

TESIS

**PENGEMBANGAN VIDEO EDUKASI *PATIENT SAFETY* UNTUK
MENINGKATKAN KETERLIBATAN PASIEN DAN KELUARGA
DALAM Mendukung WHO *GLOBAL PATIENT SAFETY*
*ACTION PLAN 2030***



HANDAYANI

R012231009

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

Halaman Pengesahan

TESIS

**PENGEMBANGAN VIDEO EDUKASI PATIENT SAFETY UNTUK MENINGKATKAN
KETERLIBATAN PASIEN DAN KELUARGA DALAM Mendukung
WHO GLOBAL PATIENT SAFETY
ACTION PLAN 2030**

Disusun dan diajukan oleh

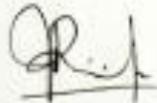
HANDAYANI

Nomor Pokok: R012231009

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal **DESEMBER 2024**
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Rini Rachmawaty, S.Kep.Ns., MN., Ph.D.
NIP. 198007172008122003



Prof. Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep.Ns., M.Kes
NIP. 19771020 200312 2 001

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Saldy Yusuf, S.Kep. Ns., MHS., Ph.D., ETN
NIK. 197810262018073001

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 195904212001122002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Handayani
Nim : R012231009
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Judul : Pengembangan Video Edukasi *Patient Safety* untuk Meningkatkan Keterlibatan Pasien dan Keluarga dalam Mendukung WHO *Global Patient Safety Action Plan 2030*

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis saya ini hasil pemikiran sendiri 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 di kemudian 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 di Universitas Hasanuddin.

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

Makassar, November 2024



Handayani

ABSTRAK

HANDAYANI. Pengembangan Video Edukasi *Patient Safety* untuk Meningkatkan Keterlibatan Pasien dan Keluarga dalam Mendukung WHO *Global Patient Safety Action Plan 2030* (dibimbing oleh **Rini Rachmawaty** dan **Kadek Ayu Erika**).

Latar belakang: Keselamatan pasien merupakan isu global yang kritis, dengan jutaan pasien di seluruh dunia mengalami bahaya akibat kesalahan perawatan kesehatan setiap tahunnya. Melibatkan pasien dan keluarga dalam praktik keselamatan telah diakui sebagai strategi unggulan untuk mengurangi insiden. **Tujuan:** Mengembangkan video edukasi untuk meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga berdasarkan enam sasaran keselamatan pasien dengan menggunakan bahasa lokal Bugis dan Makassar serta mengevaluasi dampaknya terhadap peningkatan pengetahuan. **Metode:** Video edukasi menggunakan model *Analysis Desain Development Implementation and Evaluation* (ADDIE) dengan mempertimbangkan kebutuhan pasien, saran ahli melalui metode delphi, literatur review dan uji validitas. Desain *quasi-eksperimental pre-post-test*, 102 partisipan dibagi ke dalam tiga kelompok: video bahasa Bugis, Makassar, dan buku panduan bahasa Indonesia. Data dikumpulkan dari Juli hingga September 2024 dan dianalisis menggunakan uji *Wilcoxon* untuk efektivitas dalam kelompok dan uji *Kruskal-Wallis* untuk perbedaan antar kelompok. **Hasil:** Temuan menunjukkan peningkatan pengetahuan yang signifikan di semua kelompok, dengan kelompok video bahasa Bugis mencapai peningkatan pengetahuan tertinggi ($p < 0,001$), diikuti oleh kelompok video bahasa Makassar ($p < 0,001$) dan kelompok buku panduan bahasa Indonesia ($p = 0,002$). **Kesimpulan:** Temuan ini menunjukkan bahwa video edukasi merupakan alat yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan terkait keterlibatan pasien dan keluarga, yang berkontribusi pada tujuan WHO *Global Patient Safety Action Plan 2030*. Penelitian di masa mendatang disarankan untuk mengevaluasi dampak jangka panjang video edukasi terhadap keterlibatan dan pengurangan insiden, serta memperluas aksesibilitas masyarakat umum yang disesuaikan dengan budaya populasi setempat.

Kata kunci: Edukasi *patient safety*, keterlibatan pasien dan keluarga, *global patient safety action plan 2030*, video edukasi.

ABSTRACT

HANDAYANI. *Development of Educational Videos on Patient Safety to Enhance Patient and Family Engagement in Supporting the WHO Global Patient Safety Action Plan 2030 (Supervised by **Rini Rachmawaty** dan **Kadek Ayu Erika**).*

Background: *Patient safety is a critical global issue, with millions of patients worldwide experiencing harm due to healthcare errors annually. Engaging patients and their families in safety practices has been recognized as a key strategy to reduce incidents.*

Objective: *To develop an educational video aimed at enhancing patient and family engagement based on the six patient safety goals, utilizing local Bugis and Makassar languages, and to evaluate its impact on knowledge improvement.* **Methods:** *The educational video was developed using the ADDIE (Analysis, Design, Development, Implementation, and Evaluation) model, incorporating patient needs, expert feedback through the Delphi method, literature reviews, and validity testing. A quasi-experimental pre-post-test design was employed with 102 participants divided into three groups: Bugis language video, Makassar language video, and an Indonesian language guidebook. Data were collected from July to September 2024 and analyzed using the Wilcoxon test for within-group effectiveness and the Kruskal-Wallis test for between-group differences.*

Results: *The findings revealed significant improvements in knowledge across all groups, with the Bugis video group showing the highest knowledge increase ($p < 0.001$), followed by the Makassar video group ($p < 0.001$) and the guidebook group ($p = 0.002$).*

Conclusion: *Educational videos are effective tools for enhancing knowledge related to patient and family engagement, contributing to the goals of the WHO Global Patient Safety Action Plan 2030. Future research is recommended to evaluate their long-term impact on engagement and incident reduction, as well as to expand their accessibility to the general public, tailored to the cultural context of the local population.*

Keywords: *Patient safety education, patient and family engagement, Global Patient Safety Action Plan 2030, educational video.*

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Alhamdulillahirobbil a'lamiiin, puji syukur kepada ALLAH SWT atas rahmat rezeki dan segala pertolongan-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan Proposal Tesis dengan judul “Pengembangan Video Edukasi *Patient Safety* untuk Meningkatkan Keterlibatan pasien dan Keluarga dalam Mendukung *Global Action Plan Patient Safety 2021-2030*”. Proposal ini dipersembahkan kepada yang tersayang kedua orang tua, suami, anak, keluarga dan sahabat semua serta keluarga PSMIK 2023.

Tesis ini terselesaikan berkat usaha, doa berbagai pihak, terutama pembimbing yang sabar dan ikhlas berkontribusi penuh. Dengan penuh rasa hormat penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan kepada Ibu Rini Rachmawaty, S,Kep., Ns., MN, Ph.D (Pembimbing 1) dan Ibu Prof. Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep,Ns,M.Kes (pembimbing 2), juga Ibu Prof. Dr. Elly L Sjattar, S.Kp., M.Kes pembimbing akademik dan menjadi panutan. Salam hormat dan terima kasih penulis sampaikan pula kepada Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc Rektor Universitas Hasanuddin, Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh,S.Kp.,M.Si Dekan Fakultas Keperawatan, Bapak Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.,ETN Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin beserta seluruh dosen dan staf. Serta penguji, Bapak Dr. Nuurhidayat Jafar, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Bapak Syahrul, S.Kep. Ns., M.Kes., Ph.D yang telah banyak mengkritisi, memberi saran pada tesis ini dan semua pihak yang tidak sempat disebut.

Semoga ALLAH SWT membalas segala budi baik bapak ibu semua, menjadi amalan dan berkah, sukses dunia dan sukses akhiratnya selalu. Amiin Ya Robbal alamiin.

Makassar, April 2024



Handayani

DAFTAR ISI

ABSTRAK	iv
<i>ABSTRACT</i>	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
PENDAHULUAN	12
A. Latar Belakang	12
B. Rumusan Masalah	18
C. Tujuan Penelitian	19
D. Pernyataan Originalitas	20
BAB II	22
TINJAUAN PUSTAKA	22
A. Algoritma Pencarian	22
B. Tinjauan Literatur	23
1. Konsep Keselamatan Pasien	23
2. Konsep <i>Global Patient Safety Action Plan 2021-2030</i>	34
3. Konsep Keterlibatan Pasien dan Keluarga terhadap <i>Patient Safety</i>	38
4. Konsep Edukasi <i>Patient Safety</i>	43
5. Konsep Video Edukasi	44
6. Konsep Teknik <i>Delphi</i>	49
7. Feasibilitas, Validitas & Reliabilitas	55
C. Konsep Model	57
D. Tahapan Penelitian Berdasarkan Metode ADDIE	61
E. Kerangka Teori	62
BAB III	63
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	63
A. Kerangka Konsep	63
B. Komponen Video Edukasi <i>Patient Safety</i>	64
C. Definisi Operasional	68

D. Hipotesis Penelitian	71
BAB IV	72
METODE PENELITIAN.....	72
A. Tahap I	72
1. Desain Penelitian.....	72
2. Populasi.....	72
3. Desain Rencana Pemilihan Partisipan	72
4. Metode Pengumpulan Data dan Instrumen.....	73
B. Tahap II	74
C. Tahap III.....	74
1. Populasi.....	76
2. Sampel	76
3. Kriteria Inklusi, Eksklusi dan <i>Dropout</i>	77
4. Instrument	77
5. Observasi	78
6. Enumerator.....	78
D. Tempat Dan Waktu Penelitian.....	79
E. Analisis Data	79
1. Pengumpulan data	79
2. Pengolahan data.....	80
F. Etika Penelitian.....	80
G. Alur Penelitian.....	82
DAFTAR PUSTAKA.....	118

DAFTAR TABEL

Table 1 Definisi Operasional	68
Tabel 2 Waktu Penelitiann	79

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Langkah dan Strategi Utama dalam Melakukan Tinjauan Pustaka	22
Gambar 2 Framework for Action- The 7x5 matrix	35
Gambar 3 Program Pendidikan Keselamatan Pasien	38
Gambar 4 Framework engagement patient and family	39
Gambar 5 Teori <i>swiss cheese</i> model.....	41
Gambar 6 Implementasi global inisiatif untuk informasi dan.....	43
Gambar 7 Tahapan Studi Delphi	51
Gambar 8 Stabilitas Studi Delphi	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Formulir Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP)	126
Lampiran 2 Formulir Informed Consent	127
Lampiran 3 Instrumen Penilaian Patient Safety Dari Perspektif Pasien	128
Lampiran 4 Lembar Observasi Patient Safety Dari Perspektif Pasien	132
Lampiran 5 Panduan Persiapan Tugas Enumerator.....	135
Lampiran 6 Rekomendasi Etik	136
Lampiran 7 Surat Persetujun Atasan	137
Lampiran 8 Rekomendasi Persetujuan Etik	138
Lampiran 9 Permohonana Izi Penelitian.....	139
Lampiran 10 Dokumentasi.....	140

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Patient safety merupakan upaya terorganisir dalam mengurangi risiko bahaya maupun kesalahan yang terjadi di pelayanan kesehatan. Secara global, sekitar 1 dari 10 pasien mengalami kesalahan perawatan hingga 134 juta per tahun (*World Health Organization*, 2023). Hal ini mengakibatkan kematian dengan jumlah yang meningkat yaitu 2,6 juta (2019) menjadi >3 juta per tahun (2023) (WHO, 2019, 2023). Secara global, diprediksi 4 dari 10 pasien mengalami cedera dan 4 dari 100 pasien meninggal di negara berpenghasilan rendah hingga menengah (Slawomirski L, Auraaen A, 2018, 2023; WHO, 2023). Kesalahan perawatan ini menjadi ancaman serius bagi sistem layanan kesehatan secara global dan menjadi isu mendalam di seluruh dunia.

Kesalahan perawatan menyebabkan dampak negatif yang luas. Kesalahan perawatan termasuk satu dari sepuluh penyebab utama kematian maupun kecacatan di seluruh dunia (WHO, 2019), menyebabkan kerugian finansial yang sangat besar dan berdampak pada ekonomi (Slawomirski L, 2020), hilangnya kapasitas produktivitas, menurunnya mutu dan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, serta memberi problem psikologis (WHO, 2023). Oleh karena itu, perlu dilakukan upaya khusus dalam mencegah insiden keselamatan pasien.

Secara global, insiden keselamatan pasien umumnya terjadi pada proses dan prosedur pelayanan. Diantarnya, seperempat lebih kesalahan pengobatan, beresiko kematian (Hodkinson et al., 2020), dari tindakan bedah global >300 juta per tahun, 10% insiden cedera dapat dicegah pada area pembedahan (Meara et al., 2015; Panagioti et al., 2019; Rodziewicz et al., 2023). Kesalahan identifikasi (12,3%) tahun 2014-2017 (De Rezende et al., 2019), ketidaktepatan diagnostik (5-20%) pada setiap konsultasi pasien dan dokter (National Academies Press, 2015). Lebih dari 1 dari 10 pasien mengalami dekubitus akibat perawatan (Li et

al., 2020) dan tromboemboli berkontribusi pada sepertiga dari komplikasi akibat perawatan di Rumah Sakit (RS) (Raskob et al., 2016). Data tersebut mencerminkan kompleksitas ancaman dalam layanan kesehatan, ditambah lagi dengan terjadi peningkatan risiko infeksi setiap tahunnya.

Infeksi yang terjadi di Rumah Sakit atau *Healthcare Associated Infections* (HAIs) meningkat setiap tahunnya. Peningkatan HAIs mencapai 0,06% setiap tahun (saat ini 0,14) dan mengakibatkan *long stay*, disabilitas kronis, peningkatan resistensi antimikroba serta beban keuangan (pada pasien, keluarga & sistem kesehatan) hingga menyebabkan kematian (Raofi et al., 2023). Selain itu, pasien jatuh sering terjadi (LeLaurin & Shorr, 2019) dan lebih dari sepertiga mengakibatkan cedera (Patient Safety Network, 2023). Lebih lanjut, transfusi (tidak perlu dan tidak aman) beresiko infeksi menular (WHO, 2023), kejadian sepsis menyebabkan mortalitas 24,4% (Markwart et al., 2020) serta penyuntikkan tidak aman berisiko penyakit menular dan tidak menular (Pépin et al., 2014). Secara global, pelaporan insiden *patient safety* memiliki tingkat aksesibilitas yang berbeda dibandingkan di tingkat nasional, yang umumnya masih sulit diakses.

Di Indonesia, sistem pelaporan belum sepenuhnya sesuai panduan nasional dan WHO. Ketidakefektifan pelaporan dinas kesehatan belum optimal yang disebabkan kurangnya dukungan pemerintah, motivasi sehingga memerlukan kolaborasi pemerintah, lembaga, RS dan pemangku kepentingan untuk merubah sistem yang ada (Dhamanti, Leggat, & Barraclough, 2019; Dhamanti et al., 2021, 2022;). Saat ini terdapat 11.558 laporan insiden *patient safety* di Indonesia dan baru 12% Rumah Sakit (RS) yang berkontribusi dalam pelaporan (2015-2019) (Arjaty Daud, 2020). Di Sulawesi Selatan (Sulsel), RS yang melaporkan *patient safety incident* sebanyak (9%). Sedangkan Indikator Nasional Mutu (INM) tahun 2022 yang berkaitan dengan *patient safety* yaitu, *hand hygiene* (88.17%), APD (92.50%), identifikasi pasien (98.45%) dan resiko jatuh (92.61%), namun, kepuasan pasien menurun dari tahun 2021 – 2022 (79.23% - ±40%) (Kemenkes, 2022). Pelaporan keselamatan pasien di Provinsi Sulsel menunjukkan

peningkatan pada praktik keamanan kesehatan, namun tingkat kepuasan pasien mengalami penurunan.

Di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin (RS Unhas), berdasarkan hasil wawancara Direktur Keperawatan sebagai *expert opinion* ahli, budaya pelaporan saat ini sudah sangat baik. Saat ini, yang dibutuhkan secara khusus yaitu bagaimana meningkatkan pasien dan keluarga dalam upaya *patient safety*, karena kunci pencegahan terjadinya *patient safety incident* adalah melibatkan pasien dan keluarga dalam proses perawatan (WHO, 2019). Data mutu RS Unhas tahun 2023, dilaporkan insiden kejadian potensial cedera (KPC) sebanyak 29, kejadian nyaris cedera (KNC) 4, kejadian tidak cedera (KTC) 8, kejadian tidak diharapkan (KTD) 7 dan tidak terdapat insiden sentinel. Temuan ini menegaskan pentingnya menelaraskan inisiatif keselamatan pasien lokal, seperti meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga sesuai aksi WHO *Global Patient Safety Action Plan 2030* untuk menghilangkan bahaya dalam pelayanan kesehatan.

Global Patient Safety Action Plan 2030 (GPSAP) merupakan rencana aksi global WHO menuju menghilangkan bahaya dalam pelayanan kesehatan. Rencana kerja GPSAP ini dituang dalam *Framework Matrix 7x5* (tujuh tujuan strategis yang dapat dicapai melalui 35 strategi khusus). Di dunia, baru 55% negara yang memprioritaskan keselamatan pasien dalam kebijakan kesehatan nasional dan hanya 27% negara yang memiliki rencana aksi nasional serta 12% negara yang memiliki sumber daya manusia dan keuangan yang memadai (WHO Member States, 2023). Dari ketujuh rencana strategis, rencana keempat (melibatkan dan berdayakan pasien dan keluarga) merupakan cara paling ampuh dan merupakan program unggulan WHO *patient for patient safety* (PFPS) (WHO, 2021, 2023). Meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga tidak hanya memperkuat efektivitas rencana aksi keselamatan pasien, tetapi juga memberikan dampak luar biasa dalam menciptakan budaya pelayanan kesehatan yang lebih aman.

Efek melibatkan pasien dan keluarga dalam proses perawatan sangat luar biasa. Keuntungan investasi mencapai 15% dapat menekan kerugian finansial

hingga miliaran dolar per tahun dan menyelamatkan banyak nyawa jika betul-betul menerapkan keterlibatan pasien dan keluarga (WHO, 2019, 2023). Studi meta analisis 30 tahun terakhir menyimpulkan, intervensi keterlibatan pasien dan keluarga signifikan mengurangi *patient safety incident*, *length of stay*, meningkatkan kepuasan keluarga dan kepuasan pasien (Giap & Park, 2021). Studi kohort multisenter juga menunjukkan signifikansi penurunan insiden kesalahan medis, meminimalisir kejadian buruk dan meningkatkan pengalaman serta komunikasi keluarga (Khan et al., 2018). Selain itu, keterlibatan pasien dan keluarga dapat mendeteksi kemungkinan bahaya, merumuskan sistem yang lebih aman serta merupakan upaya preventif sekaligus meminimalkan risiko kesalahan perawatan (Rachmawaty et al., 2023). Saat ini upaya peningkatan keterlibatan pasien dan keluarga untuk keselamatan pasien di rumah sakit menunjukkan langkah progresif (Bergerød et al., 2018; Duhn & Medves, 2018; Goncalves et al., 2020; Lewis et al., 2022; Shin et al., 2021). Oleh karena itu penting untuk mengetahui bagaimana keterlibatan pasien dan keluarga di RS yang ada di Indonesia.

Penelitian sebelumnya telah mengevaluasi keterlibatan pasien dalam praktik *patient safety*. Tesis penelitian oleh Armidayanti et al., (2023) dengan judul *Evaluasi Keterlibatan Pasien Secara Aktif dalam Praktik Patient Safety di ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Lokal Majene*, ditemukan keterlibatan pasien yang sangat rendah. Selain itu, dipaparkan pada materi Webinar Nasional “*Engaging Patient for Patient Safety Webinar World Patient Safety Day 2023*”, secara nasional, keterlibatan pasien dan keluarga belum optimal karena belum ada kesetaraan hubungan antara pasien dengan tenaga kesehatan. Oleh karena itu dibutuhkan metode/strategi yang paling efektif untuk meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga dalam upaya *patient safety* (Haslinda et al., 2021). Sesuai instruksi WHO, ditekankan pentingnya edukasi meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga dalam menciptakan layanan kesehatan yang lebih aman.

WHO menyoroti urgensi edukasi *patient safety* untuk meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarganya di fasilitas kesehatan. Upaya

mengembangkan, menyusun, dan menyebarkan materi meningkatkan literasi kesehatan pasien dan keluarga, dapat dilakukan melalui aplikasi ponsel, brosur, atau video (WHO, 2021). Akan tetapi, inisiatif untuk mengedukasi dan meningkatkan keterlibatan aktif serta pengambilan keputusan pasien/keluarga secara global masih rendah (WHO Member States, 2023). Edukasi kesehatan saat ini umumnya dalam bentuk format cetak dengan bahasa yang menghambat pemahaman dan cenderung tidak dibaca, sehingga menyebabkan kesenjangan komunikasi efektif (Jansen et al., 2021; Schneider et al., 2023). Selain itu dibutuhkan pengurangan waktu kehadiran tenaga kesehatan, sehingga media video lebih direkomendasikan karena menjawab kesenjangan tersebut (Bhattad & Pacifico, 2022). Hal ini menunjukkan dibutuhkan media edukasi yang lebih efektif, efisien dan menarik perhatian.

Beberapa meta analisis terbaru menyoroti video *health education* (HE) terbukti lebih unggul daripada *leaflet* dan sejenisnya. Video HE efektif mereduksi ansietas, meningkatkan literasi, kepuasan pasien, kenyamanan, juga mendukung penerimaan dan kepatuhan lebih tinggi terhadap perawatan sehingga pasien wajib terkoneksi HE berbasis video sebelum menjalani prosedur, (Monteiro et al., 2022). Praktisi dan pusat layanan kesehatan harus mengadopsi edukasi berbasis video sebagai pilihan dan penyempurna HE (Xiao et al., 2024). Hal ini mengindikasikan video edukasi *patient safety* menjadi solusi utama pada metode edukasi di RS.

Pengembangan video edukasi *patient safety* merupakan salah satu langkah intervensi yang efektif meningkatkan literasi dan keterlibatan pasien serta keluarga. Edukasi video berhasil meningkatkan kesadaran dan pengetahuan *patient safety* dibandingkan edukasi tertulis (Shin et al., 2021). Video edukasi *patient safety* yang ada di *Website, YouTube* saat ini, sebagian besar berbahasa Inggris dan belum ada yang mengusung budaya lokal. Penting dalam memperhatikan perbedaan bahasa dan budaya di setiap negara yang menjadi sebuah tantangan besar. Edukasi menjadi efektif jika memperhatikan beberapa aspek termasuk budaya serta bahasa (Keputusan Menteri Kesehatan, 2022). Edukasi

video menggunakan bahasa lokal Bugis dan Makassar sangat efektif dalam mendidik pasien (Abrar et al., 2020). Oleh karena itu, diperlukan pengembangan video edukasi *patient safety* menggunakan bahasa lokal populasi pasien dan keluarga.

Di RS Unhas, telah dilakukan sosialisasi, *tracer unit*, program *one hour program* (OHP), edukasi tertulis maupun lisan serta edukasi berbasis video *You Tube* (YT). Meskipun telah dilakukan pengembangan video edukasi oleh *expert* dan praktisi yang telah sesuai standar *patient safety* (Rachmawaty et al., 2023), namun masih terdapat tantangan dalam efektivitas dan kesesuaian konten dengan kebutuhan dan budaya pasien. Kurangnya fokus pada teknik persuasif dan bagaimana cara pasien/keluarga *speak up*/terlibat, belum melibatkan pasien yang pernah mengalami insiden sebagai model edukasi, serta penggunaan istilah medis yang kurang dipahami masyarakat umum menjadi masalah utama. Selain itu, edukasi ini perlu dirancang dengan melibatkan perwakilan seluruh profesi kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien sebagai tanggung jawab bersama & *awareness* petugas terhadap keselamatan pasien. Prioritas edukasi adalah meningkatkan literasi kesehatan (Bhattad & Pacifico, 2022) dan memberi efek lebih baik jika menggunakan bahasa sesuai budaya populasi pasien (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022), dimana populasi pasien RS Unhas yaitu suku Bugis dan Makassar (Data Profil Makassar, 2023). Hal ini menuntut pengembangan metode edukasi berbasis video yang lebih efektif, efisien, menarik dan sesuai budaya/etnik populasi pasien. Pihak Komite Mutu RS mendukung dan menawarkan kerja sama dengan peneliti untuk pengembangan video edukasi *patient safety* yang akan dijadikan media edukasi virtual di RS Unhas. Oleh karena itu, studi ini menginisiasi pengembangan edukasi video berbahasa tradisional (Bugis dan Makassar) sebagai strategi untuk meningkatkan partisipasi pasien dan keluarga dalam upaya peningkatan keselamatan pasien. Studi ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan di Indonesia.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah keselamatan pasien yang menjadi isu global yang mendalam, di mana kesalahan perawatan memiliki dampak negatif yang luas, termasuk kematian, kecacatan (WHO, 2019), kerugian finansial (Slawomirski L, 2020), hingga masalah psikologis (WHO, 2023). Meskipun telah dilakukan berbagai upaya global selama 15 tahun terakhir, namun belum memberikan perubahan substansial (WHO, 2023). Di Indonesia, pelaporan kejadian keselamatan pasien belum sepenuhnya sesuai panduan WHO karena berbagai kendala yang kompleks (Dhamanti, Leggat, & Barraclough, 2019; Dhamanti et al., 2021, 2022;). Penelitian tesis yang belum dipublikasi dengan judul *Evaluasi Keterlibatan Pasien Secara Aktif dalam Praktik Patient Safety diruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Lokal Majene* oleh Armida et al (2023) membuktikan rendahnya keterlibatan pasien dan keluarga dalam proses perawatan menjadi salah satu tantangan utama. Selain itu, dipaparkan pada materi Webinar “*Engaging Patient for Patient Safety Webinar World Patient Safety Day 2023*”, secara nasional, keterlibatan pasien dan keluarga belum optimal karena belum ada kesetaraan hubungan antara pasien dengan tenaga kesehatan. Oleh karena itu, perlu pengembangan metode edukasi yang lebih efektif, efisien, dan sesuai budaya populasi pasien untuk meningkatkan partisipasi pasien dan keluarga dalam pencegahan *patient safety incident*.

Salah satu langkah intervensi yang efektif meningkatkan literasi dan keterlibatan pasien beserta keluarga dengan edukasi video *patient safety*. Melibatkan pasien dan keluarga adalah cara paling ampuh dan merupakan program unggulan WHO (WHO, 2023). Edukasi video berhasil meningkatkan kesadaran dan pengetahuan *patient safety* dibandingkan edukasi tertulis (Shin et al., 2021). Studi meta analisis terbaru menyoroti video *health education* (HE) terbukti lebih unggul daripada *leaflet* dan sejenisnya (Monteiro et al., 2022). Praktisi dan pusat layanan kesehatan harus mengadopsi edukasi berbasis video sebagai pilihan dan penyempurna HE (Xiao et al., 2024).

Meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga dalam upaya *patient safety* merupakan upaya unggulan untuk mencegah insiden keselamatan pasien. Meskipun telah dilakukan berbagai upaya, termasuk pengembangan video edukasi (Rachmawaty et al., 2023), namun masih terdapat tantangan dalam efektivitas dan kesesuaian konten dengan kebutuhan dan budaya pasien. Kurangnya fokus pada teknik persuasif, belum melibatkan pasien yang pernah mengalami insiden sebagai model edukasi, serta penggunaan istilah medis yang kurang dipahami masyarakat umum menjadi masalah utama. Oleh karena itu, studi ini bertujuan untuk mengembangkan video edukasi berbahasa tradisional (Bugis dan Makassar) yang lebih efektif, efisien, dan sesuai budaya/etnik populasi pasien RS Unhas, sebagai langkah untuk meningkatkan partisipasi pasien dan keluarga dalam upaya peningkatan keselamatan pasien di Indonesia. Oleh karena itu, rumusan masalah pertanyaan penelitian ini adalah “Bagaimana pengembangan video edukasi tentang *patient safety* untuk meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga dalam mendukung WHO global *patient safety action plan* WHO 2030“?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum:

Untuk mengembangkan video edukasi tentang *patient safety* dalam meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga.

2. Tujuan khusus:

- a. Diketuainya validitas pengembangan model edukasi *patient safety* untuk meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga.
- b. Diketuainya perbedaan pengetahuan pasien tentang keterlibatan pasien dan keluarga dalam mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi efektif, keamanan obat, memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur dan pembedahan pada pasien yang benar, mengurangi infeksi dan risiko cedera akibat pasien jatuh sebelum dan sesudah

dilakukan edukasi *patient safety* dengan menggunakan video bahasa Makassar, Bugis dan buku dalam bahasa Indonesia.

- c. Diketuainya perbedaan pengetahuan pasien tentang keterlibatan pasien dan keluarga antara kelompok yang menggunakan video bahasa Makassar, Bugis dan yang menggunakan buku dalam bahasa Indonesia.

D. Pernyataan Originalitas

Penelitian tentang *Health education* menggunakan media video telah dilakukan. Beberapa studi meta analisis menjelaskan *Health education* berbasis video signifikan meningkatkan kewaspadaan pencegahan, membentuk motivasi, perilaku dan antisipasi perilaku beresiko (Xiao et al., 2024), meningkatkan literasi, sikap, pengalaman keluarga dan kepuasan pasien serta berhasil menurunkan *patient safety incident, length of stay* (Monteiro et al., 2022; Xiao et al., 2024). Edukasi *patient safety* berbasis video berhasil meningkatkan literasi dan kesadaran *patient safety* dibandingkan edukasi tertulis (Shin et al., 2021). Pengembangan video edukasi *patient safety* yang dipublikasikan di *Web, YouTube*, sebagian besar berbahasa Inggris dan belum ada yang mengusung budaya lokal menggunakan bahasa lokal. Penting memperhatikan perbedaan bahasa dan budaya di setiap negara yang merupakan sebuah tantangan besar.

Meskipun telah dilakukan pengembangan video edukasi oleh *expert* dan praktisi sesuai standar *patient safety* (Rachmawaty et al., 2023), namun masih terdapat tantangan dalam efektivitas dan kesesuaian konten dengan kebutuhan dan budaya pasien. Kurangnya fokus pada teknik persuasif dan bagaimana cara pasien/keluarga *speak up*/terlibat, belum melibatkan pasien yang pernah mengalami insiden sebagai model edukasi, serta penggunaan istilah medis yang kurang dipahami masyarakat umum menjadi masalah utama. Edukasi menjadi efektif jika memperhatikan beberapa aspek termasuk budaya serta bahasa (KMK, 2022). Edukasi video menggunakan bahasa lokal sangat efektif dalam mendidik pasien (Abrar et al., 2020). Oleh sebab itu, originalitas penelitian ini adalah pengembangan video edukasi *patient safety* menggunakan bahasa lokal Bugis dan

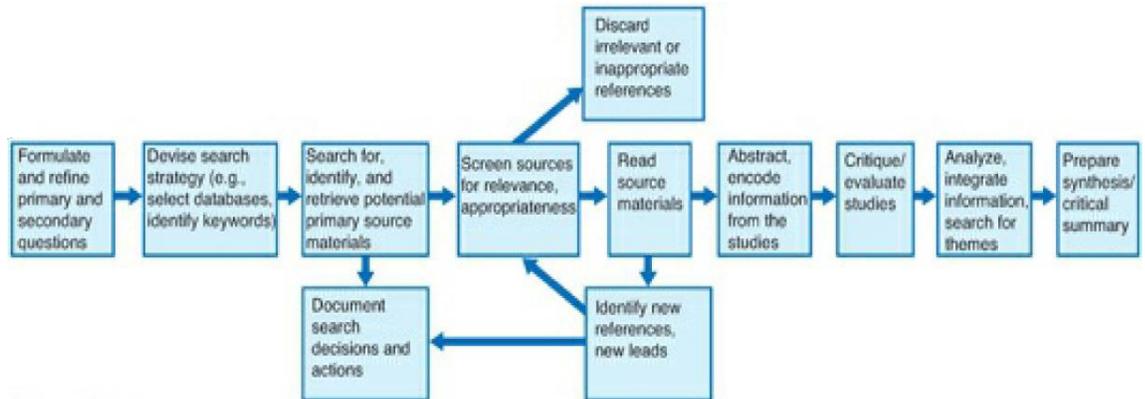
Makassar untuk meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga dalam mencegah *patient safety incident*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Algoritma Pencarian

Tinjauan Pustaka merupakan ringkasan materi sesuai *evidencebased* terhadap suatu masalah penelitian. Langkah yang dilakukan yaitu; merumuskan pertanyaan penelitian, merancang strategi pencarian databased menggunakan *key words* mencari sumber utama, *screening* (*title*, abstrak dan *full text*). Kemudian mengkritisi, menganalisa dan mensisntesis (Polit & Cheryl Tatano Beck, 2018).



Gambar 1 Langkah dan Strategi Utama dalam Melakukan Tinjauan Pustaka (Polit & Cheryl Tatano Beck, 2018)

Algoritma pencarian literatur dimulai menggunakan *key words* PICO (variable independent atau dependen), minimal pada intervensi dan *outcome* dan populasi. Penelusuran literatur melalui *database*; *Pubmed*, *Science Direct*, *Garuda* dengan range waktu 2013-2024.

Penelusuran dimulai 13 Januari 2014 pada *database Pubmed* (*Title Abstrack*) menggunakan, *Keyword 1*: “*Patient engagement*” OR “*patient involvement*” diperoleh 8.834 artikel. *Keyword 2*: “*Family engagement*” diperoleh 292.285 artikel. *Keyword 3*, *Education* OR *educational media* diperoleh 2.388.530 artikel. *Keyword 4*: *Patient safety* OR *patient safety goals* diperoleh 215.559 artikel. *Keyword 5*: Penggabungan *Keyword 1* dan 2 diperoleh 1.251 artikel, *Keyword 6*

penggabungan *Keyword 1,2,3* diperoleh 479 artikel dan *Keyword 7* penggabungan *Keyword 1,2,3*, dan 4 diperoleh 54 artikel. Kemudian *discreening* tahun 2014-2024, *Human* dan *English*, diperoleh 52 artikel.

Penelusuran pada *Database Science Direct* 14 Januari-2024, *Keyword* yang digunakan: *patient engagement OR patient involvement AND family engagement educational media AND patient safety* tahun 2013-2024, diperoleh 112.889 artikel. *Screening* lanjut pada: *article type review articles and research articles, subject areas nursing health professions, access type open access and open archive* diperoleh 2.310 artikel. Dilanjutkan *screening title* didapatkan 55 artikel.

Pada *Databased Garuda*, *Keywords* yang digunakan: keterlibatan pasien dan keluarga dalam upaya pasien safety, diperoleh 3 artikel. Tinjauan literatur penelitian ini, selain dari ketiga *database* diatas (total artikel 110), juga diperoleh dari beberapa sumber lainnya yaitu Peraturan Pemerintah Indonesia (PMK, 2017), (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022), *Website* resmi WHO <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>, *National Patient Safety Goals* <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/> dan <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/delphi-method>.

B. Tinjauan Literatur

1. Konsep Keselamatan Pasien

a. Definisi Keselamatan Pasien

Patient safety adalah kerangka kegiatan terorganisir dalam mengurangi, menurunkan risiko bahaya yang dapat dicegah serta meminimalisir kesalahan, mengurangi dampak jika terjadi kesalahan (*World Health Organization*, 2020). Insiden yang sering terjadi yaitu : salah obat, tindakan bedah, pasien jatuh, kesalahan identifikasi dan diagnostik pasien, dekubitus, tranfusi darah, tromboemboli, infeksi akibat perawatan (WHO, 2023).

Keselamatan pasien saat ini merupakan masalah/*issue* global serius dan urgensi. Menurut *World Health Organization* (WHO), *patient safety*

incident mencapai 134 juta setiap tahun. Bahayanya, sekitar 1 dari 10 pasien menerima kesalahan perawatan di layanan kesehatan yang mengakibatkan kematian >3 juta per tahun (global) dan 4 dari 100 pasien meninggal di negara penghasilan rendah hingga menengah (Slawomirski L, Auraaen A, 2023). Kondisi ini merupakan ancaman layanan kesehatan yang parah dan masalah serius diseluruh dunia.

b. Standar keselamatan pasien

Standar keselamatan pasien berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1128 tahun 2022 meliputi;

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

c. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022) yaitu :

- 1) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien;
- 2) Memimpin dan mendukung staff;
- 3) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko;
- 4) Mengembangkan sistem pelaporan;
- 5) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien;
- 6) Belajar dan berbagai pengalaman tentang keselamatan pasien; dan
- 7) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

d. Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien (SKP) (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022) meliputi :

1) Mengidentifikasi pasien dengan benar;

Tujuan dari identifikasi pasien secara benar ini adalah:

- a) Mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan diberi layanan, tindakan atau pengobatan tertentu secara tepat,
- b) Mencocokkan layanan atau perawatan yang akan diberikan dengan pasien yang akan menerima layanan.
- c) Identifikasi pasien dilakukan setidaknya menggunakan minimal 2 (dua) identitas yaitu nama lengkap dan tanggal lahir/barcode, dan tidak termasuk nomor kamar atau lokasi pasien agar tepat pasien dan tepat pelayanan sesuai dengan regulasi rumah sakit.

Pasien diidentifikasi menggunakan minimal dua jenis identitas pada saat:

- a) Melakukan tindakan intervensi/terapi (misalnya pemberian obat, pemberian darah atau produk darah, melakukan terapi radiasi);
- b) Melakukan tindakan (misalnya memasang jalur intravena atau hemodialisis);
- c) Sebelum tindakan diagnostik apa pun (misalnya mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium penunjang, atau sebelum melakukan kateterisasi jantung ataupun tindakan radiologi diagnostik); dan
- d) Menyajikan makanan pasien.

Rumah sakit memastikan pasien teridentifikasi dengan tepat pada situasi khusus, seperti pada pasien koma atau pada bayi baru lahir yang tidak segera diberi nama serta identifikasi pasien pada saat terjadi darurat bencana. Penggunaan dua identitas juga digunakan dalam pelabelan. misalnya, sampel darah dan sampel patologi, nampan

makanan pasien, label ASI yang disimpan untuk bayi yang dirawat di rumah sakit.

2) Meningkatkan komunikasi yang efektif;

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh resipien/penerima pesan akan mengurangi potensi terjadinya kesalahan serta meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan, tertulis dan elektronik.

a) Metode komunikasi saat menerima instruksi melalui telpon adalah:

“menulis/menginput ke komputer-membacakan-konfirmasi kembali” (*writedown, read back, confirmation*) kepada pemberi instruksi misalnya kepada DPJP. Konfirmasi harus dilakukan saat itu juga melalui telpon untuk menanyakan apakah “yang dibacakan” sudah sesuai dengan instruksi yang diberikan. Sedangkan metode komunikasi saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP dapat menggunakan metode misalnya *situation -background - assessment - recommendation* (SBAR).

b) Metode komunikasi saat melaporkan nilai kritis pemeriksaan diagnostik melalui telpon juga dapat dengan: “menulis/menginput ke komputer - membacakan - konfirmasi kembali” (*writedown, read back*). Hasil kritis didefinisikan sebagai varian dari rentang normal yang menunjukkan adanya kondisi patofisiologis yang berisiko tinggi atau mengancam nyawa, yang dianggap gawat atau darurat, dan mungkin memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kejadian yang tidak diinginkan. Hasil kritis dapat dijumpai pada pemeriksaan pasien rawat jalan maupun rawat inap.

Rumah sakit menentukan mekanisme pelaporan hasil kritis di rawat jalan dan rawat inap. Pemeriksaan diagnostik mencakup semua pemeriksaan seperti laboratorium, pencitraan/radiologi,

diagnostik jantung juga pada hasil pemeriksaan yang dilakukan di tempat tidur pasien (*point-of-care testing* (POCT)). Pada pasien rawat inap pelaporan hasil kritis dapat dilaporkan melalui perawat yang akan meneruskan laporan kepada DPJP yang meminta pemeriksaan. Rentang waktu pelaporan hasil kritis ditentukan kurang dari 30 menit sejak hasil di verifikasi oleh PPA yang berwenang di unit pemeriksaan penunjang diagnostik.

- c) Metode komunikasi saat serah terima distandardisasi pada jenis serah terima yang sama misalnya serah terima antar ruangan di rawat inap. Untuk jenis serah terima yang berbeda maka dapat menggunakan metode, formulir dan alat yang berbeda. Misalnya serah terima dari IGD ke ruang rawat inap dapat berbeda dengan serah terima dari kamar operasi ke unit intensif;

3) Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat-obatan yang memiliki risiko menyebabkan cedera serius pada pasien jika digunakan dengan tidak tepat. Obat high alert mencakup:

- a) Obat risiko tinggi, yaitu obat dengan zat aktif yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan bila terjadi kesalahan (error) dalam penggunaannya (contoh: insulin, heparin atau sitostatika).
- b) Obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look Alike Sound Alike/LASA)
- c) Elektrolit konsentrat contoh: kalium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 1 mEq/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat injeksi dengan konsentrasi sama atau lebih dari 50%.

4) Memastikan lokasi pembedahan yang benar prosedur yang benar pembedahan pada pasien yang benar;

Salah-sisi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini terjadi akibat adanya komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurangnya keterlibatan pasien di dalam penandaan lokasi (site marking), serta tidak adanya prosedur untuk memverifikasi sisi operasi. Rumah sakit memerlukan upaya kolaboratif untuk mengembangkan proses dalam mengeliminasi masalah ini.

Rumah sakit perlu mengidentifikasi semua area di rumah sakit mana operasi dan tindakan invasif dilakukan Protokol umum (universal protocol) untuk pencegahan salah sisi, salah prosedur dan salah pasien pembedahan meliputi:

- a) Proses verifikasi sebelum operasi.
 - b) Penandaan sisi operasi.
 - c) Time-out dilakukan sesaat sebelum memulai tindakan.
- 5) Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan;

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan hal yang sangat membebani pasien serta profesional pemberi asuhan (PPA) pada pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan *pneumonia* (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Kegiatan utama dari upaya eliminasi infeksi ini maupun infeksi lainnya adalah dengan melakukan tindakan cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman hand hygiene yang berlaku secara internasional dapat diperoleh di situs *web* WHO. Rumah sakit harus memiliki proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara luas untuk implementasinya di rumah sakit.

6) Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

Risiko jatuh pada pasien rawat jalan berhubungan dengan kondisi pasien, situasi, dan/atau lokasi di rumah sakit. Di unit rawat jalan, dilakukan skrining risiko jatuh pada pasien dengan kondisi, diagnosis, situasi, dan/atau lokasi yang menyebabkan risiko jatuh. Jika hasil skrining pasien berisiko jatuh, maka harus dilakukan intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pasien tersebut. Skrining risiko jatuh di rawat jalan meliputi:

- a) Kondisi pasien misalnya pasien geriatri, dizziness, vertigo, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, penggunaan obat, sedasi, status kesadaran dan atau kejiwaan, konsumsi alkohol.
- b) Diagnosis, misalnya pasien dengan diagnosis penyakit Parkinson.
- c) Situasi misalnya pasien yang mendapatkan sedasi atau pasien dengan riwayat tirah baring/perawatan yang lama yang akan dipindahkan untuk pemeriksaan penunjang dari ambulans, perubahan posisi akan meningkatkan risiko jatuh.
- d) Lokasi misalnya area-area yang berisiko pasien jatuh, yaitu tangga, area yang penerangannya kurang atau mempunyai unit pelayanan dengan peralatan parallel bars, freestanding staircases seperti unit rehabilitasi medis. Ketika suatu lokasi tertentu diidentifikasi sebagai area risiko tinggi yang lebih rumah sakit dapat menentukan bahwa semua pasien yang mengunjungi lokasi tersebut akan dianggap berisiko jatuh dan menerapkan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh yang berlaku untuk semua pasien.

Skrining umumnya berupa evaluasi sederhana meliputi pertanyaan dengan jawaban sederhana: ya/tidak, atau metode lain meliputi pemberian nilai/skor untuk setiap respons pasien. Rumah sakit dapat menentukan bagaimana proses skrining dilakukan. Misalnya skrining dapat dilakukan oleh petugas registrasi, atau pasien dapat melakukan

skrining secara mandiri, seperti di anjungan mandiri untuk skrining di unit rawat jalan. Contoh pertanyaan skrining sederhana dapat meliputi:

- a) Apakah Anda merasa tidak stabil ketika berdiri atau berjalan?
- b) Apakah Anda khawatir akan jatuh?
- c) Apakah Anda pernah jatuh dalam setahun terakhir?

Rumah sakit dapat menentukan pasien rawat jalan mana yang akan dilakukan skrining risiko jatuh. Misalnya, semua pasien di unit rehabilitasi medis, semua pasien dalam perawatan lama/tirah baring lama datang dengan ambulans untuk pemeriksaan rawat jalan, pasien yang dijadwalkan untuk operasi rawat jalan dengan tindakan anestesi atau sedasi, pasien dengan gangguan keseimbangan, pasien dengan gangguan penglihatan, pasien anak di bawah usia 2 (dua) tahun, dan seterusnya.

Untuk semua pasien rawat inap baik dewasa maupun anak harus dilakukan pengkajian risiko jatuh menggunakan metode pengkajian yang baku sesuai ketentuan rumah sakit. Kriteria risiko jatuh dan intervensi yang dilakukan harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien. Pasien yang sebelumnya risiko rendah jatuh dapat meningkat risikonya secara mendadak menjadi risiko tinggi jatuh. Perubahan risiko ini dapat diakibatkan, namun tidak terbatas pada tindakan pembedahan dan/atau anestesi, perubahan mendadak pada kondisi pasien, dan penyesuaian obat-obatan yang diberikan sehingga pasien memerlukan pengkajian ulang jatuh selama dirawat inap dan paska pembedahan.

e. *Patient Safety Incident*

Patient Safety Incident merupakan kejadian tanpa disengaja dan menyebabkan atau beresiko cedera pada pasien yang dapat dihindari (PMK, 2017). Secara global, kesalahan perawatan umumnya terjadi pada proses dan prosedur pelayanan. Diantaranya terjadi kesalahan pada pemberian obat, tindakan bedah, pasien jatuh, kesalahan identifikasi dan

diagnostik pasien, dekubitus, tranfusi darah, tromboemboli serta infeksi akibat perawatan (WHO, 2023). Terdampak 1 dari 30 pasien akibat salah pengobatan dan quartal lebih dianggap fatal karena sangat beresiko kematian (Hodkinson et al., 2020).

Identifikasi dan diagnostik pasien yang tidak tepat mengakibatkan berbagai masalah berat. Salah satu akibat kesalahan identifikasi menyebabkan salah lokasi pembedahan operasi, dimana pada tahun 2014-2017 ditemukan 409 kejadian sentinel dari 3326 insiden (12,3%) (De Rezende et al., 2019). Ketidakakuratan/tertunda dan kesalahan diagnostik tetap ada diseluruh rangkaian layanan sekitar 5-20% pertemuan dokter dan pasien (National Academies Press, 2015).

Kesalahan pembedahan tercatat dengan angka yang tinggi, demikian pula dengan kejadian jatuh. Tindakan bedah >300 juta per tahun di dunia (Meara et al., 2015), ditemukan 10 % dari insiden cedera dapat dicegah pada area pembedahan (Panagioti et al., 2019) yang sebagian besar terjadi pada pre dan pasca operasi (Rodziewicz et al., 2023). Sedangkan insiden pasien jatuh paling sering terjadi di Rumah sakit (RS) (LeLaurin & Shorr, 2019) dan lebih dari sepertiga mengakibatkan cedera dengan 3-4 insiden per 1000 *bed days* (Patient Safety Network, 2023). Hal ini memengaruhi perawatan klinis dan menambah beban biaya pada RS (Dykes et al., 2023). Bukan hanya ini, dekubitus, kesalahan tranfusi, tromboemboli juga turut berkontribusi menambah beban biaya RS dan lama rawat.

Luka dekubitus akibat kesalahan perawatan berdampak pada perawatan tambahan dan komplikasi fatal jika tidak segera diatasi. Lebih dari 1 dari 10 pasien dewasa di RS mengalami dekubitus (Li et al., 2020). Selain itu kesalahan tranfusi (tidak perlu dan tidak aman) beresiko reaksi merugikan yaitu 12,2 reaksi per 100.000 distribusi komponen darah (dari data 62 negara) dan infeksi menular (WHO, 2023). Tromboemboli vena/pembekuan darah menyumbang sepertiga akibat komplikasi perawatan RS (Raskob et al., 2016). Kesalahan perawatan di RS

menyebabkan efek samping pada kondisi merugikan lainnya seperti sepsis, salah penyuntikkan dan infeksi.

Sepsis atau reaksi berlebihan imun menyebabkan kerusakan pada jaringan dan organ tubuh. Dari 23,6% sepsis ini terkait layanan kesehatan dan menyebabkan mortalitas 24,4% (Markwart et al., 2020). Kesalahan lainnya, penyuntikkan tidak aman berisiko penyakit menular dan tidak menular dari 16 miliar suntikan per tahun menggunakan model matematika, suatu penelitian memprediksi dari tahun 2000 sampai 2010 didapatkan risiko penyuntikkan tidak aman : 1,67 juta infeksi virus hepatitis B, berkisar 157,592 dan 315,120 infeksi virus hepatitis C, sekitar 16.939 dan 33.877 infeksi HIV (Pépin et al., 2014).

Infeksi akibat pelayanan kesehatan secara global mengalami peningkatan. *Hospital Acquired Infection Infections* (HAIs) meningkat 0,06% setiap tahun (saat ini 0,14%) yang mengakibatkan *length of stay*, disabilitas kronis, meningkatkan resistensi antimikroba dan beban keuangan (pasien, keluarga & sistem kesehatan) serta kematian (Raofi et al., 2023). Kesalahan pengobatan merupakan penyebab Sebagian besar *patient safety incident* yang sebenarnya keseluruhan insiden ini dapat dicegah >50% (Panagiotti et al., 2019), (Hodkinson et al., 2020), bahkan target global menghilangkan menjadi *zero* (WHO, 2021). Secara global, pelaporan *patient safety incident* memiliki tingkat aksesibilitas yang berbeda dibandingkan di tingkat nasional, yang umumnya masih sulit diakses.

Di Indonesia, pelaporan kejadian keselamatan pasien belum sepenuhnya berjalan sesuai panduan WHO. Ketidak efektifan pelaporan *patient safety incident*, Dinas Kesehatan belum optimal sesuai panduan nasional dan WHO, yang disebabkan karena kurangnya dukungan pemerintah, motivasi yang lemah sehingga memerlukan kolaborasi pemerintah, lembaga, RS dan pemangku kepentingan untuk merubah sistem yang ada (Dhamanti, Leggat, & Barraclough, 2019; Dhamanti et

al., 2021, Dhamanti et al., 2022;). Saat ini terdapat 11.558 laporan insiden *patient safety* di Indonesia dan baru 12% Rumah Sakit (RS) berkontribusi dalam pelaporan (2015-2019) (Arjaty Daud, 2020). Di Sulawesi Selatan (Sulsel) laporan *patient safety incident* (9%). Sedangkan Indikator Nasional Mutu (INM) tahun 2022 yang berkaitan dengan *patient safety* yaitu, *hand hygiene* (88.17%), APD (92.50%), Identifikasi pasien (98.45%) dan resiko jatuh (92.61%), namun, kepuasan pasien menurun dari tahun 2021 – 2022 (79.23% - $\pm 40\%$) (Kemenkes, 2022). Pelaporan keselamatan pasien di Provinsi Sulsel menunjukkan peningkatan pada praktik keamanan kesehatan, namun tingkat kepuasan pasien mengalami penurunan.

Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi kondisi Potensial Cedera (KPC); kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Kejadian Nyaris Cedera (KNC); terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Kejadian Tidak Cedera (KTC); merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD); Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien (PMK, 2017).

f. Penyebab

Penyebab insiden *patient safety* yaitu: Faktor kompleksitas intervensi medis, prosedur yang tidak memadai, gangguan alur kerja dan koordinasi perawatan, sumber daya terbatas, staf tidak memadai dan pengembangan keterampilan; faktor teknologi: masalah terkait sistem informasi kesehatan, seperti masalah rekam medis elektronik atau sistem manajemen pengobatan, dan penyalahgunaan teknologi. Faktor manusia dan perilaku, gangguan komunikasi antara profesional kesehatan, dalam tim pasien/keluarga, kerja tim yang tidak efektif, kelelahan, dan bias kognitif. Faktor pasien, terbatasnya pengetahuan kesehatan, kurangnya partisipasi dan ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Serta faktor eksternal kurangnya kebijakan, peraturan yang tidak konsisten,

tekanan ekonomi dan keuangan serta tantangan yang berkaitan dengan lingkungan alam (WHO, 2023).

g. Dampak

Dampak global yang dipaparkan oleh WHO pada website resminya pada <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> secara global, akibat kesalahan pengobatan, kerugian sekitar US\$ 42 miliar/ tahun, kehilangan pekerjaan, gaji atau biaya perawatan kesehatan (hampir 1%) pengeluaran global untuk kesehatan. Data terkini membuktikan 134 juta insiden *patient safety* setiap tahun karena perawatan yang tidak aman di rumah sakit. Di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, mengakibatkan 2,6 juta kematian setiap tahunnya (WHO, 2019).

Patient safety incident memberikan dampak buruk yang luas. Termasuk sepuluh penyebab utama kematian maupun kecacatan di seluruh dunia dan berdampak kerugian sangat besar pada beban biaya, mutu dan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, juga berdampak pada ekonomi, hilangnya kapasitas produktivitas, serta jelas memberi problem psikologis pasien dan keluarga. Meskipun berbagai upaya global dilakukan untuk mengurangi kesalahan perawatan pasien selama 15 tahun terakhir, belum memberikan efek perubahan substansial (WHO, 2023). Oleh karena itu, memerlukan perhatian khusus dalam upaya pencegahan insiden *patient safety*.

2. Konsep *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*

a. Visi dan Misi

Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 merupakan rencana aksi yang secara resmi diadopsi di *World Health Assembly* (WHA), 28 Mei 2021 dan memberikan petunjuk tindakan 10 tahun untuk bekerja menuju visinya tentang dunia di mana tidak ada yang dirugikan dalam pelayanan kesehatan dan setiap pasien menerima perawatan yang aman dan penuh hormat setiap saat di mana-mana. Misi mendorong kebijakan strategi dan

tindakan ke depan berdasarkan sains pengalaman pasien desain sistem dan kemitraan untuk menghilangkan semua sumber resiko dan bahaya yang dapat dihindari bagi pasien dan petugas kesehatan. Tujuan mencapai pengurangan maksimum yang mungkin dalam bahaya yang dapat dihindari karena pelayanan kesehatan yang tidak aman secara global (WHO, 2021).

b. Prinsip Panduan *Global Patient Safety Action Plan*

Merupakan nilai dasar untuk menjadi panduan pengembangan dan pelaksanaan rencana aksi global. Prinsip meliputi melibatkan pasien dan keluarga sebagai mitra dalam perawatan yang aman, mencapai hasil melalui kerja kolaboratif, menganalisis dan berbagai data untuk menghasilkan pembelajaran, terjemahkan bukti ke dalam peningkatan yang dapat ditindaklanjuti dan terukur, kebijakan dasar dan tindakan pada sifat pengaturan perawatan, gunakan keahlian ilmiah dan pengalaman pasien untuk meningkatkan keselamatan menanamkan budaya keselamatan dalam desain dan pengiriman perawatan kesehatan

c. Framework

Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 ; framework matrix 7x5 dengan 7 tujuan strategis yang dapat dicapai melalui 35 strategi khusus (WHO, 2021).

1	 Policies to eliminate avoidable harm in health care	1.1 Patient safety policy, strategy and implementation framework	1.2 Resource mobilization and allocation	1.3 Protective legislative measures	1.4 Safety standards, regulation and accreditation	1.5 World Patient Safety Day and Global Patient Safety Challenges
2	 High reliability systems	2.1 Transparency, openness and 'No blame' culture	2.2 Good governance for the health care system	2.3 Leadership capacity for clinical and managerial functions	2.4 Human factors/ergonomics for health systems resilience	2.5 Patient safety in emergencies and settings of extreme adversity
3	 Safety of clinical processes	3.1 Safety of risk-prone clinical procedures	3.2 Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm	3.3 Infection prevention and control & antimicrobial resistance	3.4 Safety of medical devices, medicines, blood and vaccines	3.5 Patient safety in primary care and transitions of care
4	 Patient and family engagement	4.1 Co-development of policies and programmes with patients	4.2 Learning from patient experience for safety improvement	4.3 Patient advocates and patient safety champions	4.4 Patient safety incident disclosure to victims	4.5 Information and education to patients and families
5	 Health worker education, skills and safety	5.1 Patient safety in professional education and training	5.2 Centres of excellence for patient safety education and training	5.3 Patient safety competencies as regulatory requirements	5.4 Linking patient safety with appraisal system of health workers	5.5 Safe working environment for health workers
6	 Information, research, risk management	6.1 Patient safety incident reporting and learning systems	6.2 Patient safety surveillance and information system	6.3 Patient safety surveillance system	6.4 Patient safety research programmes	6.5 Digital technology for patient safety
7	 Synergies, partnerships and solidarity	7.1 Stakeholders engagement	7.2 Common understanding and shared commitment	7.3 Patient safety networks and collaboration	7.4 Cross geographical and multisectoral initiatives for patient safety	7.5 Alignment with technical programmes and initiatives

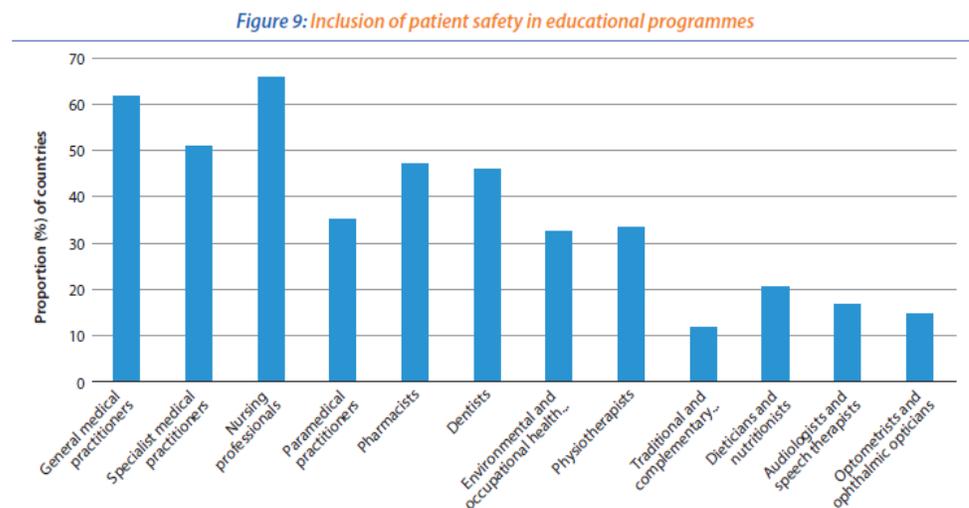
Gambar 2 Framework for Action- The 7x5 matrix (WHO, 2021)

Keselamatan pasien diakui sebagai prioritas kesehatan nasional. Hal ini diakui sebagian besar negara di dunia (96%), namun baru 55% yang mengidentifikasinya (WHO Member States, 2023). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 ; framework matrix 7x5* dengan 7 tujuan strategis yang dapat dicapai melalui 35 strategi khusus (WHO, 2021) yaitu;

- 1) Kebijakan untuk menghilangkan bahaya yang dapat dihindari dalam pelayanan kesehatan;
 - a) Keselamatan pasien, kebijakan, strategi dan penerapan kerangka
 - b) Sumber daya, mobilisasi dan alokasi
 - c) Pelindung, langkah-langkah legislative
 - d) Standar keselamatan, peraturan dan akreditasi
 - e) Hari keselamatan pasien sedunia dan tantangan global
- 2) Sistem keandalan tinggi
 - a) Transparansi, keterbukaan, dan budaya tidak menyalahkan
 - b) Stata Kelola yang baik system perawatan Kesehatan
 - c) Kepemimpinan untuk kapasitas klinis dan fungsi manajerial
 - d) Faktor manusia, ergonomic untuk ketangguhan system Kesehatan
 - e) Keselamatan pasien di keadaan darurat dan pengaturan dari kesulitan yang ekstrim
- 3) Keamanan proses klinis
 - a) Prosedur keamana klinia yang rawan resiko
 - b) Tantangan keamanan pasien global; pengobatan tanpa bahaya
 - c) Pencegahan dan control infeksi & perlawanan antimikroba
 - d) Keamanan alat kesehatan, obat-obatan, darah dan vaksin
 - e) Keselamatan psien dalam perawatan primer dan perawatan transisi
- 4) Keterlibatan pasien dan keluarga
 - a) Kebijakan dan program pembangunan bersama dengan pasien
 - b) Belajar dari pengalaman pasien untuk peningkatan keselamatan
 - c) Pendukung dan keselamatan pasien
 - d) Pengungkapan insiden keselamatan pasien

- e) Informasi dan Pendidikan kepada pasien dan keluarga
- 5) Pendidikan, keterampilan dan keselamatan tenaga kesehatan
 - a) Pendidikan, ketrampilan dan keselamatan tenaga Kesehatan
 - b) Keselamatan pasien dalam Pendidikan dan pelatihan professional
 - c) Pusat unggulan Pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien
 - d) Kompetensi keselamatan pasien sebagai persyaratan peraturan
 - e) Menghubungkan keselamatan pasien dengan system pelayanan petugas kesehatan
 - f) Lingkungan kerja untuk kesehatan
- 6) Informasi, penelitian dan manajemen risiko
 - a) Perbaikan dan pembelajaran sitem insiden keselamatan pasien
 - b) Informasi dan system pengawasan keselamatan pasien
 - c) System paengawasan keselamatan pasien
 - d) Program riset keselamatan pasien
 - e) Teknologi digital untuk keselamatan pasien
- 7) Sinergi, kemitraan dan Solidaritas
 - a) Keterlibatan pemangku kepentingan
 - b) Pemahaman umum dan komitmen bersama
 - c) Kolaborasi dan jaringan keselamatan pasien
 - d) Inisiatif lintas geografis dan multisektoral untuk keamanann pasien
 - e) Penyelarasan inisiatif dengan program teknis

Perawat dan professional kesehatan lainnya serta seluruh dimensi terkait berkolaborasi. Terutama rencana strategis (Renstra) 4 keterlibatan pasien dan keluarga, masuk juga ke asuhan keperawatan. Renstra 5, mendidik keterampilan dan melindungi petugas kesehatan. Program pendidikan keselamatan pasien paling tinggi oleh keperawatan dibandingkan profesi kesehatan lainnya (66%). Ini menyangkut tugas dan tanggung jawab asuhan keperawatan (WHO Member States, 2023).

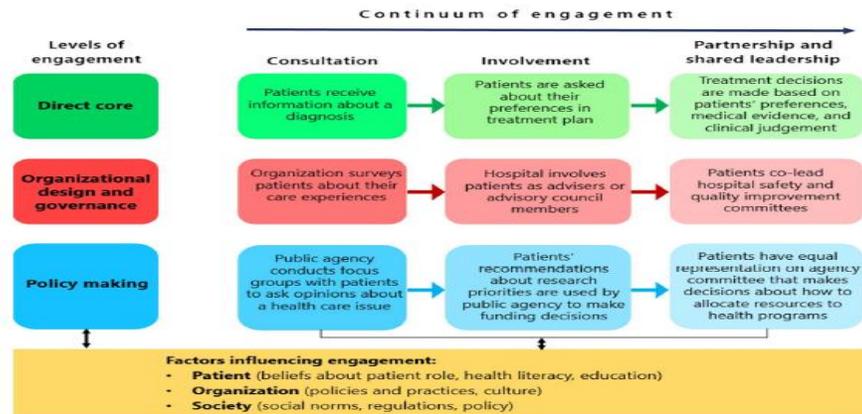


Gambar 3 Program Pendidikan Keselamatan Pasien
(WHO Member States, 2023)

3. Konsep Keterlibatan Pasien dan Keluarga terhadap *Patient Safety*
a. Definisi

Keterlibatan pasien dan keluarga merupakan partisipasi aktif pasien, anggota keluarga bersama para tenaga kesehatan kolaborasi aktif di berbagai lapisan sistem pelayanan kesehatan, termasuk layanan langsung, perancangan dan pengelolaan struktur organisasi, serta proses pembuatan kebijakan. Kolaborasi ini bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan dan peningkatan pelayanan kesehatan (Carman et al., 2013). Keterlibatan dalam satu kesatuan dari konsultasi, kemitraan dan *partnership* yang terjadi pada level yang berbeda yaitu secara langsung pada proses perawatan, desain dan tatakelola RS dan pembuatan kebijakan. Studi meta

analisis 30 tahun terakhir dengan partisipan 20.327, menyoroiti keefektifan keterlibatan pasien dan keluarga untuk meningkatkan keselamatan pasien (Giap & Park, 2021).



Gambar 4 Framework engagement patient and family (Giap & Park, 2021)

Efek melibatkan pasien dan keluarga dalam proses perawatan sangat luar biasa. Keuntungan investasi mencapai 15% dapat menekan kerugian finansial hingga miliaran dolar per tahun dan menyelamatkan banyak nyawa jika betul-betul menerapkan keterlibatan pasien dan keluarga (WHO, 2019, 2023). Studi meta analisis tiga puluh tahun terakhir menyebutkan, intervensi keterlibatan pasien dan keluarga signifikan mengurangi *patient safety incident*, *length of stay*, meningkatkan pengalaman dan kepuasan pasien (Giap & Park, 2021). Studi kohort multisenter juga menunjukkan signifikansi penurunan insiden kesalahan medis, meminimalisir kejadian buruk dan meningkatkan komunikasi dan pengalaman pasien (Khan et al., 2018).

Perawat perlu memberikan informasi kepada pasien untuk memastikan keselamatan pasien dalam kegiatan keperawatan dan pengobatan (Skagerström, J., Ericsson, C., Nilsen, P., Ekstedt, M., & Schildmeijer, 2017). Keterlibatan pasien, seperti partisipasi dalam pengambilan keputusan dan pelayanan, diartikan sebagai konsep perilaku

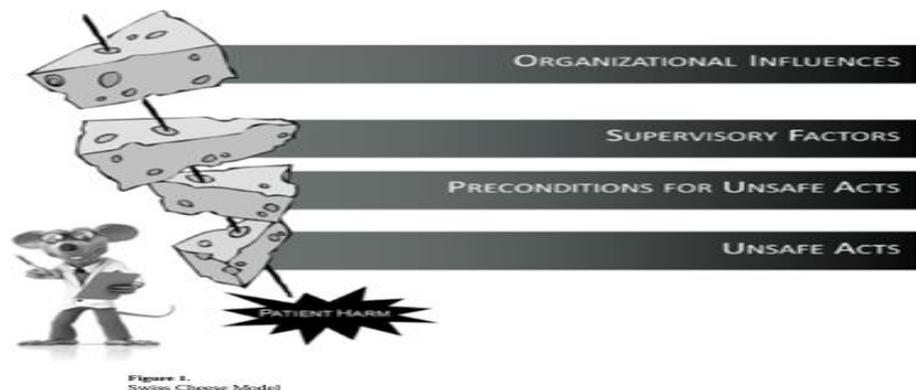
yang melibatkan pasien dalam perawatan kesehatannya (Brownlea, 1987; Chan et al., 2017). Upaya *Patient Safety* untuk mengurangi cedera melibatkan kerja sama tim, kepuasan karyawan, dan kesadaran mental (Carthon et al., 2019), sementara partisipasi pasien dalam keselamatan pasien menghindari cedera dan mengurangi komplikasi signifikan (Pelzang, R., & Hutchinson, 2018).

Partisipasi pasien merupakan inti dari perawatan yang berfokus pada pasien, memberikan kepercayaan bahwa pasien dapat mencegah kesalahan medis (Tobiano et al., 2015). Bentuk partisipasi mencakup berpartisipasi dalam perawatan, memberikan pendapat, terlibat dalam diskusi dan pengambilan keputusan, pemahaman kondisi, pengetahuan tentang penyakit, dan pemberian informasi tentang perawatan kedepannya (Ringdal et al., 2017). Dengan partisipasi pasien, diharapkan tidak hanya tercipta keamanan pasien, tetapi juga meningkatkan keterlibatan pasien dalam perawatan kesehatan mereka (Pelzang, R., & Hutchinson, 2018). Pasien memiliki hak otonomi untuk menyetujui atau menolak rencana perawatan dan terapi, sementara pemahaman pasien tentang kondisinya diperkaya melalui pengetahuan yang diperoleh dari berbagai sumber, seperti media, internet, dan pengalaman pasien lain serta keluarga mereka (Tobiano et al., 2015; Ringdal et al., 2017).

- b. Trend dan isu global maupun nasional melibatkan pasien dan keluarga dalam upaya patient safety

Salah satu isu di global *patient safety* merupakan hak pasien dan keluarga untuk dipenuhi. Teori *swiss cheese model* ada layer-layer, disitu pasien menyuarakan keresahannya, kegalauannya, yang sebenarnya sedang membangun penghalang supaya insiden itu tidak terjadi pada dirinya (Wiegmann et al., 2022). Akan tetapi mindset tenaga kesehatan (nakes) justru pasien ini seperti mencari masalah. Di dunia hanya 24% negara yang memiliki prosedur pengisian pasien safety. Ini merupakan projek besar yang perlu upaya sistematis dan komprehensif untuk

meningkatkan hal ini. Tenaga Kesehatan (nakes) tidak semua paham suara dari pasien (*voice patient*)/keterlibatan pasien. Nakes belum *awareness*. Perlu melibatkan pembuat kebijakan, pimpinan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, masyarakat dan stakeholder lain harus mampu dalam praktek sehari-hari dan pembuatan kebijakan. Implementasi dan monitoring harus jalan. Kesalahan medis harus dilihat dari berbagai perspektif bahkan dari pasien. *Empower*: Mampu memberdayakan pasien dan keluarga untuk terlibat secara aktif dalam perawatan dan peningkatan kualitas serta keamanan dari pelayanan kesehatan. Pasien dengan literasi kesehatan rendah akan lebih menantang. Ini tantangan dan peran untuk meningkatkan strategi untuk mampu meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga. *Advocate urgent action* terkait keterlibatan pasien dan keluarga pemaparan materi webinar pada hari pasien safety (*Head center for patient safety research group Indonesia, 2023*).



Gambar 5 Teori *swiss cheese* model
(Wiegmann et al., 2022)

Head center for patient safety research group Indonesia (2023) mengatakan Keterlibatan pasien dan keluarga belum optimal karena belum ada kesetaraan hubungan antara pasien dengan tenaga kesehatan. Justru *labeling* merugikan *provider* itu sendiri atau mediasi, kalau ada komplek, kasa tertinggal, kompensasi agar pasien tidak menuntut. Ini adalah kegagalan terbesar, karena bukan menyelesaikan masalah. Yang

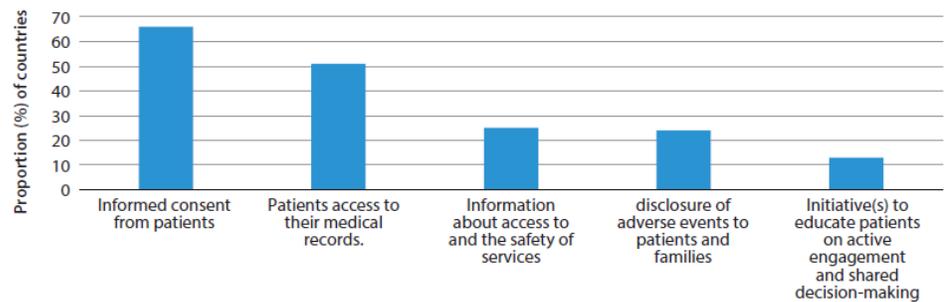
kita rujuk adalah harus ada perbaikan dalam sistem. Bukan hanya mediasi seperti itu. Ini hanya diluar sistem yang hanya menyelesaikan satu kasus dan sifatnya superficial dipaparkan pada materi *Engaging Patient for Patient Safety Webinar World Patient Safety Day 2023*.

Analisis faktor manusia dan sistem klasifikasi untuk pelayanan kesehatan. *Organizational influence: organisasi nasional kultur, operasional proses, resource management. Supervisory factor Inadequate supervision, Planned inappropriate, Operations, failed to correct known problem, supervisory violations. Preconditions for unsafe act: environmental factors: tools and technology, physical environment, task, individual factors: mental state, physiological state fitness for Duty time vector communication coordination leadership. Unsafe act Errors: decision errors, skill-based errors, perceptual errors, violations, exceptional Violation* (Wiegmann et al., 2022).

Di Indonesia, 70% terjadi karena kesalahan komunikasi. Semua harus punya kemampuan komunikasi standar. *Empaty, body language* dan lain-lain. Komunikasi juga merupakan salah satu penyebab dari tuntutan-tuntutan yang masuk. Ini karena kegagalan/kurangnya komunikasi yang menyebabkan insiden. Contoh di Australia per pasien 15 menit bisa karena memang disediakan waktu untuk itu. Begitu juga dengan *informed consent*, tertulis. Meskipun literasi pasien berbeda, tapi tetap kembali lagi ini adalah hak pasien yang harus dipenuhi penjelasan Ibu Inge Dhamanti, SKM, MKes, MPH, Ph.D (*Head center for patient safety research group*) pada webinar *patient safety, September 2023*.

Terdapat lima ranah strategi yang digunakan untuk meningkatkan keterlibatan pasien, yaitu; *Informed Consent*, Rekam medis masih agak sulit terkoneksi oleh pasien padahal ini adalah hak pasien. Fokus Global saat ini adalah pasien harus memiliki akses terhadap rekam mediknya misalnya *Elektronik health record. Information about access to and the safety of service*. Dengan bahasa sederhana misalnya berapa persen

kesalahan pengobatan. Dapat di buat flayer2, website, bagaimana 5 langkah pengobatan yang aman. Hal ini bisa mencegah kesalahan pengobatan. *Disclosure of adverse events to passion and family*; pengungkapan dari insiden belum menjadi budaya. yang ada masih disembunyikan. Undang-undang kesehatan jelas hak pasien. *Inisiatif to educate passion and active engagement and share decision making* yang presentase implementasi secara global masih rendah.



Gambar 6 Implementasi global inisiatif untuk informasi dan Pendidikan pasien (WHO Member States, 2023)

c. Strategi melibatkan pasien dan keluarga dalam upaya patient safety

Studi meta analisis membuktikan, implementasi *patient family involvement* (PFI) meningkatkan upaya *patient safety* membutuhkan strategi pedoman seragam pelaksanaan PFI secara efektif (Giap & Park, 2021). Faktor yang memengaruhi keterlibatan pasien dan keluarga adalah faktor pasien itu sendiri, organisasi dan masyarakat (Carman et al., 2013). Terdapat tiga strategi utama dalam upaya peningkatan keterlibatan pasien dan keluarga, yaitu edukasi pasien dan petugas kesehatan tentang tujuan *patient safety*, mendapatkan *feedback* dari pasien tentang praktik *patient safety* dan melibatkan pasien dalam asuhan keperawatan (Haslinda et al., 2021).

4. Konsep Edukasi *Patient Safety*

Edukasi *patient safety* dimaksud untuk pengembangan konten video. Diawali tinjauan literatur, aturan dan pedoman GPSAP (WHO, 2021), aturan

yang berlaku di Indonesia (PMK, 2017), (Kemenkes, 2022), (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022) serta konsensus dari 27 organisasi kesehatan di dunia (Institute for Healthcare Improvement, 2020), *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) <https://www.ahrq.gov/questions/videos/index.html>, dan dari berbagai sumber penelitian *international* maupun nasional dan menggunakan strategi utama dalam upaya peningkatan keterlibatan pasien dan keluarga, yaitu edukasi pasien dan petugas kesehatan tentang tujuan *patient safety*, mendapatkan *feedback* dari pasien tentang praktik *patient safety* dan melibatkan pasien dalam asuhan keperawatan (Haslinda et al., 2021). Metode *speak Up* mengajak pasien dan keluarga bicara sebagai advokasi diri mereka sendiri, mengungkapkan apa yang dikhawatirkan merupakan hal yang sangat dihargai petugas kesehatan (Schenk et al., 2018).

Daftar topik dan konten yang dikembangkan diadopsi dan diadaptasi menjadi naskah video, kemudian dianalisis untuk penyesuaian bahasa serta etnik/budaya sesuai dengan populasi pasien (Turkdogan et al., 2021).

5. Konsep Video Edukasi

a. Definisi Video Edukasi

Video merupakan teknologi untuk merekam, memproses, dan menyampaikan gambar bergerak, meningkatkan motivasi belajar. Penerapannya membuat proses belajar lebih efektif dan menyenangkan (Pamungkas & Koeswanti, 2022). Pendidikan kesehatan adalah pembelajaran untuk informasi dan komunikasi efektif dalam kesehatan (Soiza et al., 2018).

Keuntungan representasi digital untuk video meliputi penyimpanan yang efisien, kemudahan pengeditan nonlinier, perekaman berulang tanpa penurunan kualitas, dan kemudahan dalam enkripsi serta toleransi terhadap gangguan saluran (Li & Drew, 2021). Pemanfaatan Video-Based Learning (VBL) tidak hanya menggabungkan berbagai metode pengajaran seperti *flipped classroom*, *e-learning* dan pembelajaran jarak jauh *massive*

open online courses (Mooc) atau dalam bahasa Indonesia dikenal sebagai kursus daring terbuka besar. Akan tetapi juga memungkinkan penggunaan video dalam pembelajaran langsung. Hal ini memberikan fleksibilitas dan otonomi dalam penyampaian pendidikan yang signifikan. Penerapan VBL bergantung pada sifat kursus, kebutuhan *audience*, dan desain aktivitas oleh instruktur (Beheshti et al., 2018).

b. Karakteristik dan Kriteria Media Video

Beberapa kriteria yang perlu dipertimbangkan dalam pengembangan dan pembuatan video pembelajaran. Berikut adalah kriteria-kriteria tersebut:

1) Jenis Materi

Video pembelajaran efektif digunakan untuk materi pelajaran yang memerlukan penjelasan visual suatu proses, demonstrasi alur, konsep, atau deskripsi mendalam. Materi dibuat dalam bahasa sederhana disesuaikan dengan populasi <https://hsl.lib.unc.edu/health-literacy/patient-materials/>.

2) Durasi

Durasi video pembelajaran tidak disarankan terlalu lama. Berkisar antara 20-40 menit, berbeda dengan film yang lebih lama hingga berjam-jam. Mengingat keterbatasan daya ingat dan konsentrasi umumnya berkisar antara 15-20 menit.

3) Format Penyajian

Format dialog dengan unsur dramatisasi yang tinggi, video pembelajaran lebih menekankan pada kejelasan dan pemahaman materi. Format yang sesuai untuk video pembelajaran mencakup naratif, wawancara, presenter, dan format kombinasi lainnya.

4) Aspek Teknis

Kualitas kamera, teknik pengambilan gambar, pencahayaan, editing, dan kualitas suara. Kualitas video diartikan sebagai ketajaman dan kejelasan visual (Safety, 2013). Semua aspek teknis ini memainkan

peran penting dalam menciptakan kualitas video pembelajaran yang baik.

c. Dimensi dan kerangka Analisis Video Pembelajaran

Terbagi menjadi tiga bagian (Hove, 2014).

1) Dimensi fisik;

- a) Representasi: kata-kata & grafik digunakan untuk menyajikan intruksi
- b) Waktu: video disegmentasi untuk pemirsa memudahkan mengikuti konten
- c) Kualitas produksi: kualitas produksi cukup untuk membuat konten dapat ditonton dengan baik

2) Struktural

- a) Struktur: konten disajikan dalam struktur yang terorganisir
- b) Koherensi: visual & audio saling berkaitan dalam tujuan pembelajaran
- c) Extraneous materials/bahan asing: Bahan-bahan yang tidak diperlukan tidak termasuk

3) Support

- a) *Scaffolding*: video mendukung dalam proses belajar
- b) Personalisasi; video dibuat personal dengan menggunakan gaya percakapan
- c) Kontrol pengguna: video dapat dinavigasi oleh pengguna

d. Tips Pembuatan Video

Terdapat tiga faktor krusial pembuatan video yang dapat meningkatkan kualitas pembelajaran dari video yang sedang dikembangkan. Aspek-aspek tersebut mencakup beban kognitif, variabel nonkognitif yang memengaruhi interaksi (dalam domain keterlibatan afektif), dan fitur-fitur yang merangsang pembelajaran secara aktif. Buatlah video pendek yang fokus pada pembelajaran dengan menggunakan elemen audio dan visual yang saling melengkapi. Gunakan

isyarat untuk menyoroti ide penting, sambil memastikan gaya percakapan yang antusias untuk meningkatkan keterlibatan pemirsa. Sertakan pertanyaan panduan, elemen interaktif, atau tugas pekerjaan rumah terkait untuk menyematkan video dalam konteks pembelajaran aktif. Pastikan video tetap singkat dan terarah pada tujuan pembelajaran, menghindari kelebihan elemen-elemen yang mungkin membingungkan. (Brame, 2105; Brame, 2016).

Pengembangan teks menjadi video dapat dilakukan dengan model pengembangan ADDIE (*analysis, design, development, implementation, evaluation*) (Sudarma 2019; Shin et al., 2021).

e. Keuntungan Media Video dalam *Health Education*

Pentingnya edukasi dan pemberian informasi kepada pasien dan keluarga ditekankan WHO dalam rencana khusus renstra keempat dalam Tindakan untuk pemerintah dan tindakan di fasilitas pelayanan kesehatan. Mengembangkan, menyusun, menyebarkan materi untuk meningkatkan literasi kesehatan pasien dan keluarga kedalam aplikasi *handphone*, selebaran maupun video (WHO, 2021).

Secara konservatif, edukasi secara lisan jelas memberikan manfaat, namun juga terdapat resiko, yaitu kurang pemahaman dan umpan balik pasien atau keluarga. Terdapat sejumlah prosedur kesehatan yang cenderung sulit, menyebabkan pasien tidak memahami seluruhnya terhadap apa yang disampaikan secara verbal (Bowers et al., 2017). Mayoritas bahan informasi tertulis yang disediakan untuk pasien terdapat bahasa yang menghambat pemahaman. Terlepas dari literasi, pasien lebih tertarik dengan bahasa yang mudah dipahami dan jelas isinya (Schneider et al., 2023). *Leflet*/brosur dan sejenisnya, banyak pasien yang tidak membaca dan tidak sepenuhnya dipahami (Jansen et al., 2021). Hal ini memberikan kesenjangan dalam penyajian komunikasi yang kurang efektif.

Media audio dan video mampu memenuhi celah kesenjangan akibat kurang efektifnya komunikasi verbal dan jenis selebaran. Media audio dan video ini mendukung pendekatan perawatan berorientasi pada pasien dengan menyediakan informasi yang mudah dipahami (Topaz et al., 2019), mengurangi ansietas pasien dan memperbaiki aliran informasi antara pasien dan keluarga selama perawatan (Lisy et al., 2021, Pedro dkk., 2020, Sun et al., 2020). Selain itu, media video relative murah dan meningkatkan keterlibatan pasien, meskipun *face to face* merupakan bagian utama dalam perawatan (Tilly et al., 2022) dan menghasilkan literasi kesehatan jangka pendek bahkan jangka panjang jika diterapkan dalam waktu yang lama (Dahodwala et al., 2018).

Praktisi dan pusat layanan kesehatan harus mengintervensi edukasi berbasis video sebagai pilihan dan penyempurna pendidikan bagi pasien tentang pencegahan, membentuk tekad, perilaku dan kesiapsiagaan terhadap perilaku beresiko (Xiao et al., 2024). Riset meta analisis oleh (Monteiro et al., 2022) menunjukkan, pasien harus terkoneksi dengan edukasi video sebelum mengikuti prosedur layanan kesehatan karena edukasi video terbukti lebih unggul dibandingkan bentuk informasi seperti selebaran, pamflet dan lainnya bahkan penyampaian informasi secara lisan. Review meta analisis tersebut juga menemukan, edukasi video secara signifikan efektif mereduksi ansietas, menambah kepuasan pasien dan pemahaman, kenyamanan, penerimaan dan kepatuhan yang lebih tinggi terhadap tindakan perawatan (Monteiro et al., 2022). Ini menunjukkan bahwa ada tantangan dan perlu solusi untuk mengatasinya.

Pengembangan video edukasi keselamatan pasien merupakan salah satu intervensi yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan keterlibatan pasien. *Health education* memberikan *impact* ke *health literacy*, namun pentingnya memperhatikan etnik/ budaya yang berbeda disetiap negara yang merupakan sebuah tantangan besar. Media edukasi berbasis video menggunakan bahasa tradisional sangat efektif dalam

mendidik pasien (Abrar et al., 2020). Edukasi video berhasil meningkatkan kesadaran dan pengetahuan *patient safety* dibandingkan edukasi tertulis (Shin et al., 2021).

6. Konsep Teknik *Delphi*

a. Definisi

Sejarah *delphi* dari kata Yunani “*Delphoios*” mengacu pada Rahim (nenek bumi) yang merupakan situs erkeolog Yunani (perut bumi). Berasal dari kata *oracle delphi*, barat daya gunung Pamassus tempat pemujaan dewa Apollo dengan *Pithya* (sumber kebijaksanaan) dan disampaikan semua ramalan prediksi kejadian masa depan kepada seluruh pendeta dan diterjemahkan kepada pembuat petisi dan sbg wadah konsultasi dari berbagai penjurur tentang hasil perang, kebijakan dan pendiri negara serta urusan pribadi (Keeney et al., 2011).

Metode *delphi* merupakan suatu proses prediksi tersruktur, melibatkan pengumpulan pendapat dari sekelompok ahli (Nasa et al., 2021) yang dicetuskan pertama kali oleh Dalkey dan Olaf Helmer tahun 1950an (Barrett & Heale, 2020). Pendekatan terstruktur ini akan berakhir jika telah mencapai suatu konsensus (Moriarty, 2023). Setiap pendapat yang diberikan oleh para ahli tetap dirahasiakan. Setelah setiap putaran, seorang peneliti akan meninjau dan menyortir semua respons yang diberikan. Tujuan metode ini adalah untuk memfasilitasi dan mendapatkan konsensus *opinion* dari sekelompok *expertis/ahli* yang akurat dan dapat diandalkan (Dalkey & Olaf Helmer, 1963). Menggunakan metode pertanyaan berulang kepada para ahli baik secara langsung/wawancara maupun tidak langsung/kuesioner dan menghindari konfrontasi antara para ahli tersebut.

b. Jenis Metode *Delphi*

Terdapat 10 jenis pengembangan metode *delphi*, yaitu *Classical delphi* klasik menggunakan putaran pertama yang terbuka untuk memfasilitasi perolehan ide untuk memperoleh opini dan mendapatkan

konsensus menggunakan 3 atau lebih putaran dapat dikelola melalui email. *Modified delphi* yang dimodifikasi modifikasi Biasanya berupa penggantian putaran pertama dengan wawancara tatap muka atau kelompok fokus dapat menggunakan kurang dari 3 putaran atau email. keputusan *delphi*, biasanya diadopsi dengan *delphi classic* berfokus pada pengambilan keputusan dibandingkan mencapai konsensus. *Policy delphi*, kebijakan delphi menggunakan pendapat para ahli untuk mencapai konsensus dan menyetujui kebijakan masa depan pada topik tertentu. *Real time delphi*, waktu yang nyata prosesnya mirip dengan delphi klasik hanya saja para ahlinya mungkin melakukan hal yang sama, konsensus dicapai secara *real time* dan bukan melalui tahapan kadang-kadang disebut sebagai konversi *consensus*. *E-delphi*, serupa dengan *delphi classic* tetapi dikelola melalui email atau online survei *website*. *Technological delphi* mirip dengan *delphi real time* namun menggunakan teknologi seperti papan tombol yang memungkinkan para ahli untuk merespon pertanyaan dengan segera saat teknologi menentukan *mean* atau median dan memungkinkan umpan balik instan para ahli berkesempatan untuk melakukan pemungutan suara ulang melalui konsensus mendapat kelompok. *Online delphi*, proses yang sama di *delphi klasik* tetapi kuesioner telah selesai dan diserahkan secara *online*. *Argument delphi* berfokus pada produksi argumen faktual yang relevan turunan dari kebijakan delphi nonkonsensus tujuan konsensus. *Disagregatif delphi*, tidak diadopsi melakukan berbagai skenario masa depan untuk diskusi menggunakan analisis *cluster* (Keeney et al., 2011).

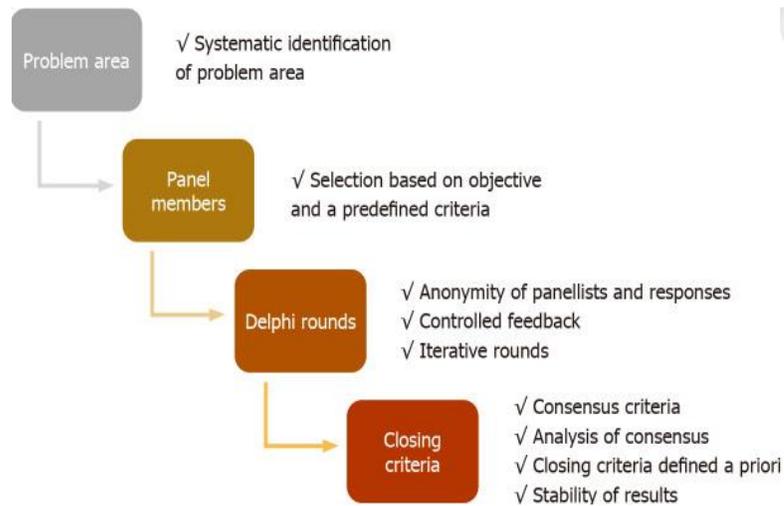
c. Penggunaan Metode Delphi dibidang Kesehatan

Metode *Delphi* populer digunakan di bidang kesehatan terutama pada pengembangan panduan praktik dan pedoman klinis (Jünger et al., 2017). Metode ini digunakan dalam bidang kesehatan, seperti Mengevaluasi pengetahuan, merumuskan panduan teori maupun metodologi (Vogel et al., 2019), mengembangkan *tools* dan indikator penilaian (Singer et al.,

2016), (Han et al., 2012), merumuskan acuan praktik dan menetapkan Tindakan utama (van Hasselt et al., 2015), menyelesaikan perbedaan manajemen (McGrath et al., 2020).

d. Tahapan Studi *Delphi*

Tahapan *delphi* meliputi area masalah (identifikasi area masalah secara sistematis), anggota panel (seleksi berdasarkan tujuan dan kriteria yang telah ditentukan). Putaran *delphi* (anonimitas panelis dan tanggapan, umpan balik terkendali, putaran berulang) dan kriteria penutup (kriteria konsensus, analisis konsensus, kriteria penutup ditentukan secara apriori, stabilitas hasil).



Gambar 7 Tahapan Studi Delphi (Nasa et al., 2021)

e. Anggota Panel

Panelis merupakan anggota yang ikut dalam proses pengumpulan pendapat secara *anonym*. Berbagai pendapat ahli menyatakan jumlah anggota panel tergantung pada heterogenitas, tujuan, desain dan waktu (Keeney et al., 2011). Pendapat ahli juga menyebutkan 10-15 sudah cukup jika latar belakang homogen (Delbecq et al., 1976). Perlu mempertimbangkan homogenitas panel, expert/panel ahli dan jumlah panel. Heterogenitas panel mengacu pada perolehan perspektif/pendapat

yang lebih luas, contohnya pengetahuan tentang dampak penyakit psikologis. Namun homogenitas lebih kredibel dalam tujuan penelitian tertentu seperti pengelolaan sindrom gangguan pernafasan akut. Beberapa riset melibatkan panel *expert* dari Pendidikan/akademisi dan praktisi atau melibatkan pengguna akhir dalam prosesnya. Faktor yang memengaruhi jumlah panel yaitu; kompleksitas masalah, homogenitas atau heterogenitas panel, ketersediaan sumber daya. Generalisasi *output delphi* membutuhkan kesesuaian jumlah panel, representatif anggota dari berbagai lokasi geografis dan keilmuan yang berbeda. Terdapat survey *delphi* elektronik (*e-Delphi*) yang mempermudah survey global, efisien waktu, percepatan putaran survey tanpa pengumpulan pendapat secara manual. Proses ini pada pemilihan ahli pasca penelitian untuk kelayakan di *world wide web*, *invite* via email (Nasa et al., 2021).

f. Putaran Delphi

Menganalisis serangkaian putaran berulang memberikan kesempatan untuk menilai data guna mencapai kesepakatan dan menjaga stabilitas antara dua putaran berturut-turut. Menjalankan survei secara berulang dan interaktif bermanfaat untuk menghimpun informasi berkualitas.

Kelebihan proses *delphi* melibatkan anonimitas panelis dalam putaran survei, umpan balik yang dapat dikendalikan, dan diskusi berulang. Keberlanjutan putaran survei yang anonim memiliki keunggulan dalam mengurangi dominasi dan konformitas kelompok dibandingkan dengan pertemuan tatap muka atau kelompok. Peserta merasa lebih nyaman menyampaikan pendapat anonim mengenai isu-isu yang belum pasti atau belum terselesaikan. Dalam proses *delphi* anonim, interpretasi item menjadi isu penting yang dapat mempengaruhi proses konsensus. Selain itu, "umpan balik terkontrol" adalah fitur klasik lainnya, di mana moderator memutuskan aturan umpan balik berdasarkan tanggapan terhadap item dan komentar terbuka.

Setelah setiap putaran survei, data dianalisis dan disajikan dalam format yang mudah diinterpretasikan, termasuk grafik sederhana dan statistik yang menunjukkan stabilitas tanggapan. Umpan balik yang terkendali memberikan wawasan kepada panel ahli tentang tren, memungkinkan perubahan tanggapan jika diperlukan, dan mendorong klarifikasi posisi anggota panel dengan pilihan respons ekstrim dalam situasi tertentu. Tahapan *delphi* pada *paper* Hsu & Ohio (2007) yaitu:

1) Tahap I

Pada tahap awal, proses *delphi* sering dimulai dengan penerapan kuesioner terbuka kepada panel ahli. Kuesioner terbuka ini berfungsi utama untuk menghimpun informasi yang spesifik mengenai area konten tertentu yang menjadi fokus subjek *delphi*. Setelah menerima tanggapan dari subjek, peneliti perlu mengkonversi data yang terkumpul tersebut menjadi kuesioner yang lebih terstruktur. Kuesioner yang sudah terstruktur ini akan digunakan sebagai alat survei pada tahap kedua pengumpulan data. Penting untuk dicatat bahwa melakukan modifikasi format proses *delphi* dengan kuesioner terstruktur pada Tahap 1, terutama jika didasarkan pada tinjauan literatur yang mendalam, merupakan suatu pendekatan yang umum dan diterima.

2) Tahap II

Pada tahap kedua dalam proses *delphi*, setiap peserta menerima kuesioner kedua yang berisi rangkuman item berdasarkan informasi dari tahap sebelumnya. Para peserta diminta untuk mengevaluasi dan memberikan peringkat pada item tersebut guna menetapkan prioritas awal di antara mereka. Hasil dari tahap kedua ini adalah identifikasi area di mana terdapat perselisihan atau kesepakatan di antara peserta *delphi*. Dalam beberapa kasus, peserta mungkin diminta memberikan alasan untuk prioritas tertentu pada item tersebut. Tahap ini merupakan

awal terbentuknya konsensus, dan hasilnya dapat disajikan untuk tinjauan lebih lanjut oleh peserta.

3) Tahap III

Pada tahap ketiga *delphi*, panelis menerima kuesioner dengan item dan penilaian yang sudah dirangkum. Mereka diminta merevisi penilaian atau menjelaskan alasan ketidaksetujuan dengan konsensus. Tahap ini memberikan peluang klarifikasi pandangan panelis tentang tingkat penting relatif dari item. Meskipun demikian, perubahan signifikan dalam tingkat konsensus diperkirakan sedikit dibanding tahap sebelumnya.

4) Tahap IV

Pada tahap keempat, yang sering kali menjadi tahap terakhir dalam proses *delphi*, daftar item, penilaian, pandangan minoritas, dan item yang sudah mencapai konsensus didistribusikan kepada panelis. Ini merupakan kesempatan terakhir bagi peserta untuk merevisi penilaian mereka. Jumlah iterasi *delphi* dapat bervariasi tergantung pada tingkat konsensus yang diinginkan oleh peneliti, umumnya berkisar antara tiga hingga lima tahap.

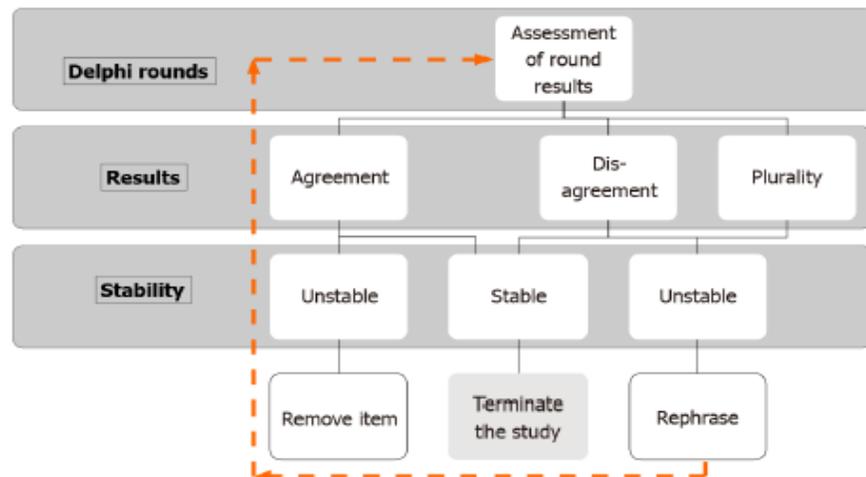
g. Konsensus

Secara konservatif, konsensus merupakan hasil akhir studi *delphi*. Konsensus diartikan sebagai presentase kesepakatan panel yang ditetapkan berdasarkan nilai *cut-off*, tendensi central, atau penggabungan keduanya.

h. Stabilitas

Memahami ketidakpastian stabilitas tanggapan ternyata lebih rumit daripada mencapai konsensus, dan stabilitas konsensus jarang digunakan sebagai kriteria penutup dalam studi *delphi*. Secara tradisional, kriteria penutup ditentukan oleh konsensus atau serangkaian survei yang telah diatur sebelumnya. Namun, pendekatan ini memiliki risiko bahwa perubahan signifikan dalam respons mungkin terjadi pada putaran

terakhir, mengakibatkan dampak terhadap stabilitas hasil atau konsensus. Oleh karena itu, beberapa penulis berpendapat bahwa mencapai konsensus tidak bermakna jika tanggapan tidak stabil. Stabilitas hasil diartikan sebagai konsistensi respons antara putaran penelitian yang berurutan, di mana peneliti percaya bahwa hasil spesifik dari dua putaran terpisah untuk pertanyaan tertentu dapat terjadi secara kebetulan. Oleh karena itu, mencapai stabilitas respons, sebagai kriteria penutup yang tepat, dianggap sebagai hal yang penting. Namun, upaya untuk mencapai konsensus tetap perlu dilakukan, sehingga kriteria penghentian hierarki harus diadopsi sebagai penutup yang sesuai untuk metode *delphi*.



Gambar 8 Stabilitas Studi *Delphi* (Nasa et al., 2021)

7. Feasibilitas, Validitas & Reliabilitas

a. Feasibilitas

Feasibilitas study, atau studi kelayakan, merupakan tahap penelitian yang dilakukan sebelum studi utama untuk menilai apakah studi tersebut dapat dilaksanakan. Tujuannya adalah mengestimasi parameter penting dalam perencanaan studi utama. Blatch-Jones et al. (2018) menekankan pentingnya studi kelayakan dalam mengevaluasi kelayakan pelaksanaan, bukan hanya hasil yang diharapkan.

Studi kelayakan membantu menentukan apakah uji coba definitif dapat dilaksanakan dan dilanjutkan (Chan et al., 2017). Meskipun sering disamakan dengan studi kelayakan dan studi percontohan memiliki peran metodologis penting dalam merancang dan merencanakan eksperimen (Blatch-Jones et al., 2018).

Sebuah studi kelayakan menunjukkan bahwa video mengenai penyimpanan dan pembuangan opioid dapat dilaksanakan, tetapi diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengukur efektivitasnya (Lewis et al., 2021). Sementara itu, studi percontohan menunjukkan bahwa program pendidikan keselamatan dapat diterima tanpa perbedaan signifikan antara video berdurasi pendek dan panjang (Haasz et al., 2023). Penggunaan video pendidikan untuk pengasuh juga dianggap layak, memberikan dukungan bagi penelitian lebih lanjut (Wheeler et al., 2023).

b. Validitas

Validitas sebagai salah satu aspek dari akurasi pengukuran, mencerminkan kemampuan alat ukur untuk menjalankan fungsi pengukurannya secara tepat dan memiliki tingkat akurasi yang tinggi. Kecermatan dalam konteks ini merujuk pada kemampuan alat ukur untuk mendeteksi perbedaan kecil pada atribut yang diukur (Sanaky et al., 2021). Validitas dalam penelitian, menurut Golafshani (dalam Budiastuti & Agustinus Bandur, 2018), mencerminkan sejauh mana peneliti dapat mengukur dengan akurat apa yang seharusnya diukur. Khususnya dalam penelitian kuantitatif, validitas ditekankan dalam konteks empirisme, menggunakan bukti empiris, objektivitas, deduksi, pemikiran logis, fakta, dan data numerik untuk memastikan tingginya standar validitas penelitian. Validasi instrumen survei menjadi langkah krusial dalam penelitian, dengan validitas tampilan dan validitas konten sebagai tahapan penting yang menggunakan metode kualitatif untuk memastikan instrumen dapat mengukur dengan akurat apa yang dimaksudkan (Elangovan et al., 2021). Konfirmasi validitas instrumen dapat melibatkan bukti dari berbagai jenis,

termasuk validitas konten, validitas konstruk, dan validitas kriteria (Yusup, 2018).

c. Reabilitas

Reliabilitas dan validitas merupakan aspek kritis dalam evaluasi instrumen pengukuran. Reliabilitas mencerminkan sejauh mana serangkaian pengukuran atau perangkat pengukur dapat diandalkan, menunjukkan ketetapan pengukuran yang tetap konsisten setelah diulang pada subjek yang sama dan dalam kondisi serupa (Sanaky et al., 2021). Walaupun instrumen telah diuji dan terbukti reliabel dalam kondisi standar, uji ulang tetap diperlukan sebelum penggunaan, mengingat perbedaan subjek, konteks, dan waktu dapat menghasilkan variasi hasil (Yusup, 2018). Di sisi lain, validitas mengacu pada sejauh mana instrumen mengukur dengan akurat apa yang seharusnya diukur, dengan fokus pada pandangan empirisme dalam penelitian kuantitatif (Golafshani dalam Budiastuti & Agustinus Bandur, 2018). Penting untuk mencapai validitas instrumen survei dengan memastikan validitas tampilan dan validitas konten melalui metode kualitatif, sebagai langkah krusial dalam memastikan instrumen dapat mengukur dengan akurat apa yang dimaksudkan (Elangovan et al., 2021). Oleh karena itu, dalam evaluasi instrumen penelitian, uji reliabilitas dan validitas menjadi langkah yang esensial untuk memastikan kualitas dan ketetapan alat ukur yang digunakan.

C. Konsep Model

Dalam penelitian ini, sistem instruksional dirancang berdasarkan model *Analysis-Design-Development-implementation-Evaluation* (ADDIE) untuk mengembangkan program pendidikan keselamatan pasien. Metode edukasi patient safety digunakan dengan model ADDIE dengan mempertimbangkan saran ahli, kebutuhan pasien dan pihak rumah sakit serta tinjauan literatur. Metode penelitian ini menggunakan sistem instruksional dirancang berdasarkan model ADDIE untuk mengembangkan program edukasi keselamatan pasien dengan

mempertimbangkan saran ahli, kebutuhan pasien dan pihak rumah sakit serta tinjauan literatur (Shin et al., 2021).

Sesuai langkah-langkah model ADDIE, proses penelitian dimulai dengan *analisis* literatur dan kebutuhan subjek. Melakukan *survey awal* pendidikan keselamatan pasien dan keluarga. Kemudian dievaluasi untuk merancang konten pembelajaran. Selanjutnya *desain* konten pendidikan dibuat, termasuk penetapan strategi pengajaran berdasarkan hasil analisis. Pada fase ini, menggunakan tehnik *delphi* kombinasi, yaitu *delphi klasik*, *online* dan *modified*. Tahap I menggunakan metode *delphi* untuk mencapai konsensus ahli, dimulai dengan penerapan kuesioner terbuka kepada panel ahli. Tahap II adalah identifikasi area di mana terdapat perselisihan atau kesepakatan di antara peserta *delphi*. Tahap III merevisi penilaian atau menjelaskan alasan ketidaksetujuan dengan konsensus sehingga memberikan peluang klarifikasi pandangan panelis tentang tingkat pentingnya relatif dari item. Tahap IV pembuatan video dan dilakukan uji validitas reliabilitas. Selanjutnya dilakukan *development* bahan pembelajaran audiovisual/video. *Implementation*, fase ini merupakan tahap *pilot study* metode *quasi-experimental*, *pre and post test design with control group*. Pada tahap ini dilakukan dengan menerapkan program edukasi kepada pasien dan keluarga di ruang rawat inap RS. Pada kelompok intervensi diberikan edukasi media video dan kelompok kontrol diberikan edukasi media *leaflet*. Konten edukasi pada *leaflet* isinya sama dengan konten edukasi pada media video. Kemudian *evaluation* dilakukan dengan mengukur dampaknya terhadap keterlibatan aktif pasien dan keluarga dalam semua proses perawatan yang akan diterima pasien selama dirawat di RS. Luaran akhir adalah pembuatan video edukasi virtual yang dapat digunakan di setiap RS. Diharapkan dapat meningkatkan perilaku keterlibatan aktif pasien dan keluarga dalam upaya pencegahan *patient safety incident*.

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, penelitian ini menggunakan desain sistem instruksional berdasarkan model ADDIE untuk mengembangkan video edukasi meningkatkan keterlibatan psiean/keluarga dalam upaya *patient safety*. Terdapat 5 langkah utama yaitu tinjauan pustaka dan survei serta analisis

kebutuhan, merancang/desain konten isi video, membuat video edukasi, implementasi dan mengevaluasi persepsi dan keterlibatan aktif pasien/keluarga. Kelima langkah ini memiliki sub-sub langkah yang harus dilaksanakan. Berikut ini penjelasan rinci mengenai langkah-langkah tersebut.

1. Langkah I: tinjauan pustaka dan survei serta analisis kebutuhan
2. Langkah II: merancang/desain konten isi video
Merancang/ desain konten isi video menggunakan proses delphi, dengan tahapan -tahapan yaitu tahap delphi I delphi II dan delphi III dengan melibatkan expert panelis untuk merumuskan konsensus konten/tema isi video edukasi. Fase ini melibatkan expert akademik dibidang manajemen keperawatan dan praktisi di Rumah Sakit Pendidikan.
3. Langkah III: membuat video edukasi
 - a. Pertama, membuat transkrip video berdasarkan hasil konsensus *expert panelis* delphi dengan literatur review terkait konten yang sesuai budaya, bahasa Indonesia
 - b. Kedua, pembuatan video oleh expert multimedia (video editing/editor). Model diperagakan oleh *expert* akademik bidang manajemen keperawatan, praktisi Rumah Sakit seperti kepala ruang, perawat primer dan perawat pelaksana, peneliti dan pasien maupun keluarga yang bersedia berkontribusi.
 - c. Ketiga melakukan uji validitas dan reliabilitas oleh *expert*/ahli manajemen keperawatan, ahli komunikasi, dan ahli multimedia. Evaluasi dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif.
 - d. Keempat, melakukan revisi video berdasarkan hasil evaluasi oleh ahli manajemen keperawatan, ahli komunikasi, dan ahli multimedia yang digunakan untuk menyempurnakan konten video kembali.
 - e. Kelima, setelah video versi bahasa Indonesia direvisi, pada tahap berikutnya, video diterjemahkan ke bahasa Bugis dan Makassar oleh ahli sastra dan bahasa lokal, diikuti dengan validasi pengucapan kalimat oleh *voice over*.

- f. Keenam, proses perekaman suara (*dubbing*).
 - g. Ketujuh, melakukan uji *face validity* dan uji coba dari sudut pandang pemahaman pasien serta penyempurnaan akhir video.
4. Langkah IV: implementasi video edukasi
- Setelah tahapan tersebut, selanjutnya peneliti melakukan penelitian langsung kepada pasien/keluarga untuk mengimplementasikan video edukasi *pre-post test*.
5. Langkah V: evaluasi pengetahuan tentang keterlibatan aktif pasien/keluarga
- Mengukur pengetahuan menggunakan kuesioner dan melakukan observasi keterlibatan aktif pasien/keluarga selama proses perawatan di Rumah Sakit

D. Tahapan Penelitian Berdasarkan Metode ADDIE

Cycle 1: Analysis

- Identifikasi kebutuhan pendidikan *patient safety* di Rs
- Melakukan survey & wawancara kepada pihak RS
- Melakukan kajian literatur yang relevan
- **Indikator capaian** : Teridentifikasi draf edukasi *patient safety* untuk meningkatkan keterlibatan pasien & keluarga di ruangrawat inap RS
- **Luaran** : Draft konsep video

Cycle 2: Desain

- **Desain** konten edukasi dibuat. Pada fase ini, menggunakan teknik *delphi* kombinasi, yaitu *delphi klasik*, *online* dan *modified*.
- Tahap I menggunakan teknik *delphi* untuk mencapai konsensus ahli, dimulai dengan penerapan kuesioner terbuka kepada panel ahli.
- Tahap II adalah identifikasi area di mana terdapat perselisihan atau kesepakatan di antara peserta *delphi*.
- Tahap III merevisi penilaian atau menjelaskan alasan ketidaksetujuan dengan konsensus sehingga memberikan peluang klarifikasi pandangan panelis tentang tingkat pentingnya relatif dari item.
- **Indikator capaian** : Tersusunnya konten edukasi sesuai konsensus ahli.
- **Luaran** : Draft konsensus desain konten edukasi

Cycle 3 : Development

- Pengembangan bahan pembelajaran video :
- Membuat transkrip video
- Pengambilan gambar *Expert* multimedia; model *expert* akademik & praktisi RS
- Melakukan uji validitas & reabilitas: *expert* multimedia, komunikasi & manajemen keperawatan
- Revisi video
- Terjemahkan ke bahasa lokal (Bugis & Makassar)
- Validasi *Voice over*
- *Dubbing*
- *Face validity*
- Penyempurnaan video
- **Indikator capaian** : Produksi video berdasarkan desain konten. Uji validitas dan reliabilitas memastikan keefektifan dan keandalan materi edukasi.
- **Luaran** : Video edukasi *patient safety* yang telah selesai diproduksi dan laporan hasil uji validitas dan reliabilitas

Cycle 4 : Implementation

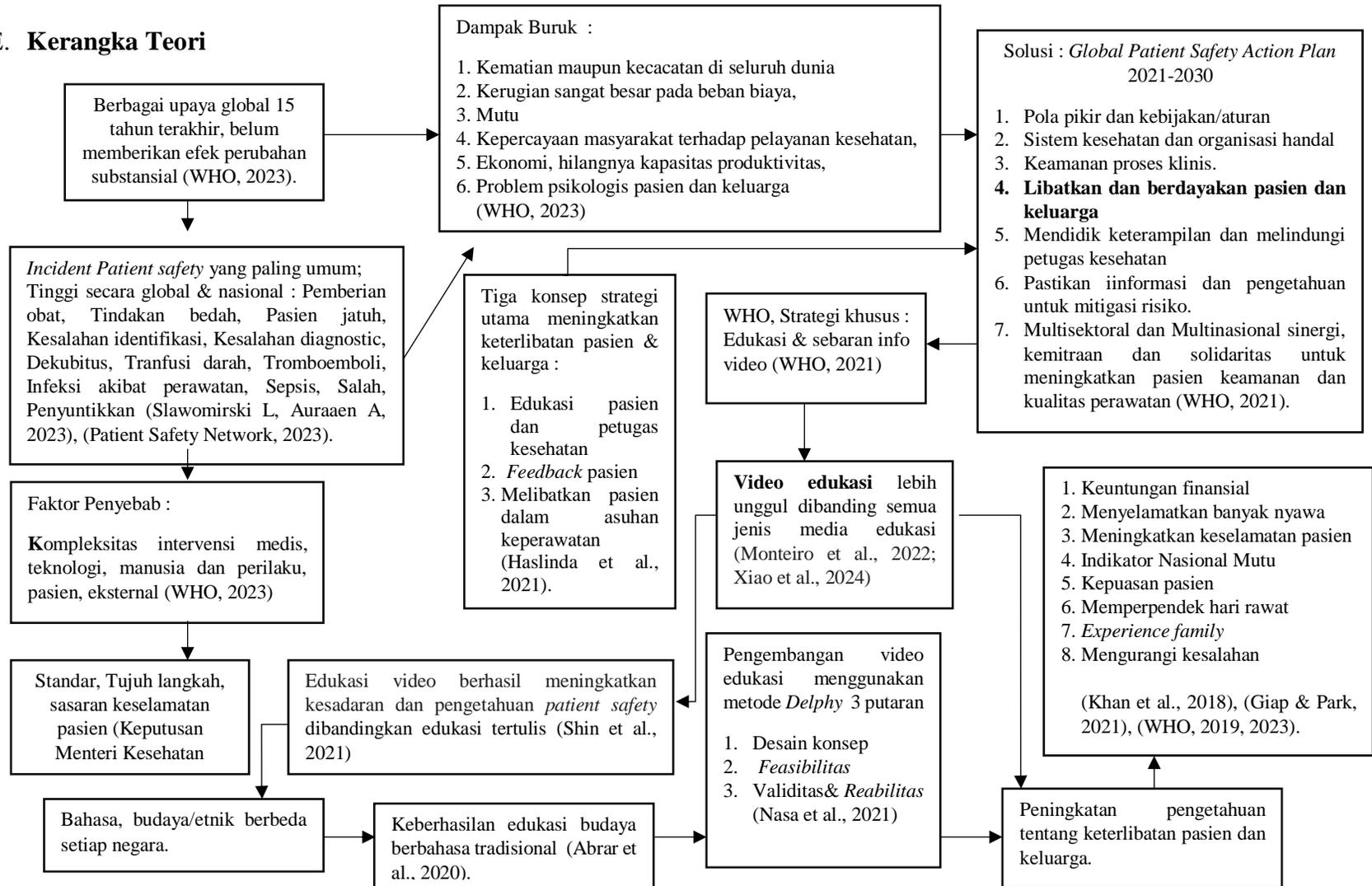
- Metode *quasi-experimental, pre and post test design with control group*. Pada tahap ini dilakukan dengan menerapkan program edukasi kepada pasien dan keluarga di ruang rawat inap RS.
- **Indikator capaian** : Diterapkan program edukasi kepada pasien & keluarga
- **Luaran** : Laporan/data hasil penelitian

Cycle 5 : Evaluation

- Mengukur dampak edukasi terhadap pengetahuan terkait keterlibatan aktif pasien dan keluarga dalam semua proses perawatan yang akan diterima pasien selama dirawat di RS. Penilaian menggunakan kuesioner yang telah teruji valid dan reliable.
- **Indikator capaian** : Penilaian terhadap pengetahuan terkait keterlibatan aktif pasien dan keluarga dalam proses perawatan di rumah sakit
- **Luaran** : Perubahan pengetahuan terkait keterlibatan aktif pasien dan keluarga dalam upaya pencegahan insiden pasien safety

Gambar 9 Model *Analysis-Design-Development-implementation-evaluation* (ADDIE) untuk pengembangan program edukasi dalam penelitian ini

E. Kerangka Teori



(Hodkinson et al., 2020), (De Rezende et al., 2019), (Meara et al., 2015), (Panagiotti et al., 2019), (Rodziewicz et al., 2023), (LeLaurin & Shorr, 2019), (Pépin et al., 2014), (Patient Safety Network, 2023), (De Rezende et al., 2019) (National Academies Press, 2015), (Li et al., 2020), (Raskob et al., 2016), (Markwart et al., 2020), (Raofi et al., 2023) (Slawomirski L, Auraaen A, 2023).

Gambar 10 Kerangka Teori