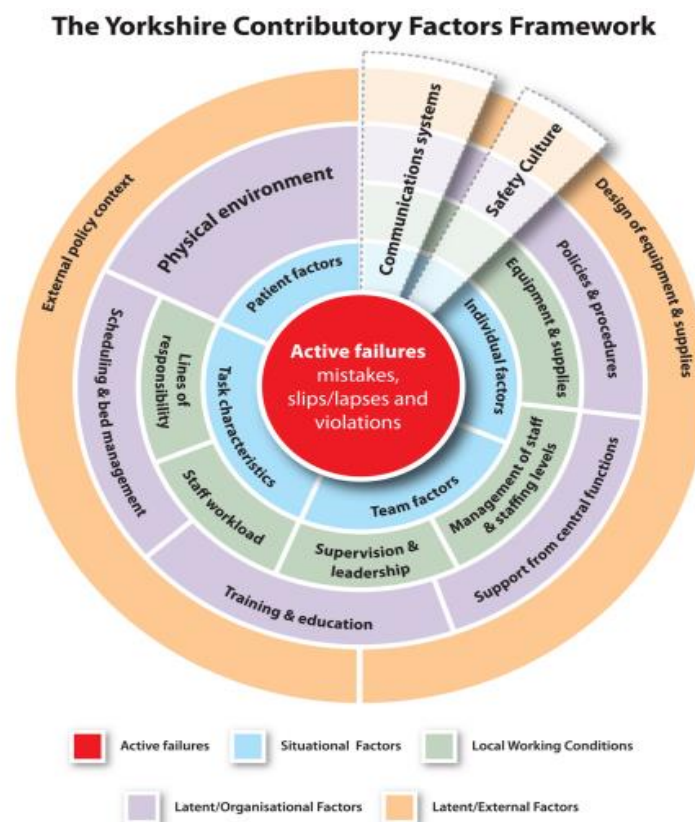
Selain itu beberapa penelitian juga telah mengidentifikasi jumlah insiden yang dilaporkan oleh tenaga kesehatan jauh lebih rendah dibanding insiden yang dilaporkan pasien. Tingkat insiden yang dilaporkan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit berkisar antara 2,5-7,5%, sedangkan insiden yang dilaporkan pasien setelah keluar dari rumah sakit berkisar antara 19 hingga 23% (Barbara *et al.* 2016). Beberapa literatur telah mengidentifikasi bahwa pasien mampu mengenali dan secara akurat mengidentifikasi efek samping di rumah sakit (Barbara *et al.* 2016; S. Bell, Gerard, and Fossa 2017; Walton *et al.* 2017). Pasien mungkin memiliki pandangan yang lebih luas tentang insiden daripada penyedia layanan kesehatan. Penelitian yang membandingkan laporan kesalahan medis pasien dengan catatan rumah sakit menunjukkan bahwa pasien dapat secara akurat mengidentifikasi insiden (Harrison *et al.* 2015). Selain itu, insiden keselamatan yang dilaporkan oleh pasien tidak ditemukan melalui metode deteksi insiden lainnya (Armitage *et al.* 2018).

Sehubungan dengan faktor faktor tersebut, upaya melibatkan pasien dan keluarga dalam pelaporan insiden keselamatan telah menjadi bahasan yang menarik dan menjadi perhatian internasional (AHRQ 2018; Aaraaen, A. *et al.* 2018; Patient Engagement Action Team 2018; WHO 2013). Pasien dapat berperan aktif dalam memastikan bahwa perawatan mereka aman dengan

memberikan umpan balik melalui pelaporan insiden dan sebagai evaluasi pengalaman keselamatan yang mereka alami (Ahmed *et al.*, 2014; O'Hara *et al.*, 2017).

2.2.4. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap insiden yang diidentifikasi oleh pasien.

Giles *et al.*, (2013) menganalisa potensi kemampuan pasien dan keluarga dalam mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap insiden keselamatan pasien dan menggambarkannya dalam Kerangka Faktor Kontribusi Yorkshire (YCFF) seperti yang terlihat pada gambar 2.3.



Gambar 2.3. Kerangka Faktor Kontribusi Yorkshire (YCFF)
Sumber: Giles *et al.*, (2013).

Kerangka Faktor Kontribusi Yorkshire (*Yorkshire Contributory Factors Framework*) merupakan pengembangan dari *Model Swiss Cheese Reason* dan tinjauan sistematis literatur. YCFF menguraikan 20 faktor yang berkontribusi terhadap insiden keselamatan, mulai dari aspek potensi kegagalan hingga faktor eksternal laten di lingkungan rumah sakit. Beberapa domain kerangka kerja mencakup sistem komunikasi, faktor pasien, lingkungan fisik, konteks kebijakan eksternal, serta peralatan dan persediaan. Dari model ini dikembangkan sebuah alat berbasis bukti untuk mengukur keselamatan pasien yang dikenal sebagai kuesioner *Patient Measure Of Safety* (PMOS) (Hernan *et al.* 2016; Rebecca Lawton *et al.* 2012).

Tabel 2.1. Kerangka Faktor Kontribusi Yorkshire (YCFF) menurut Giles *et al* (2013)

Faktor	Definisi
Kegagalan aktif	setiap penampilan atau perilaku yang gagal (mis. <i>error</i> , kesalahan, pelanggaran) dari profesional kesehatan
Sistem komunikasi	efektivitas proses dan sistem untuk pertukaran dan berbagi informasi antara staf, pasien, kelompok, departemen dan layanan. Ini termasuk sistem komunikasi tertulis (misalnya, dokumentasi) dan lisan (misalnya, serah terima)
Peralatan dan perlengkapan	ketersediaan dan fungsi peralatan dan perlengkapan
Konteks kebijakan eksternal	kebijakan / arahan yang didorong secara nasional yang berdampak pada tingkat dan kualitas sumber daya yang tersedia untuk rumah sakit
Desain peralatan dan perlengkapan	desain peralatan dan perlengkapan untuk mengatasi keterbatasan fisik dan kinerja
Faktor individu	karakteristik orang yang memberikan perawatan yang dapat berkontribusi dalam beberapa cara untuk kegagalan aktif, contoh faktor tersebut termasuk pengalaman, stres, kepribadian, sikap
Garis tanggung jawab	adanya garis tanggung jawab yang jelas memperjelas akuntabilitas anggota staf dan menggambarkan peran pekerjaan

Bersambung.....

Sambungan Tabel 2.1

Faktor	Definisi
Manajemen staf dan tingkat kepegawaian	manajemen dan alokasi staf yang tepat untuk memastikan campuran keterampilan dan tingkat staf yang memadai untuk volume pekerjaan
Faktor pasien	fitur-fitur pasien yang membuat merawat mereka lebih sulit dan karena itu lebih rentan terhadap kesalahan. Ini mungkin termasuk fisiologi abnormal, kesulitan bahasa, karakteristik kepribadian (misalnya, sikap agresif)
Lingkungan fisik	fitur lingkungan fisik yang membantu atau menghalangi praktik yang aman. Ini mengacu pada tata letak unit, perlengkapan dan perlengkapan dan tingkat pencahayaan nosiem, suhu, dll.
Kebijakan dan prosedur	adanya pedoman formal dan tertulis untuk pelaksanaan tugas dan proses kerja yang sesuai. Ini juga dapat mencakup situasi di mana prosedur tersedia tetapi kontradiktif, tidak dapat dipahami, atau berkualitas buruk
Budaya keselamatan	nilai, keyakinan, dan praktik organisasi seputar manajemen keselamatan dan belajar dari kesalahan
Penjadwalan dan manajemen tempat tidur	penjadwalan yang memadai untuk mengelola pasien meminimalkan penundaan dan beban kerja yang berlebihan
Beban kerja staf	tingkat aktivitas dan tekanan tepat waktu selama shift
Pengawasan dan kepemimpinan	ketersediaan dan kualitas pengawasan dan kepemimpinan langsung dan lokal
Dukungan dari fungsi pusat	ketersediaan dan kecukupan pelayanan pusat dalam mendukung berfungsinya kelurahan/unit. Ini mungkin termasuk dukungan dari teknologi informasi dan sumber daya manusia, layanan pengiriman barang, layanan timur atau layanan terkait klinis seperti radiologi, flebotomi, farmasi
Karakteristik tugas	faktor-faktor yang terkait dengan tugas-tugas khusus pasien yang mungkin membuat individu rentan terhadap kesalahan
Faktor tim	faktor apa pun yang terkait dengan kerja profesional yang berbeda dalam suatu kelompok yang dapat diubah untuk meningkatkan keselamatan pasien
Pelatihan dan pendidikan	akses ke spesifik stan pelatihan yang benar, tepat waktu dan sesuai (misalnya, terkait tugas) dan umum (misalnya, terkait organisasi)

Sumber : Giles *et al*

Beberapa studi lain juga telah mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap insiden yang dapat diidentifikasi oleh pasien dan

keluarga. Menurut Giardina *et al.*, (2020) pasien dapat mengidentifikasi masalah yang berkaitan dengan kesalahan diagnostik, infeksi nosokomial, komplikasi bedah, penggunaan obat yang merugikan, komunikasi dan perilaku petugas kesehatan, dan ketepatan waktu respons petugas kesehatan. Masalah komunikasi dan penggunaan obat merupakan masalah yang paling banyak dilaporkan. Masalah komunikasi yang teridentifikasi adalah komunikasi antara petugas kesehatan, pasien, serta pihak manajemen (Giardina *et al.*, 2018; Jerng *et al.*, 2018; Walton *et al.*, 2017).

Masalah yang berkaitan dengan pengobatan seperti pengobatan yang diganti, dosis yang salah dan reaksi alergi (Bezerra *et al.* 2016). Masalah operasi, infeksi yang didapat di rumah sakit (nosokomial), identifikasi pasien, pasien jatuh (Barbara *et al.*, 2016; Giardina TD, 2018; Kemp *et al.*, 2016). Faktor lain yang diidentifikasi pasien adalah faktor organisasi, seperti keterlambatan, diagnosis yang salah dan keberlanjutan perawatan yang tidak konsisten. Selanjutnya pasien mengidentifikasi masalah yang berhubungan dengan petugas kesehatan seperti beban kerja yang berlebihan, kurang mendengarkan pasien; dan masalah yang terkait dengan lingkungan dan struktur layanan. Hal ini menunjukkan bahwa persepsi pasien tentang keselamatan melampaui apa yang dilaporkan oleh petugas (Cristina and Lopes 2020).

2.3. Mengukur Keselamatan Menurut Persepsi Pasien.

Kuesioner untuk menilai umpan balik dan pengalaman pasien telah dikembangkan di beberapa negara yaitu:

- 1) *Patient Measure of Safety* (PMOS) yaitu instrument yang dikembangkan di Inggris, digunakan untuk menilai faktor-faktor yang berkontribusi terhadap keselamatan pasien di rumah sakit dari sudut pandang pasien. PMOS dikembangkan dari kerangka faktor kontribusi Yorkshire (*Yorkshire*

Contributory Factors Framework). YCFF merupakan pengembangan dari *Model Swiss Cheese Reason*. PMOS ini merupakan kuesioner yang berisi 44 item yang meminta pasien untuk melaporkan berbagai faktor yang berkontribusi pada keselamatan, misalnya, komunikasi dan kerja tim, lingkungan fisik, peran dan tanggung jawab petugas Kesehatan (Giles *et al.* 2013).

- 2) *Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care* (PREOS PC) di Spanyol, adalah kuesioner yang diisi sendiri oleh pasien yang dirancang untuk mengukur pengalaman dan hasil yang berkaitan dengan keselamatan pasien di perawatan primer (Ricci-Cabello *et al.* 2016).
- 3) *Patient Reporting of Safety experiences in Organisational Care Transfers* (PRoSOCT), yang merupakan alat pelaporan pasien sebagai pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi kondisi keselamatan laten dalam sistem perawatan kesehatan saat pasien menjalani transfer perawatan. Studi ini meneliti tentang laporan keselamatan pasien setelah pemindahan perawatan, yang akan mencakup proses pemulangan, perjalanan dan kedatangan atau proses masuk di unit selanjutnya (Scott *et al.* 2014).
- 4) *Transitional Risk and Incident Questionnaire* (TRIQ), merupakan alat yang digunakan untuk mengukur insiden keselamatan dalam transisi pasien antara perawatan primer dan rumah sakit meliputi rujukan, pemulangan, dan perawatan simultan oleh klinik rawat jalan dan dokter umum (van Melle *et al.* 2015).
- 5) Kuesioner *Empowered Patient Coalition* (EPC) merupakan Survey sukarela diterbitkan di situs web EPC. Survey ini bertujuan untuk menilai bahaya berdasarkan pada pengalaman pribadi pasien dan keluarga yang menggambarkan kejadian medis yang merugikan (Hallisy 2012; Southwick, Cranley, and Hallisy 2015)

2.4. Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Keselamatan pasien di rumah sakit dilaksanakan mengacu kepada tujuh standar keselamatan pasien dan penerapan enam sasaran keselamatan pasien (SKP). Standar keselamatan pasien rumah sakit di Indonesia mengacu pada *Hospital Patient Safety Standard* yang dikeluarkan oleh *Joint Commmission on Accreditation of Health Organizations Illinois* tahun 2002, yang diselaraskan dengan situasi dan kondisi yang terjadi di Indonesia. Adapun tujuh standar keselamatan pasien terdiri dari: (Menkes RI 2017);

- 1) Hak pasien
- 2) Mendidik pasien dan keluarga
- 3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
- 4) Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- 6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- 7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Sedangkan sasaran keselamatan pasien mengacu pada *Nine Life safing Patient Safety Solution* dari WHO tahun 2007 dan *Internatonal Patient Safety Goals (IPSGs)* dari *Joint Commission International (JCI)* (JCI 2017). Di Indonesia secara nasional untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional (SKPN), yang terdiri dari:

- 1) Identifikasi pasien
- 2) Pelaksanaan komunikasi efektif
- 3) Pelaksanaan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai,
- 4) Pelaksanaan kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi

- 5) Pelaksanaan pengurangan risiko infeksi
- 6) Pelaksanaan pengurangan risiko pasien jatuh

Menerapkan keselamatan pasien membutuhkan perhatian khusus dalam membangun budaya, pengetahuan dan keterampilan yang tepat untuk mencapai perubahan. Beberapa penelitian tentang penerapan keselamatan pasien di RS menunjukkan bahwa pelaksanaan sasaran keselamatan pasien masih belum optimal (Delima AZP; Maidin A; Saleh LM, 2020; Hilda, Supriadi, 2018; Neri RA, Lestari Y, 2018; Prambudi YDW, Sutrianingsih A, 2018). Rata-rata capaian sasaran keselamatan pasien di RSUD Padang Pariaman yaitu 73,4% dimana standar KARS 100% (Neri RA, Lestari Y, 2018).

Untuk mencapai tujuan keselamatan pasien banyak strategi dan sistem kesehatan mulai dikembangkan (Chatburn, Macrae, and Carthey, Jane. Vincent 2018). Melibatkan semua staf klinis dan non-klinis dalam program ini dan meningkatkan pengetahuan dan sikap terhadap masalah keselamatan dan kualitas pasien merupakan aspek penting di bidang promosi budaya. Keterlibatan dan komitmen yang kuat dari semua unsur baik tenaga kesehatan dan manajer sangat penting untuk tujuan tersebut (Maher *et al.* 2019).

2.4.1. Hak - Hak Pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) (Kemenkes RI 2015) . Hak pasien dipandang sebagai bagian dari hak asasi manusia dan dapat bersifat substantif (hak informasi) atau prosedural (hak untuk mengadu). Menurut Legemaate (2013) dalam WHO, (2013), beberapa hak pasien yang dijabarkan dalam dokumen dan pedoman internasional adalah: (1) hak atas perawatan Kesehatan, (2) hak atas perawatan

kesehatan yang aman dan berkualitas, (3) hak untuk berpartisipasi dalam pembuatan kebijakan, (4) hak atas informasi tentang keamanan dan kualitas pelayanan kesehatan, (5) hak atas informasi tentang pengobatan yang diusulkan (*informed consent*), (6). hak untuk mendapat informasi tentang efek samping dan kesalahan medis, (7) hak untuk berpartisipasi dalam skema jaminan kualitas, (8) hak untuk mengeluh, (9) hak untuk mendapatkan kompensasi jika terjadi kerusakan, (10) hak untuk didukung, (11) hak atas privasi.

Petugas kesehatan dapat menyampaikan hak pasien dengan memberitahu pasien tentang penyakit dan pilihan pengobatannya, misalnya, menunjukkan rasa hormat terhadap otonomi dan martabatnya. Undang-undang dan deklarasi tentang hak pasien tidak membuat perawatan kesehatan lebih aman dengan sendirinya tetapi dapat membantu memberdayakan pasien, menempatkan mereka pada posisi yang lebih baik untuk mengelola kesehatan dan perawatan kesehatan mereka sendiri dan berpartisipasi dalam upaya meningkatkan keselamatan (Diana Delnoij 2013).

2.4.2. Mendidik Pasien dan Keluarga

Untuk meningkatkan keselamatan pasien dalam proses pelayanan kesehatan, praktik literasi kesehatan dalam sebuah organisasi perlu ditingkatkan. Pasien yang merupakan mitra dalam proses pelayanan harus memiliki literasi kesehatan (Morrison, Gibson, and Higgins 2021). Di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat: (1) memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur (2) mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga (3) mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti (4) memahami dan menerima konsekuensi pelayanan (5) mematuhi

instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit (6) memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa (7) memenuhi kewajiban finansial yang disepakati (Kemenkes RI 2015).

Kemampuan petugas dalam mendidik pasien menjadi tantangan dalam mengimplementasikan standar kedua keselamatan pasien (Gardner 2016). Kompetensi petugas, kerjasama antar petugas dalam mendidik pasien dan komunikasi antara petugas dengan pasien perlu ditingkatkan sehingga informasi yang disampaikan petugas benar-benar dipahami oleh pasien (Gunawan, Wirawan, and Lubis 2021). Selain itu pasien perlu memiliki akses ke informasi yang dapat dipercaya. Untuk berpartisipasi dalam program perawatan, pasien dan petugas kesehatan memerlukan materi pendidikan (Y. Kim *et al.* 2019). Keterbacaan materi pendidikan ini juga perlu ditingkatkan. Brosur edukasi, petunjuk resep obat, dan pamflet dapat membantu pasien dan keluarganya menjaga pengetahuan kesehatannya setelah keluar dari rumah sakit. Dalam beberapa kasus, informasi kesehatan tertulis mungkin satu-satunya cara pasien dan keluarga belajar tentang pedoman kesehatan yang penting (Y. S. Kim *et al.* 2020).

2.4.3. Patient Centre Care (PCC)

The Institute of Medicine (IOM) mendefinisikan *Patient Centered Care* (PCC) adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang menciptakan hubungan kerjasama yang baik diantara praktisi kesehatan, pasien, dan keluarganya (jika diperlukan) untuk menjamin bahwa keputusan yang dibuat menghormati keinginan pasien, kebutuhan pasien, pilihan pasien, menjamin pasien mendapatkan pengetahuan serta mendukung pasien untuk mengambil keputusan dan berpartisipasi dalam perawatan mereka sendiri (Shaller, D, 2007 dalam Rosa, 2018). Sejak diperkenalkan, PCC telah banyak menjadi fokus

penelitian tentang bagaimana pelaksanaannya. Hasil yang didapatkan meskipun melibatkan pasien maupun keluarga dalam pengambilan keputusan, peran pasien tetap harus mematuhi sistem perawatan yang ada dirumah sakit. Keterlibatan pasien secara optimal terjadi ketika penyedia dan pasien menjadi mitra selama proses perawatan (Rosa 2018).

2.5. Konsep Pemberdayaan Pasien dan Keluarga

2.5.1. Sejarah Pemberdayaan Pasien

Pemberdayaan pasien dimulai pada tahun 1960 dengan adanya aksi sosial dan perspektif membantu diri sendiri. Aksi ini menekankan pada hak dan kebutuhan individu dan masyarakat. Pada 1990, Piagam Ottawa menjadikan pemberdayaan sebagai isu utama dalam promosi kesehatan (Charter and Promotion 1986). Konsep ini kemudian diuraikan dalam perawatan kesehatan dan disadari bahwa banyak karakteristik yang terkait dengan implementasi pemberdayaan pasien dalam pengaturan perawatan kesehatan (Raina and Thawani 2016).

2.5.2. Definisi Pemberdayaan Pasien dan Keluarga

Pasien adalah seseorang yang menerima pelayanan medis yang meliputi pengobatan, intervensi, prosedur dan diagnostik tes, serta pemantauan kesehatan yang berkelanjutan, dan tanda dan gejala penyakit dari waktu ke waktu. Istilah pasien juga mencakup keluarga orang tersebut, pengasuh atau pengganti lain yang akan terlibat, dan terpengaruh oleh efek perawatan pasien (Auraaen, A. 2018). Sedangkan pemberdayaan adalah proses multi-dimensi yang membantu orang mendapatkan kendali atas kehidupan mereka sendiri dan

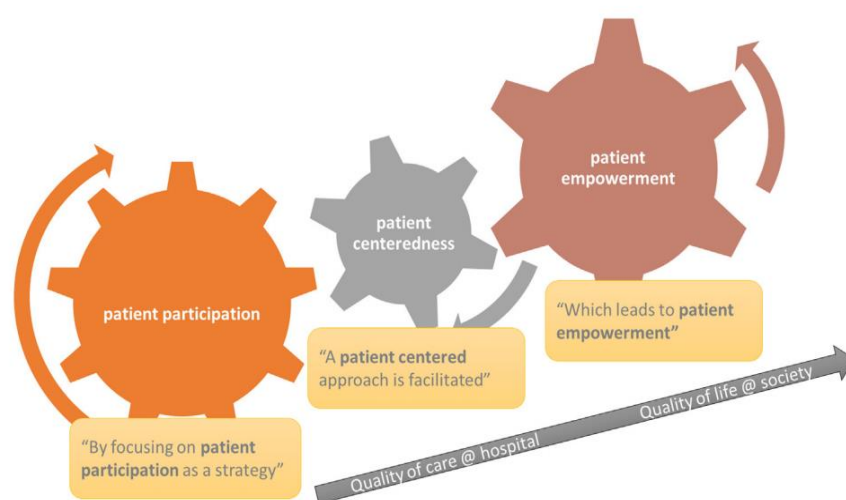
meningkatkan kapasitas mereka untuk bertindak atas isu-isu yang mereka anggap sebagai bagian yang penting (Castro, Leuven, *et al.* 2016).

Menurut Johansson *et al.*, (2021) dan Khuntia *et al.*, (2017) pemberdayaan pasien merupakan cara untuk membantu pasien menemukan dan mengembangkan kemampuannya untuk bertanggung jawab atas kehidupannya sendiri dan mendapatkan penguasaan atas manajemen penyakitnya. Pemberdayaan menyebabkan pasien mendapatkan kontrol lebih besar atas perawatan kesehatannya. Dengan menyediakan alat, teknik, dan dukungan seperti misalnya intervensi manajemen diri, proses pemberdayaan dapat difasilitasi (McCorkle *et al.* 2011). Sedangkan pemberdayaan keluarga adalah mekanisme yang memungkinkan terjadinya perubahan kemampuan keluarga sebagai dampak positif dari intervensi keperawatan yang berpusat pada keluarga dan tindakan promosi kesehatan serta kesesuaian budaya yang mempengaruhi tindakan pengobatan dan perkembangan keluarga (Ardian 2014).

Menurut Castro *et al.*, (2016), konsep pemberdayaan pasien lebih luas daripada keterpusatan pada pasien. Keterpusatan pada pasien dapat dilihat sebagai prasyarat untuk pemberdayaan pasien, sedangkan partisipasi pasien sebagai strategi perawatan kesehatan, yang pada gilirannya akan memfasilitasi pemberdayaan pasien. Pemberdayaan sebagai konsep yang luas mengacu pada proses di mana individu, kelompok atau organisasi memperoleh kendali atas hal-hal yang menarik bagi mereka mencakup dukungan dalam mengembangkan strategi pengobatan dan bertukar pengetahuan, serta mendorong pasien untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri (Bakhbakhi *et al.* 2018).

Konsep multidimensi pemberdayaan pasien, partisipasi pasien, dan keterpusatan pasien semuanya menggambarkan pergeseran ideologis dari perawatan kesehatan paternalistik ke perawatan kesehatan berbasis partisipasi pasien. Benang merah dalam hal pemberdayaan pasien, partisipasi pasien, dan

keterpusatan pasien yang paling penting adalah keseimbangan antara kekuatan tenaga kesehatan dengan pasien, serta hubungan komunikasi dan menghormati suara pasien (Castro, Van Regenmortel, *et al.* 2016). Tidak ada definisi tunggal untuk pemberdayaan pasien. Berbagai istilah seperti kolaborasi pasien, keterlibatan pasien, kemitraan, partisipasi pasien, pemberdayaan pasien atau perawatan yang berpusat pada pasien dapat digunakan secara bergantian (P. Pomey *et al.*, 2021).



Gambar 2. 4. Model proses untuk konsep pemberdayaan pasien, partisipasi pasien, dan keterpusatan pasien dalam perawatan kesehatan

Kurangnya pengetahuan medis dan hilangnya kendali atas tubuh seseorang dipandang sebagai faktor utama di balik perasaan ketidakberdayaan pasien. Proses pemberdayaan yang sukses dapat terjadi ketika pasien menerima rasa aman dari penyakit yang dideritanya. Oleh karena itu, diri yang terintegrasi adalah konsekuensi pertama dari pemberdayaan pasien. Melalui interaksi dengan teman sebaya atau penyedia layanan kesehatan, pasien dapat mengembangkan perspektif baru dengan membongkai ulang dan menafsirkan kembali penyakitnya yang pada gilirannya mengarah pada penyesuaian yang lebih baik terhadap kondisi yang sedang dialami (Barr *et al.* 2015). Berdasarkan analisis konsep, Castro *et al.*, (2016) menemukan sembilan referensi empiris

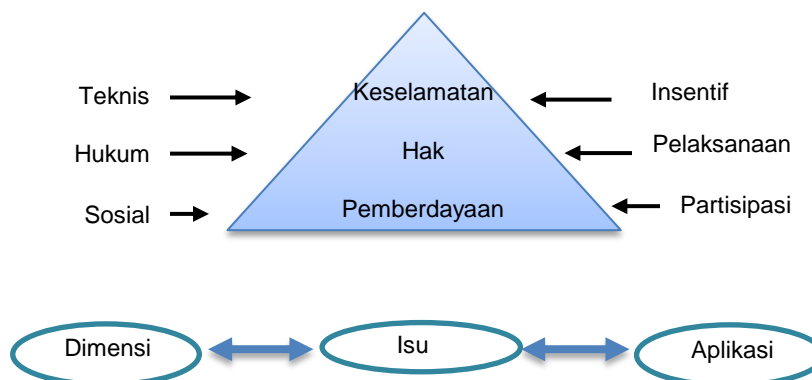
yang terkait dengan pemberdayaan pasien yaitu : pemberdayaan, proses pertumbuhan, koping dan pengambilan keputusan, kontrol (kontrol kognitif, kontrol keputusan dan kontrol perilaku), manajemen diri, efikasi diri, pendidikan pasien , pengetahuan pasien, kontrol pasien, partisipasi pasien dan aktivasi. (Castro, Van Regenmortel, *et al.* 2016).

2.5.3. Dimensi Pemberdayaan Pasien

Dimensi pemberdayaan pasien dapat dari sudut pandang interaksi penyedia-pasien atau dari sudut pandang pasien sendiri, atau keduanya. Dalam interaksi penyedia-pasien, pemberdayaan pasien adalah proses informasi, edukasi dan komunikasi di mana pengetahuan, rencana tindakan, dan kemungkinan manfaat dibagikan. Jika dilihat dari sudut pandang pasien, pemberdayaan pasien adalah proses transformasi positif, dengan hasil yang diharapkan untuk mendapatkan lebih banyak kekuatan atas hidup seseorang (Raina and Thawani 2016). Menurut Diana Delnoij (2013), untuk mengidentifikasi cara meningkatkan keselamatan adalah dengan meningkatkan pemberdayaan pasien dengan menyatakan hak-hak pasien dan mengombinasikan dengan instrumen kebijakan yang menargetkan dimensi kunci lain dari perawatan kesehatan yaitu:

- 1) dimensi teknis: penyediaan perawatan yang aman melalui, misalnya, alat yang melibatkan pasien dalam mempromosikan keselamatan;
- 2) dimensi hukum: hak pasien, termasuk hak atas perawatan yang aman dan efektif dan hak untuk mengeluh tentang hal-hal yang salah, dan sejauh mana penegakan dan implementasi hak-hak tersebut menambah pemberdayaan pasien.
- 3) dimensi sosial: alat kebijakan lain, seperti kampanye pendidikan, diperlukan untuk meningkatkan pemberdayaan pasien dan kemampuan

mereka untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait pengobatan mereka dan dalam mencegah kejadian buruk.



Gambar 2.5. Titik masuk untuk keselamatan pasien, hak dan pemberdayaan

2.5.4. Peran Pasien dalam Keselamatan Pasien

Menurut Peat *et al.*, (2015), ada tiga cara di mana pasien dapat berkontribusi untuk menjaga keselamatannya sendiri yaitu :

- 1) membantu memastikan bahwa pengobatan mereka tepat, misalnya, memberi tahu para profesional tentang alergi atau reaksi merugikan terhadap pengobatan.
- 2) memantau dan memastikan pemberian pengobatan yang aman
- 3) membantu meningkatkan sistem dengan, misalnya, berpartisipasi dalam komite keselamatan.

Rathert, (2011) juga menjelaskan berbagai peran yang dapat dimainkan pasien dalam keselamatannya adalah:

- a) terlibat dalam pemantauan rutin dan pelaporan efek samping (melalui kuesioner pengalaman pasien);
- b) memeriksa kembali apakah mereka diberi obat yang benar, dalam dosis yang benar dan pada waktu yang tepat;

- c) memberitahu tentang apa yang diharapkan dalam hal pembedahan dan didorong untuk melaporkan setiap kejadian atau komplikasi yang merugikan;
- d) mengamati dan menanyakan staf tentang praktik cuci tangan; dan
- e) memastikan mereka telah diidentifikasi dengan benar sebelum perawatan.

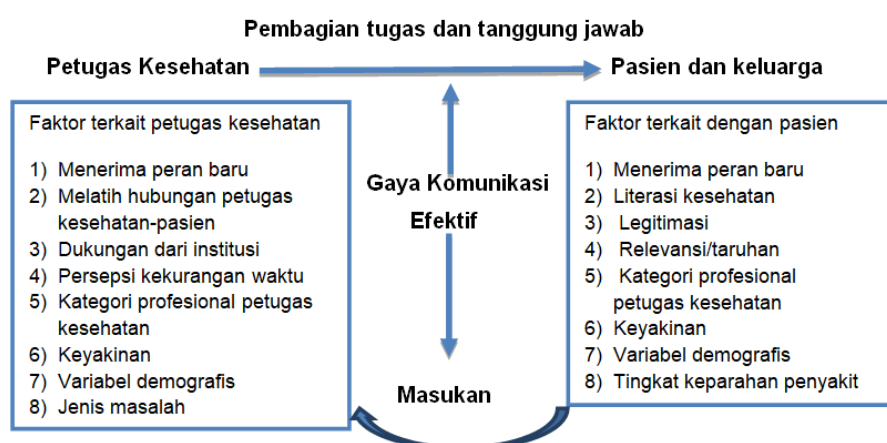
Coulter, A (2011) menyarankan dan memberikan daftar lengkap contoh keterlibatan pasien dalam perawatan yang lebih aman yaitu dengan:

- 1) memilih penyedia yang aman
- 2) membantu mencapai diagnosis yang akurat
- 3) berpartisipasi dalam pengambilan keputusan pengobatan
- 4) berkontribusi pada penggunaan obat yang aman
- 5) berpartisipasi dalam inisiatif pengendalian infeksi
- 6) memeriksa keakuratan catatan medis
- 7) mengamati dan memeriksa proses perawatan
- 8) mengidentifikasi dan melaporkan komplikasi pengobatan dan efek samping
- 9) mempraktekkan perawatan diri yang efektif dan pemantauan perawatan
- 10) memberikan umpan balik dan advokasi untuk memusatkan perhatian pada masalah keamanan.

Menurut Berger *et al.*,(2014), keterlibatan pasien dalam perawatan kesehatan dapat melalui pendekatan *Patient Safety Practice (PSP)*, yang mencakup keterlibatan pasien dalam pencegahan kesalahan seperti praktik cuci tangan (*Hand hygiene /HH*), keterlibatan pasien dalam pencegahan infeksi terkait perawatan kesehatan, keterlibatan pasien dalam implementasi intervensi sistem respon cepat (*Rapid Response System / RRS*), keterlibatan pasien dalam

implementasi intervensi jatuh , keterlibatan pasien dalam implementasi intervensi daftar periksa bedah, keterlibatan keluarga dalam mencegah pneumonia terkait ventilator (*Ventilator-Associated Pneumonia/VAP*), keterlibatan pasien dalam implementasi *Care Transitions Intervention* (CTI) atau pencegahan kesalahan medis setelah keluar dan Intervensi Transisi Perawatan.

Model konseptual partisipasi pasien dalam pencegahan kesalahan seperti yang tergambar pada gambar 2.6 menunjukkan pasien dapat memberikan masukan terkait dengan kesalahan yang terjadi akibat pelayanan kesehatan yang diberikan. Beberapa faktor yang menghambat adalah kemampuan berperan sebagai orang yang memberi tahu, pengetahuan yang dimiliki, apakah informasi yang diberikan relevan, keyakinan kebenaran informasi, asal daerah dan tingkat keparahan keluhan yang dialami. Sedangkan dari petugas kesehatan adalah menerima masukan dengan berperan sebagai pendengar keluhan, meningkatkan hubungan petugas kesehatan dan pasien, adanya dukungan dari institusi, persepsi kekurangan waktu, keyakinan, asal daerah dan jenis masalah pada *medical error*.



Gambar 2.6. Model konseptual partisipasi pasien dalam pencegahan kesalahan
 Sumber: diadaptasi dari Longtin *et al.*, (2010)

2.5.5. Faktor-faktor yang mempengaruhi pemberdayaan pasien dan keluarga dalam program keselamatan pasien

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pasien dan keluarga untuk terlibat dalam keselamatan pasien. Faktor-faktor ini dapat dikategorikan ke dalam faktor yang berhubungan dengan pasien, yang berhubungan dengan penyakit, yang berhubungan dengan profesional kesehatan, dan faktor lainnya. Beberapa faktor kuncinya meliputi:

- a. Faktor yang berhubungan dengan pasien: Pengetahuan dan keyakinan pasien tentang keselamatan, pengalaman emosional dalam pemberian layanan kesehatan, dan gaya penanganan yang relevan dapat memengaruhi partisipasi mereka dalam keselamatan pasien. Karakteristik demografi, seperti usia, jenis kelamin, dan latar belakang budaya, juga dapat berperan dalam membentuk keterlibatan pasien dalam perawatan mereka.
- b. Faktor yang berhubungan dengan penyakit: Tingkat keparahan penyakit dan sifat kondisi pasien dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk berpartisipasi dalam perawatan dan keterlibatan keluarga dalam keselamatan pasien.
- c. Faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan: Sikap, gaya komunikasi, dan kemampuan klinis tenaga kesehatan dapat mempengaruhi keterlibatan pasien dan keluarga dalam keselamatan pasien. Kualitas layanan kesehatan yang diberikan oleh para profesional juga dapat mempengaruhi persepsi pasien dan keluarga mengenai keselamatan dan keterlibatan mereka dalam proses perawatan (Wade et al. 2022).
- d. Budaya organisasi dan komitmen kepemimpinan: Budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti budaya organisasi, komitmen kepemimpinan terhadap keselamatan pasien, serta pendidikan dan pelatihan

staf (Afework et al. 2023). Lingkungan yang mendukung keselamatan pasien dapat mendorong pasien dan keluarga untuk lebih terlibat dalam perawatan mereka.

- e. Pendidikan dan keterlibatan pasien: Pendidikan pasien yang efektif dan keterlibatan anggota keluarga dalam manajemen layanan kesehatan dapat meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga dalam keselamatan pasien. Informasi keselamatan pasien yang komprehensif dan mudah dipahami dapat membantu pasien mengambil peran proaktif dalam perawatan mereka dan meningkatkan keselamatan pasien secara keseluruhan.
- f. Kesenjangan kesehatan dan faktor penentu sosial dalam kesehatan: Kelompok pasien yang dirugikan, seperti kelompok etnis yang terpinggirkan, mungkin mengalami masalah keselamatan pasien yang berbeda karena bias yang tertanam dalam sistem layanan kesehatan, tenaga kerja, dan praktik medis (Wade et al. 2022). Mengatasi kesenjangan dan faktor penentu sosial dalam kesehatan dapat membantu meningkatkan keselamatan pasien bagi semua pasien.

Kesimpulannya, keterlibatan pasien dan keluarga dalam keselamatan pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk yang berhubungan dengan pasien, yang berhubungan dengan penyakit, yang berhubungan dengan profesional kesehatan, budaya organisasi, dan faktor penentu sosial dari kesehatan. Memahami faktor-faktor ini dapat membantu penyedia layanan kesehatan mengembangkan strategi untuk melibatkan pasien dan keluarga dalam perawatan mereka dan meningkatkan keselamatan pasien secara keseluruhan.

2.5.6. Teori – teori / Model yang mendukung pemberdayaan pasien dalam keselamatan pasien

Menurut A. L. Hernan (2018), tidak ada teori mapan yang memposisikan pasien dalam sistem keselamatan, maka model Reason dapat diadaptasi untuk mengetahui pandangan pasien tentang penyebab insiden keselamatan dalam perawatan primer, dan mengeksplorasi serta mengembangkan alat umpan balik pasien untuk peningkatan keselamatan dalam perawatan primer. Meskipun pemikiran sistem adalah pendekatan yang direkomendasikan dan dibenarkan untuk kegiatan peningkatan keselamatan, ada beberapa tantangan dalam penerapannya dalam perawatan kesehatan.

1) Model De Brun

Menurut De Brún *et al.*, (2014), ada tiga faktor yang mendukung dan menghambat pemberdayaan pasien dan keluarga yaitu faktor kognitif-budaya, faktor struktural-prosedural, dan faktor belajar dan berubah.



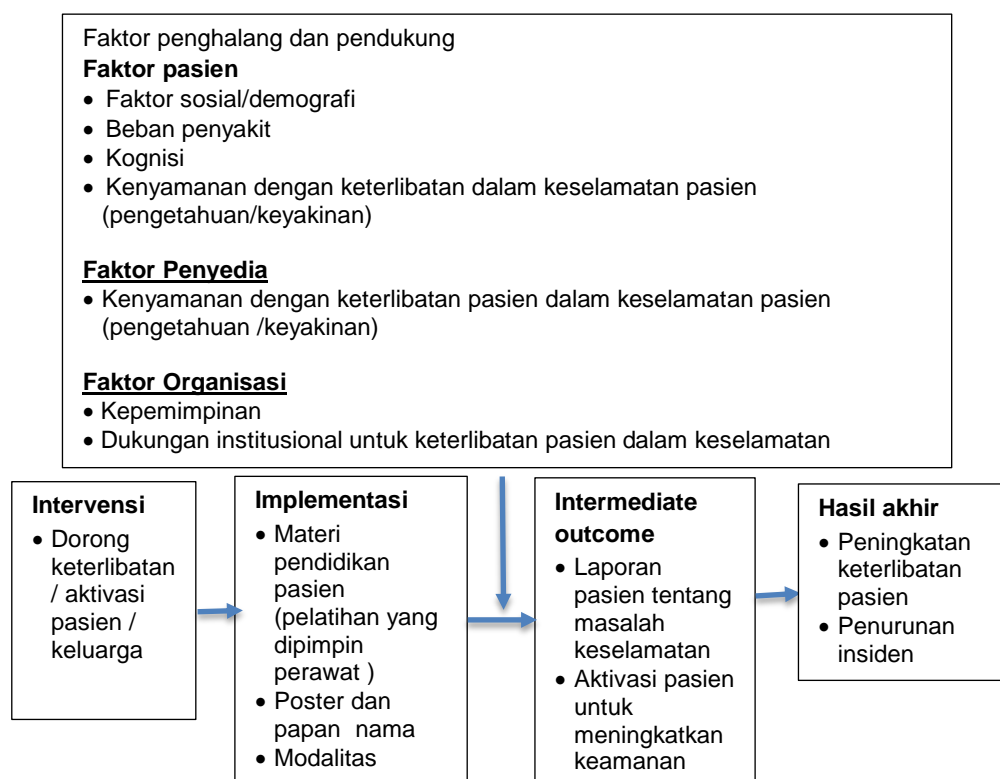
Gambar 2.7. Model penghalang dan pendukung pasien dalam memberikan feed back keselamatan (PRSaFe model dari De Brún *et al.*, 2014)

- a) Faktor kognitif-budaya, berkaitan dengan bagaimana pasien mengkonsep keselamatan. Sebagian besar pasien memahami bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas, sementara sebagian pasien lain merasa bahwa keselamatan pasien tidak berkaitan dengan pasien, karena memberikan umpan balik tentang keselamatan ketika pasien akan pulang atau pemindahan perawatan dianggap tidak banyak berguna. Aktivitas keselamatan pasien yang berisiko dianggap merupakan tanggung jawab tenaga kesehatan dan bukan pasien itu sendiri, jika tenaga kesehatan dalam perawatan dianggap dapat dipercaya dan kompeten. Pendekatan yang berpotensi untuk mengatasi faktor ini adalah mengembangkan model literasi kesehatan untuk meningkatkan cara pasien memahami konsep keselamatan. Karya literasi kesehatan dalam keselamatan pasien telah menekankan pada peningkatan literasi di antara pasien sehingga mereka lebih mampu berpartisipasi dalam perawatan kesehatannya (Y. S. Kim *et al.* 2020).
- b) Faktor struktural-prosedural, berkaitan dengan proses memberikan umpan balik. Beberapa faktor yang mendukung adalah adanya kesempatan, sarana dan kemudahan melakukannya. Sedangkan hambatannya adalah keengganan atau ketidakmampuan untuk memberikan umpan balik, ketakutan akan pembalasan dari petugas karena dicap sebagai pasien yang sulit dan kurangnya akses ke informasi tentang cara melaporkan masalah. Membangun literasi kesehatan di antara pasien penting untuk mengatasi hambatan ini.
- c) Faktor belajar dan berubah, berkaitan dengan efektivitas umpan balik. Persepsi bahwa umpan balik berpotensi membuat perubahan positif dapat memfasilitasi pelaporan pasien; sebaliknya persepsi bahwa umpan balik tidak akan membuat perbedaan apapun dapat menghambat

pelaporan pasien. Komunikasi yang jelas antara profesional perawatan kesehatan dan pasien dapat meyakinkan pasien bahwa umpan balik apa pun akan dipertimbangkan dan akan berdampak dalam hal mengatasi masalah.

2) Model konseptual untuk melibatkan pasien dan keluarga dalam keselamatan pasien di lingkungan rawat inap

Keterlibatan pasien dan keluarga dalam keselamatan pasien dipengaruhi oleh faktor pasien, faktor penyedia, dan faktor organisasi. Pasien adalah bagian penting dari tim perawatan. Pasien menyadari kesalahan yang timbul dari proses perawatan sehingga pasien diposisikan untuk memberikan informasi penting yang tidak ditemukan dari sumber lain seperti rekam medis (Berger *et al.* 2014). Beberapa literatur sebelumnya telah menunjukkan bahwa pasien dapat diberdayakan untuk mengurangi risiko medis dan meningkatkan hasil perawatan (Armitage *et al.* 2018; R Lawton 2017; Taylor *et al.* 2020), tetapi ada beberapa hambatan yang mempengaruhi kemampuan dan kemauan pasien untuk berpartisipasi dalam mengurangi kesalahan medis seperti keparahan penyakit, keengganan untuk berpartisipasi dalam praktik keselamatan, kognitif pasien, hubungan dokter-pasien dan faktor organisasi sistem perawatan Kesehatan (Berger *et al.*, 2014).



Gambar 2.8. Model konseptual melibatkan pasien dan keluarga dalam keselamatan pasien dalam pengaturan rawat inap (Sumber : lampiran online Berger *et al.*, (2014))

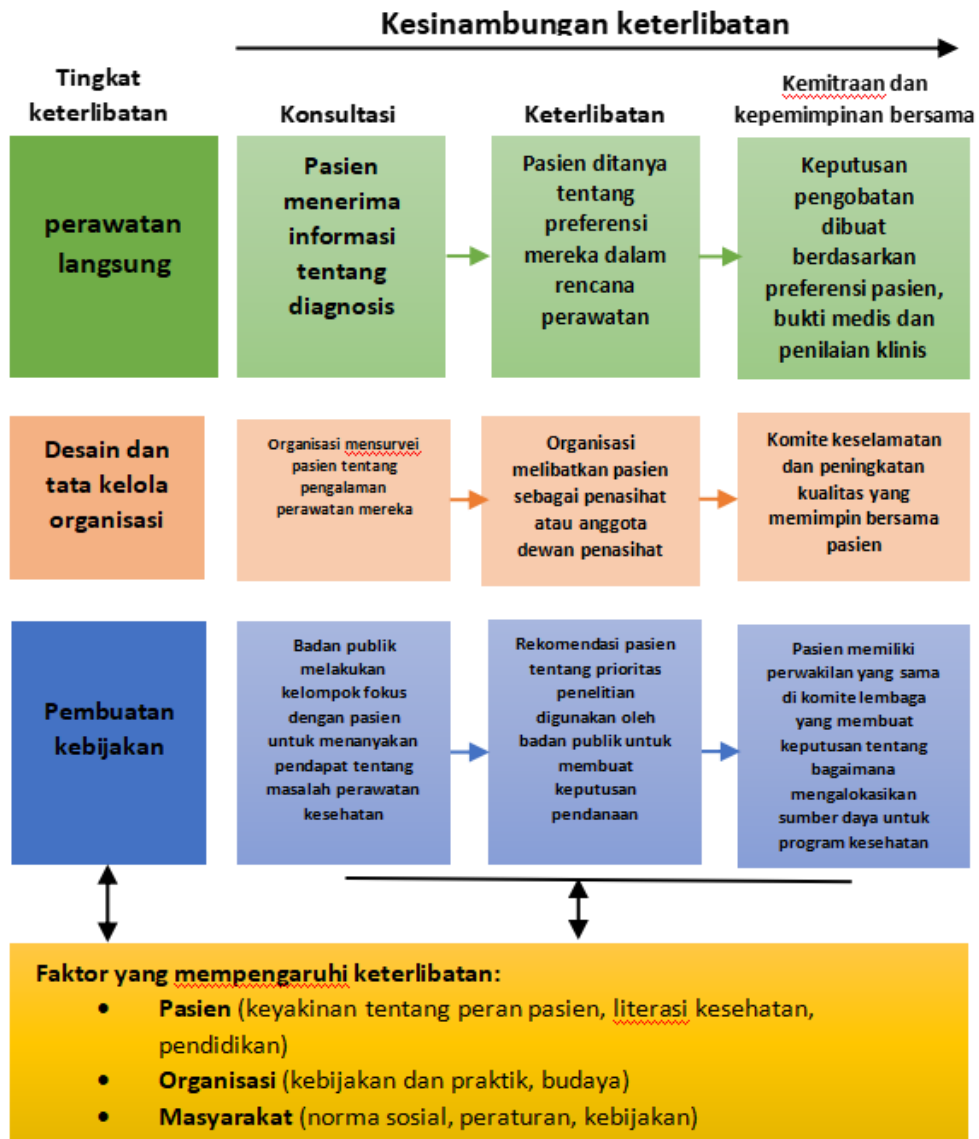
3). Teori Ocloo & Fulop

Menurut Ocloo & Fulop (2012), teori yang memposisikan pasien dalam sistem keselamatan, mempertimbangkan konteks sosial, emosional, sejarah, budaya, fisik, struktural, dan organisasi yang mempengaruhi keterlibatan pasien dalam keselamatan. Teori semacam ini secara sistematis dapat membantu untuk mengatasi faktor-faktor yang menghambat atau mendukung keterlibatan pasien dalam keselamatan serta mengembangkan cara yang efektif untuk mengukur dampaknya.

2.5.7. Kesenambungan keterlibatan pasien

Untuk menjamin kesinambungan keterlibatan pasien dalam pencegahan insiden dapat dikelompokkan dalam berbagai tingkatan keterlibatan yaitu tingkat

perawatan langsung, desain dan tata kelola organisasi dan tingkat pembuatan kebijakan. Sedangkan bentuk keterlibatan dapat berupa konsultasi, keterlibatan, kemitraan dan kepemimpinan bersama, seperti yang tersaji pada Gambar 2.9.



Gambar 2.9. Kesinambungan Keterlibatan Pelaksana, Manajemen dan Pengambil Kebijakan dan Faktor yang Mempengaruhinya
Sumber : (Carman *et al.* 2016)

Tabel 2.2. Penelitian - penelitian terkait pemberdayaan pasien dan keluarga dalam meningkatkan keselamatan pasien

No	Penulis, Tahun Negara	Sampel	Desain Studi	Variabel	Kesimpulan
1	Jiang, S. & Street, R. L, 2019, Singapura	401 orang dewasa Cina	Survei dan analisis regresi berganda hierarkis	Faktor sosial, klinis dan media.	Proses pemberdayaan bervariasi antar budaya. Pemberdayaan pasien dalam budaya kolektifis.
2	O'Hara, J.K., et al. 2018, Inggris	2.471 pasien rawat inap	<i>Multi centre, waitlist design, cluster randomised controlled trial</i>	Klasifikasi Laporan	Sebanyak 35% laporan diklasifikasikan oleh dokter sebagai insiden keselamatan pasien menurut definisi standar. Kesalahan pengobatan sebagai insiden yang paling sering dilaporkan. Pasien dapat memberi wawasan tentang keselamatan yang melengkapi pengukuran keselamatan pasien, dengan frekuensi insiden keselamatan pasien yang dilaporkan sama dengan yang diperoleh melalui tinjauan catatan kasus.
3	O'Hara, Jane Kathryn., et al. 2017, Inggris	9 bangsal, dari 432 pasien yang didekati 178 setuju bertsipasi	Uji coba eksplorasi dengan prinsip pengacakan cluster. Wawancara Formulir berbasis kertas Hotline keselamatan pasien.	Mekanisme cara pelaporan pasien	Mekanisme cara melaporkan kekhawatiran pasien, yang paling disukai pasien adalah wawancara.

Bersambung...

Lanjutan Tabel 2.2.

No	Penulis, Tahun Negara	Sampel	Desain Studi	Variabel	Kesimpulan
4	Taylor, N., <i>et al.</i> 2016, Australia	34 Pasien stroke, AMI dan patah tulang pinggul menerima perawatan di 3 bangsal	<i>Randomized Controlled Trial</i>	Penerimaan persepsi pasien	Menerima persepsi pasien tentang perawatan penting dalam meningkatkan keselamatan pasien. PMOS yang direvisi cocok digunakan oleh orang dewasa lanjut usia yang rentan.
5	Kok, J., Leistikow, I., & Bal, R. 2018 Netherlands.	13 rumah sakit Belanda. Peserta studi (n ¼ 18)	Wawancara semi-terstruktur dilakukan dengan manajer dan penyelidik insiden	Pengetahuan tentang praktik dan tantangan dalam melibatkan pasien atau keluarga	Suara pasien dan keluarga didengar tetapi nilai masukan mereka sering diremehkan dan tidak digunakan sebagai pendorong untuk pembelajaran yang lebih luas.
6	Serrano-Ripoll, M.J., <i>et al.</i> 2019, Spanyol	Tahap 1: 40 fasilitas layanan Kesehatan Tahap 2: 10 pusat PHC (500 pasien, 260 penyedia) Tahap 3: 1248 profesional	Penelitian ini terdiri dari 3 tahap: Tahap 1 mengembangkan intervensi Tahap 2: uji coba intervensi Tahap 3 mengevaluasi	Tingkat respon dalam penerapan keselamatan pasien	Pasien memiliki persepsi positif terhadap tingkat penerapan keselamatan pasien. Hampir setengah dari pasien, melaporkan masalah keselamatan yang dialaminya dan seperempat melaporkan mengalami beberapa tingkat bahaya akibat dari perawatan kesehatan yang diterima dalam 12 bulan sebelumnya.

Bersambung...

Lanjutan Tabel 2.2.

No	Penulis, Tahun Negara	Sampel	Desain Studi	Variabel	Kesimpulan
		PHC dalam 48 pusat PHC	intervensi		
7	Aoki, T., & Watanuki, S. 2020, Jepang	Dari 1474 pasien rawat jalan perawatan primer	Studi <i>cross-sectional Multicentre</i>	Penyebab kesalahan diagnostic yang dilaporkan pasien	Proporsi lebih rendah dari pasien yang melaporkan pengalaman kesalahan diagnostik dalam perawatan primer dibandingkan yang dilaporkan dalam penelitian sebelumnya di negara lain. Namun, pasien dengan multimorbiditas lebih mungkin melaporkan kesalahan diagnostik dalam perawatan primer. Penelitian lebih lanjut perlu untuk meningkatkan proses diagnosis pada pasien multimorbiditas.
8	Lawton R, O'Hara JK, Sheard L, <i>et al.</i> 2015 Inggris	822 pasien dan 648 staf dari 33 bangsal di Rumah sakit	<i>Randomized Controlled Trial</i>	Umpan balik 1. Patient perceptions of safety: The PMOS includes 44 2. Patient experienc: The friends and family test	Umpan balik dari pasien tentang keamanan perawatan yang mereka terima dapat digunakan, selain data dari staf untuk mendorong peningkatan keamanan dalam perawatan kesehatan.

Bersambung...

Lanjutan Tabel 2.2.

No	Penulis, Tahun Negara	Sampel	Desain Studi	Variabel	Kesimpulan
				6. Staff: survey budaya keselamatan pasien (AHRQ)	
9	Scott, J., Waring, J., Heavey, E., & Dawson, P. 2014, Inggris	pasien yang dipulangkan dari 15 bangsal di empat area klinis (jantung, perawatan lansia, ortopedi, dan stroke) selama 1 tahun.	<i>Mixed method</i> Studi ini terdiri dari tiga komponen: 1) pengalaman keamanan pasien yang berkaitan dengan pemindahan perawatan, 2) Penerimaan pasien untuk melaporkan pengalaman keselamatan, 3) peningkatan kualitas menggunakan pengalaman keselamatan pasien.	Laporan keselamatan pasien setelah pemindahan perawatan, yang akan mencakup proses melepaskan, perjalanan dan masuk proses di ruang rawat berikut.	Penelitian ini menyimpulkan bahwa ada kebutuhan pasien untuk terlibat dalam keselamatan mereka sendiri, Kebutuhan ini dapat diatasi melalui pelaporan pasien tentang masalah atau insiden keselamatan, sehingga organisasi dapat belajar dari perspektif pasien.

Bersambung...

Lanjutan Tabel 2.2.

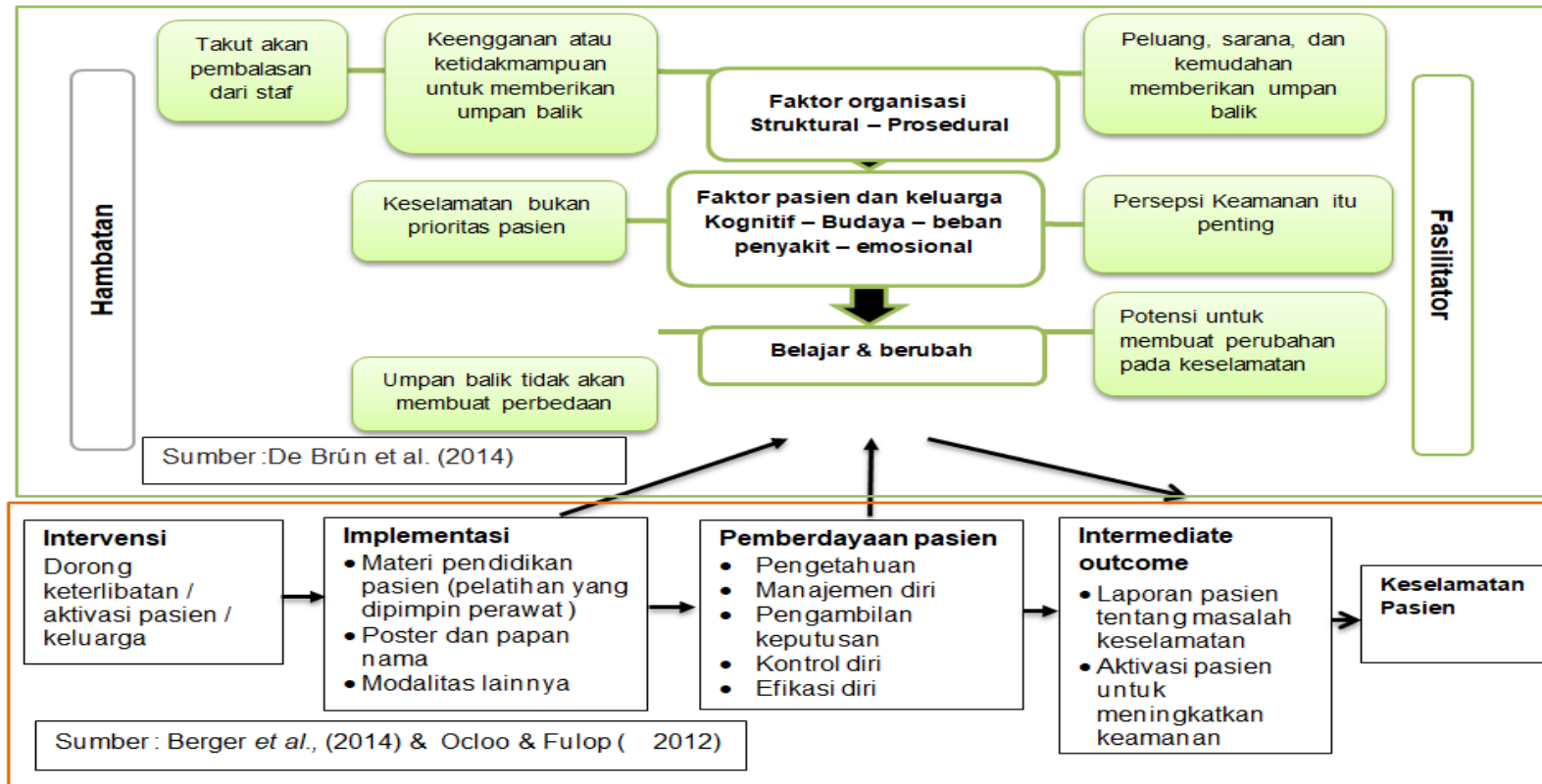
No	Penulis, Tahun Negara	Sampel	Desain Studi	Variabel	Kesimpulan
10	Southwick, F. S., <i>et al.</i> 2015 USA	696 pasien dan keluarganya	Survey kualitatif kuantitatif yang diposting di situs web Koalisi pemberdayaan Pasien (EPC)	Perspektif pasien tentang kejadian medis dan bedah yang merugikan	Cedera sering dikaitkan dengan kesalahan diagnostik dan terapeutik, diikuti oleh komplikasi bedah, infeksi nosocomial dan kesalahan pengobatan. Analisis kualitatif dari 450 narasi mengungkapkan kurangnya akuntabilitas, komunikasi dan kurangnya penyedia untuk mendengarkan. Konsekuensinya dapat menyebabkan kematian, stres pasca-trauma, kesulitan keuangan dan cacat permanen. Kondisi ini menyebabkan hilangnya kepercayaan pasien kepada penyedia layanan. Pasien dan anggota keluarga menyarankan adanya upaya pencegahan dan menekankan pentingnya pengambilan keputusan bersama.
11	Ricci-Cabello, I., <i>et al.</i> 2017 Inggris	Sampel acak dari 6736 pasien	Kuesioner <i>Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care</i> (PREOS-PC)	Pengalaman yang dilaporkan pasien dan hasil keselamatan pasien	Area prioritas untuk peningkatan keselamatan pasien dalam praktik umum di Inggris meliputi janji temu, diagnosis, komunikasi, koordinasi, dan aktivasi pasien.

Bersambung...

Lanjutan Tabel 2.2.

No	Penulis, Tahun Negara	Sampel	Desain Studi	Variabel	Kesimpulan
12	S.J.Giles <i>et al.</i> , 2019 Inggris	490 pasien dewasa dalam sembilan praktik perawatan primer	<i>Cross-sectional</i>	Struktur faktor dan keandalan skala internal, validitas diskriminan, validitas konvergen.	Penelitian ini menetapkan PMOS PC 28-item andal dan valid. Hal Ini bisa meningkatkan atau melengkapi metode pengumpulan data yang digunakan saat ini dalam perawatan primer untuk mengidentifikasi dan mencegah kesalahan

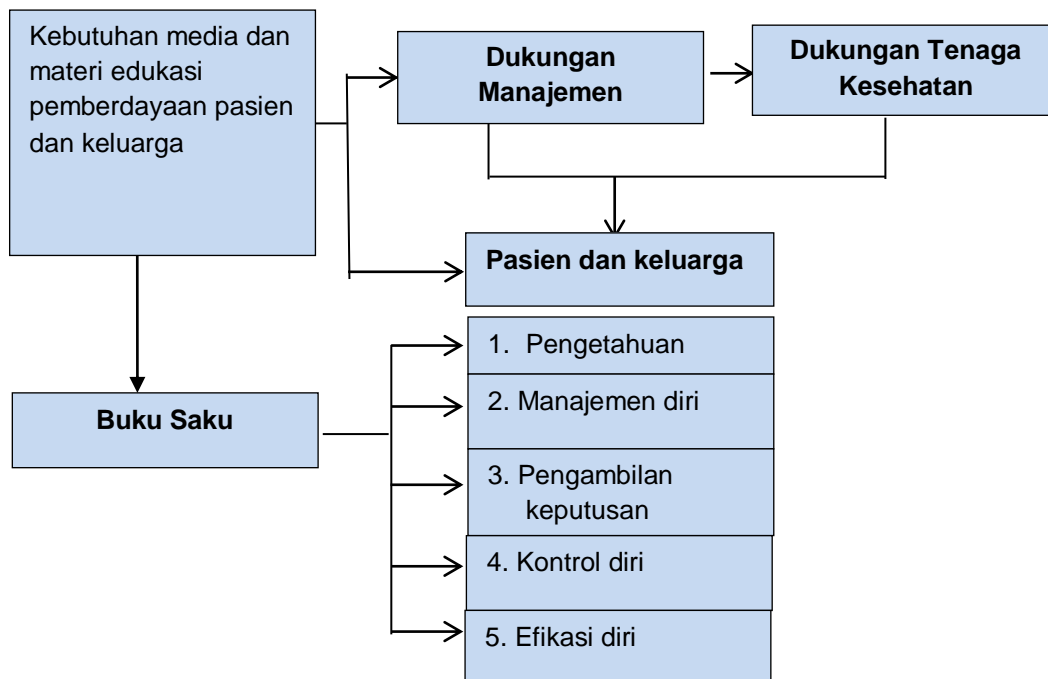
2.6. Kerangka Teori



Gambar 2.9. Kerangka Teori Penelitian

Modifikasi teori / model Berger et al., (2014), PReSaFe model (De Brún et al. 2014), Ocloo & Fulop (2012)

2.7. Kerangka Konsep



Gambar 2.10. Kerangka konsep penelitian

2.8. Hipotesis

- H1: Ada pengaruh edukasi menggunakan buku saku terhadap persepsi pasien dan keluarga tentang dukungan manajemen terhadap pemberdayaan pasien dan keluarga.
- H2: Ada pengaruh edukasi menggunakan buku saku terhadap persepsi pasien dan keluarga tentang dukungan petugas kesehatan terhadap pemberdayaan pasien dan keluarga.
- H3: Ada perbedaan pengetahuan pasien dan keluarga tentang perannya dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien sebelum dan sesudah edukasi menggunakan buku saku.

H4: Ada perbedaan manajemen diri pasien dan keluarga dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien sebelum dan sesudah edukasi menggunakan buku saku.

H5: Ada perbedaan cara mengambil keputusan pasien dan keluarga dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien sebelum dan sesudah edukasi menggunakan buku saku.

H6: Ada perbedaan kontrol pasien dan keluarga dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien sebelum dan sesudah edukasi menggunakan buku saku.

H7: Ada perbedaan efikasi diri pasien dan keluarga dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien sebelum dan sesudah edukasi menggunakan buku saku.